

Crisis económica, políticas sociales y desigualdades en salud

Economic Crisis, Social Policies and Health Inequalities

M^a ÁNGELES PÉREZ-MORENTE
Hospital Campus de la Salud, Granada
angelespmorente@hotmail.com

M^a TERESA SÁNCHEZ-OCÓN
Complejo Hospitalario Virgen de las Nieves, Granada
maitesaoc@hotmail.com

ENCARNACIÓN MARTÍNEZ-GARCÍA
Universidad de Granada, España
emartinez@ugr.es

FRANCISCO JIMÉNEZ BAUTISTA
Universidad de Granada, España
fjbautis@ugr.es

CESAR HUESO-MONTORO
Universidad de Jaén, España
chueso@ujaen.es

Abstract

In recent years, the European Public Health Systems have been mired in the worst financial crisis in its history, pointing to the welfare state as the main responsible for it. The objective of this work has been to analyze the extent to which the economic crisis that began in 2008 has affected the social policies and inequalities in health, specifying the effects of this on the health of the population. To properly analyze the current situation, it is important to know to what extent the economic crisis has affected the health of populations and in particular, certain vulnerable groups (children, elderly, women, others). Contrary to the recent UN resolution urging governments to provide universal access and quality of health services, the tendency has been to prioritize the reduction in the deficit through austerity measures focused on health and education. The effects of this health crisis depends on the social protection policies undertaken, and its extension of services to the most vulnerable groups, as these crises have been associated with an increase in most diseases, mainly mental, as well as an increase in suicide mortality.

Keywords: Crisis; Health; Welfare state; Health System, Social Vulnerability.

Resumen

En estos últimos años los Sistemas Públicos de Salud europeos se han visto sumidos en la peor crisis financiera de su historia, señalándose al Estado de Bienestar como principal responsable de la misma. El objetivo de este trabajo ha sido analizar en qué medida ha afectado la crisis económica iniciada en 2008, a las políticas sociales y a las desigualdades en salud, concretando los efectos de la misma sobre la salud de la población.

Para analizar correctamente la actual situación habría que conocer en qué medida influyen las crisis económicas en la salud de las poblaciones y más aún sobre ciertos grupos vulnerables (niños, ancianos, mujeres,...). En contra de la reciente resolución de la ONU instando a los gobiernos hacia un acceso universal y de calidad de sus servicios sanitarios, se ha priorizado la reducción del déficit mediante programas de austeridad en sanidad y educación principalmente. Los efectos de esta crisis sobre la salud van a depender fundamentalmente de las políticas de protección social, y de su extensión a los grupos más vulnerables, ya que estas crisis se han asociado a un aumento de la mayoría de las enfermedades, fundamentalmente mentales, además, de un incremento de la mortalidad por suicidio.

Palabras clave: Crisis; Salud; Estado de Bienestar; Sistema Sanitario, Vulnerabilidad Social.

1. Introducción

«Quien ignora la verdad es un iluso,
pero quien conociéndola la llama mentira es un delincuente»
Bertolt Brecht

En los últimos años los Sistemas Públicos de Salud europeos se han visto sumidos en la peor crisis financiera de su historia. Esta situación ha propiciado que muchos piensen en el Estado de Bienestar como principal responsable de la misma, por un uso desmedido de sus recursos, y por no ser sostenible desde un punto de vista económico; fundamento que ha propiciado la excusa perfecta para avalar, entre otras, importantes medidas de ajuste, la mercantilización de la sanidad para mejorar su productividad, aunque la evidencia disponible indique que esto «produce un equilibrio más ineficiente: detrae más riqueza para aportar menor salud a la sociedad» (Repullo, 2012: 362).

Para analizar correctamente esta situación, se convierte en un objetivo fundamental saber en qué medida influyen las crisis económicas en la salud de las poblaciones y en concreto sobre ciertos grupos vulnerables (Dávila y González, 2009), si han tenido indicadores comunes, si la crisis económica reciente difiere o no de las anteriores y cómo está afectando en concreto a la salud de la población. En momentos de crisis, establecer prioridades para decidir qué proteger, qué conservar y a qué renunciar es aún más importante y difícil que en tiempos normales (Hadad y Valdés, 2010).

A pesar del enorme crecimiento económico ocurrido desde la Revolución Industrial en Inglaterra y más marcadamente en la segunda mitad del siglo XX, la pobreza no sólo no ha sido eliminada sino peor aún, las desigualdades económicas son actualmente escandalosas, con más de 1300 millones de personas viviendo por debajo del umbral de la pobreza, siendo ésta el principal problema de salud de la población (Benach, 1997).

En contra de la reciente resolución de la «Organización de las Naciones Unidas» (ONU) instando a los gobiernos a acelerar el progreso hacia el acceso universal a servicios asequibles y de atención de salud de calidad (Legido-Quigley *et al.*, 2013), la Comisión

Europea, el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional (*Troika*) junto con los líderes de muchos países europeos, han priorizado la reducción del déficit mediante programas de austeridad, programas que implican recortes presupuestarios (Reeves *et al.*, 2014) en materias tan importantes como la sanidad y la educación entre otros. En la práctica, el gobierno español sin el procedimiento parlamentario, promulgó un Real Decreto para limitar el acceso a los servicios gratuitos, socavando el principio de la cobertura universal (Legido-Quigley *et al.*, 2013), «que es la que garantiza la adecuada distribución de riesgos, la eficiencia económica y social, la calidad y la capacidad redistributiva del sistema» (López y Martínez, 2012: 1).

Era de esperar por tanto un deterioro progresivo de la calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud, y la no utilización a la larga de un sistema sanitario público erosionado, a favor de una mayor contratación de seguros privados de salud, lo que conllevaría como ya bien dijo Richard Titmuss desde la *London School of Economics*, a que un «servicio para los pobres se convierta inevitablemente en un pobre servicio, cuando la clase media, políticamente activa, los abandona» (López y Martínez, 2012).

En momentos de la historia social (económica, política y cultural) como los vividos con la crisis se hace extremadamente necesario no sólo amortiguar los efectos más urgentes de la pobreza y de la crisis, sino que hay que romper la lógica de ambas, siendo los medios políticos más eficaces para ello, la educación y el sistema sanitario (Jiménez, 2012a). La relación entre educación y salud es bien conocida y bidireccional (Cutler, Lleras y Vogl, 2008; Groosman y Kaestner, 1997; Groot y Maassen, 2007), y «los efectos de la educación sobre la salud, constituyen uno de los denominados beneficios no monetarios de la educación» (Dávila y González, 2009: 262). Para Luis Eduardo Vila,

La evidencia empírica disponible sugiere que la educación fomenta el bienestar individual a través de su impacto sobre el estado de salud, el control de la fecundidad, el desarrollo cognitivo de los hijos, las decisiones ocupacionales y las pautas de consumo y ahorro, además de bajo ciertas condiciones, la adopción y difusión de tecnologías, la reducción de las desigualdades en la reducción de la renta y la riqueza, incrementando la cohesión social y promoviendo el desarrollo de sociedades más prósperas, democráticas y justas (Vila, 2003: 309).

El objetivo de este trabajo ha sido analizar en qué medida ha afectado la crisis económica iniciada en 2008, a las políticas sociales y a las desigualdades en salud, concretando los efectos de la misma sobre la salud de la población.

2. Breve historia del Estado del Bienestar

Tras finalizar la II Guerra Mundial se creó *The National Health Service* británico, como primer Sistema Nacional de Salud que pretendía con la intervención del Estado evitar las crisis cíclicas del capitalismo, «en definitiva, la legitimación de políticas estatales tendentes

a garantizar el bienestar y cubrir las necesidades básicas de la población principalmente mediante mecanismos fiscales de redistribución de la riqueza» (Barona, 2000: 31).

A partir de la crisis económica que los países industrializados sufrieron durante la primera mitad de los años 70, dos factores fueron adquiriendo importancia en relación con las políticas económicas, por un lado la transformación de las condiciones laborales de la fuerza de trabajo (paro estructural, especialización profesional, inestabilidad laboral y movilidad de los trabajadores) y por otro lado la mundialización o globalización económica (Barona, 2000). Todo esto llevó a partir de los años 80 a cambios profundos en las concepciones de desarrollo social (político, económico y cultural), tachando al Estado de Bienestar de un manejo «corrupto, ineficiente, ineficaz y monopólico del ensamblaje público» (González y Sosa, 2010: 77).

En este contexto, aparece el Neoliberalismo como alternativa factible a los procesos de desarrollo, «profundizándose el proceso de globalización de los mercados, costumbres, política y economía» (González y Sosa, 2010: 77), de manera que el proceso de globalización económica ha provocado, sobre todo desde principios de la década de los 90, políticas de corte neoliberal basadas en las tres «D»: *Disminución del déficit público*, atacando al núcleo principal del Estado de Bienestar, los gastos sociales, *Desregularización laboral y Deslocalización de capitales* hacia las zonas más rentables o con menor carga fiscal (Marset, Saez y Sánchez, 1998). Desde esta visión, se naturaliza el concepto de salud-enfermedad como un producto negociable, como cualquier otro tipo de negocio, desapareciendo con ello su derecho social universal y manejando la atención de salud con un claro objetivo ideológico: «acumulación de capital sin importar el impacto social» (González y Sosa, 2010: 77), lo cual se consigue con una tendencia privatizadora, justificada por una supuesta insostenibilidad del sistema sanitario, y que se traduce en desempleo y profundización de la pobreza (González y Sosa, 2010).

En España el llamado *Informe Abril* (Abril, 1991), proponía la separación entre Salud Pública y asistencia sanitaria y también la importante distinción entre las «funciones de financiación», que en un servicio público y por definición habría de ser pública, y la «provisión del servicio», que podía ya ser pública o privada (Barona, 2000). Este informe dio origen al «Real Decreto de 1995 sobre ordenación de las prestaciones sanitarias» y a una Ley de 1997 que reconoce ya la posibilidad de gestionar los servicios prestados por el Sistema Nacional de Salud «indirectamente a través de la constitución de cualesquiera entidades de naturaleza o titulación pública admitidas en Derecho» (Fernández-Cuenca, 1998: 259).

Con la democracia, la nueva Constitución Española adquiere compromisos específicos en relación al derecho de los ciudadanos a la salud, reconociendo el derecho a la protección de la salud y creando el «Estado de las Autonomías» como base de un sistema sanitario descentralizado políticamente. Los principales cambios se dieron a partir de la «Ley General de Sanidad» de 1986, cuando ya se apuesta claramente por la prevención y promoción de la salud, la universalidad de la asistencia pública y por políticas de salud orientadas a superar las desigualdades, pasando la cobertura sanitaria del 77% en 1977,

a cubrir la de todos aquellos que carecían de recursos o cobertura a partir del decreto de universalización de 1989 (Fernández-Cuenca, 1998: 252).

A pesar de que hay un sector de los economistas para los que el origen de la crisis se debe a un consumo desmedido y un abuso de los recursos del Estado de Bienestar, y que por tanto centran la solución en la contención del gasto social como prioridad en las políticas de ajuste fiscal, la experiencia no confirma esta teoría, sino que las crisis se han producido con existencia o no del Estado de Bienestar, con la ampliación de la desregulación de la actividad económica como escenario en todas ellas, así como también sus consecuencias de reducción de ingresos, aumento del desempleo, marginalidad y pobreza (Ferrer, 2012).

La transformación de los sistemas sanitarios surgidos en el Estado de Bienestar pasa por la superación de tres problemas fundamentales: «demográfico, tecnológico y globalización de la economía» (Ortún, 1998: 39). El problema demográfico haría referencia al envejecimiento de la población y por tanto a un aumento de población no productiva, a los cambios en la estructura y dinámica familiar y a la marginalidad social. El problema tecnológico hablaría del importante aumento que las innovaciones tecnológicas suponen al gasto sanitario. Finalmente, la globalización de la economía supone un aumento de la competencia global entre Europa, el Asia industrializada y América del Norte, suponiendo esto un cambio en la productividad con aumento del consumo para mantener la competitividad (Barona, 2000).

3. Desarrollo social y crisis económica

En estas circunstancias económicas y financieras, el papel activo del Estado ha experimentado un retroceso, siendo las consecuencias de esta ideología económica sobre los servicios públicos, en especial sobre la sanidad, devastadoras: recortes en el gasto con eliminación y/o limitación de programas, y tratamientos, así como privatización de los servicios. Política avalada por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y por el Banco Mundial (BM) (Barona, 2000).

Las crisis económicas han formado parte de un proceso histórico cíclico, donde sólo desde 1970 hasta finales del 2008 se han producido en el mundo 447 crisis financieras nacionales según el FMI (Laeven y Valencia, 2008), radicando la gravedad de la crisis económica actual no sólo en la magnitud de los niveles de desempleo sino en el carácter global de la crisis y de las políticas adoptadas en el ámbito de la Unión Europea (Jiménez, 2012a, Jiménez, Arzate y Castillo, 2014). «Si bien comenzó como financiera, del sector inmobiliario y en Estados Unidos de Norteamérica, hoy afecta a todas las economías, sectores y países» (Hadad y Valdés, 2010: 235), aumentando el desempleo y el empobrecimiento de las familias (Dávila y González, 2009).

Son muchos los que levantan la voz para incrementar la lista de las causas de la crisis en relación con el gasto sanitario, aumentando así el déficit histórico del gasto social

en España en relación con la zona euro y justificando el dismantelamiento progresivo del sistema sanitario público, e ignorando los efectos que sobre la salud de las personas tendrán las desigualdades sociales que derivarán de ello. «Las crisis no se explican por el déficit público, por conflictos sociales ni por causas naturales sino que es básicamente la desigualdad la que está detrás de las crisis sistémicas de mercado» (Ferrer, 2012: 1).

Entre 1973 y 2011 la productividad aumentó un 84,4%, frente a un 10,7% de la retribución horaria (Fontana, 2012). Ya en 2008, las declaraciones de la Doctora Margaret Chan, como directora general de la OMS, hacían referencia a la gravedad de la crisis financiera como precursora de la actual crisis económica: «las consecuencias tienen dimensiones mundiales, y la situación es particularmente inestable. La crisis financiera se está transformando rápidamente en crisis económica, y en muchos países amenaza con convertirse en una crisis social» (Chan, 2008: 1).

El gasto de un Estado en materia de desarrollo social se convierte en una de las herramientas claves en la gestión de la crisis, no sólo como parte de una ideología, sino como forma de relación entre Estado y sociedad. Estas acciones de política pública supondrían un cambio en la redistribución de la riqueza, en las formas de desigualdad de violencia (directa, estructural, cultural y/o simbólica), aumentando así el bienestar de una sociedad (Jiménez, 2012b).

Los procesos económicos producen cambios en las instituciones sociales (como la familia), en la organización de la sociedad civil, pero también en las formas de desigualdad social como el acceso a las oportunidades y la discriminación en colectivos sociales específicos, sobre todo niños, jóvenes y mujeres (Jiménez, 2012a, Jiménez *et al.*, 2014).

Respecto a la importante relación existente entre condiciones socioeconómicas y salud, puede concluirse que las políticas dirigidas a mejorar las condiciones de vida tendrán un efecto positivo en la salud y en la equidad de la misma (SESPAS, 2011).

Existen estudios que demuestran que el gasto social de un país se relaciona con la salud de la población y así, un estudio del año 2010 (Stuckler *et al.*, 2010a), muestra una importante correlación entre el gasto en protección social de un país y la mortalidad; en concreto se examinó dicha correlación en 15 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (incluida España), descubriendo cómo la mortalidad es menor en aquellos países con más inversión en protección social (programas familiares de ayuda para el cuidado de niños o personas con discapacidad, pensiones de jubilación, programas activos de búsqueda o consolidación de empleo, etc.). Para los autores del citado estudio la razón por la que la crisis económica que sufrió el continente asiático durante los años 90 no afectó a la Salud Pública en Malasia, fue que a diferencia de Tailandia e Indonesia, se negó a seguir las recomendaciones del FMI para reducir el gasto en protección social, emprendiendo programas de estímulo y ayudas públicas a los más necesitados, logrando mejorar no sólo la salud pública nacional sino convirtiéndose en el único país, de todos los afectados por aquella crisis, que consiguió cumplir los objetivos económicos primordiales marcados por el propio FMI (Stuckler *et al.*, 2009a)

Así mismo, países como Finlandia, con la fuerte crisis económica que padeció en los años 90 (Lahelma *et al.*, 2002), o Islandia como primer país europeo en colapsar a causa de la crisis económica de 2008 (Bayo, 2013), son claros ejemplos de cómo la inversión

en gasto público, hizo que no sufrieran efectos negativos sobre la salud ni sobre las desigualdades en la misma. En concreto y para el caso de Finlandia, se decidió propiciar un cambio en educación a través de la inversión en investigación y desarrollo, pensando en que esto haría aumentar la productividad y con ello la prosperidad económica (Acemoglu, 1996). Debido a esto, la actual tasa de crecimiento del nivel de educación de su población se encuentra entre las más rápidas de los países de la OCDE y también entre los mejores formados dentro de esta organización. En base a todo esto, Finlandia desarrolló una industria de base tecnológica y alto valor añadido, modificando la estructura ocupacional y el perfil de la fuerza de trabajo que requería el nuevo modelo productivo (De la Fuente y Fernández, 2012).

En los últimos años, las tendencias de mortalidad en la UE muestran cómo los países europeos con mayor gasto *per cápita* en programas activos de empleo han tenido un menor incremento en la mortalidad por suicidio durante las crisis económicas, ya que concretamente en el caso de España o países de Europa del Este recientemente incorporados a la UE las crisis económicas se relacionan con un aumento de suicidios (Stuckler, Basu y McKee, 2010b).

4. Productividad y gasto sanitario público

En contra de los que creen que el gasto público en salud no es productivo, se ha demostrado cómo la población activa sana mejora la productividad laboral, ya que disminuyen las incapacidades y mejoran los diagnósticos y medidas de prevención (Hernández, 2004 y Ortún, 1998). Está comprobado que la existencia de un Estado de Bienestar fuerte conlleva una buena productividad, además de un mejor desarrollo humano y cohesión social (Barona, 2000).

Para David Stuckler, «la austeridad sanitaria es el más falso de los ahorros» (Bayo, 2013). Un claro ejemplo de esto lo sufrió Nueva York al principio de los años 90 cuando recortaron 120 millones de dólares en programas de prevención de la tuberculosis y se produjo un brote resistente a los antibióticos, que costó más de mil doscientos millones de dólares, lo que acabó teniendo un coste muy superior a los ahorros que imponían las políticas de austeridad. Y es que para Stuckler «la recesión hace mucho daño pero la austeridad mata» (Bayo, 2013).

El sistema sanitario se convierte en una herramienta fundamental para amortiguar el paso de la crisis económica a la crisis social, de ahí la importancia de la protección de sus prestaciones, calidad e inversión (Ferrer, 2012). «El Producto Interior Bruto (PIB) es el mayor indicador de la producción total de bienes y servicios de un país» (Hernández, 2004). Respecto al gasto público sanitario, España al igual que la mayoría de los países de la OCDE sigue la tendencia de un aumento de los gastos y costes de los servicios (Ferrer, 2012), aunque es de los más bajos de la UE-15 según Eurostat, con un 6,5% del PIB en 2008 frente al 7,3% en el conjunto de la UE-15 (Navarro, 2012). En esta línea, se debería aumentar aproximadamente un 14% el gasto actual social en España para situarlo al nivel que le corresponde según el PIB *per cápita* en relación con el grupo de países utilizados en

su análisis por el European Economic Advisory Group (EEAG) (Bélgica, Francia, Italia y España) (Ferrer, 2012).

Para argumentar que estamos por encima de nuestro gasto social, se suele tomar la recaudación fiscal y no el PIB como indicador. Esto sería acertado siempre y cuando se tuvieran en cuenta otros factores como el carácter regresivo de nuestro sistema social y la existencia de distintos grados de fraude fiscal en la Unión Europea, con España probablemente a la cabeza, ya que según el Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda (GESTHA), la defraudación para el año 2009, equivalía al 84,61% del gasto público sanitario para el mismo año, correspondiendo el 74,36% de esta defraudación a grandes corporaciones y empresas, que unido al de las Pyme alcanzó el 91,77% del total defraudado, dirigiéndose la mayor parte de este fraude a rentas del capital (Ferrer, 2012). A lo largo de la crisis, la economía sumergida ha aumentado en 60.000 millones de euros hasta situarse en el 24,6% del PIB al cierre de 2012, lo que supondrían 253.135 millones de euros ocultos, de acuerdo con el estudio de GESTHA (2014).

Exponiendo algunos datos porcentuales de la evolución del gasto sanitario *per cápita* en España durante los años 1996-2010 en relación con la zona euro, observamos cómo este gasto, entre 1996 y 2004, creció a una media anual del 4,07% y en la zona euro fue del 3,87%, mientras que entre 2004 y 2010 el crecimiento medio anual para España fue del 3,73% frente al 3,86% de la zona euro (Ferrer, 2012).

Desde 1996 a 2010, el crecimiento del gasto sanitario de financiación pública *per cápita* es mayor al crecimiento del gasto sanitario de financiación privada *per cápita*, el 73,32% y el 62,64% respectivamente, tendencia que también se observa en el grupo de países de EEAG y en la UE (Navarro, 2012). El gasto sanitario privado *per cápita* en España en 2010, equivale al 26,4% del gasto sanitario total *per cápita*, siendo para la zona euro el 28,9% y para el grupo de países de EEAG del 23,57% (Ferrer, 2012).

Precisamente el hecho de que España sea también el país que tiene el mayor porcentaje de gasto sanitario privado de la UE-15 y que éste proceda del 20-25% de la población que tiene mayor nivel de renta es lo que determina que haya una polarización por clase social del sistema sanitario español, con un sector público de la sanidad atendiendo a las clases menos favorecidas y otro privado que lo haría con la población más pudiente (Navarro, 2012a).

Por otro lado, la evolución del gasto farmacéutico público *per cápita* según datos de «OCDE Health Data 2012», en 1996 era del 19,8% del gasto sanitario y creció hasta un máximo del 21,3% en 2003, disminuyendo desde entonces hasta el 18,9% en 2009 (Ferrer, 2012). Por último, entre 2003 y 2009 la reducción en el consumo de fármacos ha sido mayor en el de financiación pública que en el de privada (Ferrer, 2012).

5. Determinantes Sociales de la Salud

Desde que se organizara la «Conferencia de Alma Ata» en el año 1978, tanto la OMS como su homóloga americana, la OPS (Organización Panamericana de la Salud), han venido analizando la importancia de la pobreza como determinante de la salud (Kunst y

Mackenbach, 1995; Victora, Barros y Vaughan, 1992, cf.: Barona, 2000), porque ésta es el principal factor negativo para la misma, así que teniendo en cuenta que desde la década de los 80 hasta finales del siglo XX, el número de personas en situación de pobreza e indigencia se ha incrementado de forma importante (Barona, 2000), la situación es más que alarmante.

En 2005, la OMS (2008b) creó la «Comisión de Determinantes Sociales de la Salud» para recoger datos científicos que avalasen posibles medidas e intervenciones a favor de la equidad en salud y crear un movimiento internacional para alcanzar dicho objetivo, definiendo las desigualdades en salud como «el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas» (OMS, 2008: 1). El informe resultante se basó en tres premisas fundamentales:

- Mejorar las condiciones de vida.
- Luchar contra la distribución desigual del poder.
- Medir la magnitud del problema y sensibilizar a la opinión pública al respecto.

En España, en el año 2010 se constituyó la «Comisión para reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España» (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015: 17), definiendo como Desigualdades en Salud «aquellas diferencias en salud injustas y evitables, resultado de la distinta distribución de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos menos favorecidos» .

El modelo para explicar las causas o factores determinantes de las desigualdades en salud contiene dos elementos fundamentales: los *factores estructurales*, compuestos por el contexto socioeconómico-político (gobierno y tradición política, actores económicos y sociales) y *por la estructura social* (clase social, género, edad, etnia y territorio), y los *factores intermedios*, con los recursos materiales (condiciones de empleo y trabajo, trabajo doméstico y de cuidados, ingresos y situación económica, calidad de la vivienda y equipamiento, así como entorno residencial) y *el acceso a los servicios de salud* (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

La crisis afecta a la salud al incidir negativamente en los llamados Determinantes Sociales de la Salud (DSS), al influir éstos en la pobreza y desigualdad, y en los recursos asignados al sistema sanitario, necesarios para garantizar la equidad, nivel de calidad y prestaciones. Los DSS tienen una mayor influencia en la equidad en salud que el hecho del acceso en sí mismo a sistemas sanitarios con alto nivel de prestaciones y calidad (Ferrer, 2012). Además, estas desigualdades se van reproduciendo a lo largo de la vida: la clase social a la que se pertenece, el nivel de estudios, la ocupación, el poder adquisitivo, entre otros aspectos, son al mismo tiempo distintas formas de medir la jerarquía de poder basada en la extracción social, y de generar recursos y distintas oportunidades a lo largo de la vida, perpetuando así las desigualdades en salud (Singh, Ferrie, Chandola y Marmot, 2004).

En el Informe de Mayo de 2010 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015) de la citada comisión, se cita que en España la posición socioeconómica, el género, el territorio y más recientemente la inmigración, son ejes de desigualdad con enorme impacto en la salud de la población. Un claro ejemplo de esto se observa entre las Comunidades Autónomas más ricas (como Navarra y Madrid) y una de las más pobres (Andalucía), hallando una diferencia de esperanza de vida de 3 años, pudiendo ser estas diferencias aún mayores al comparar barrios de una misma ciudad (Borrell y Arias, 1995; Ruiz *et al.*, 2004).

Estas desigualdades afectan aún más a colectivos específicos y ya de por sí desfavorecidos por estar habitualmente expuestos a mayores factores de riesgo (Ferrer, 2012) y así en las clases sociales o posiciones socioeconómicas más desfavorecidas, en las mujeres y en la población inmigrante procedentes de países de renta baja, aumenta la exposición a factores como el desempleo, exclusión del trabajo remunerado, ingresos inadecuados o precariedad laboral (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Según los datos de *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) relativos a su informe *Infancia en España 2012-2013* (González, Bello y Arias, 2012), en España hay 2,2 millones de niños viviendo por debajo del umbral de la pobreza, lo que supone un 10% más que en 2008, sufriendo un incremento del 12% desde 2007 a 2010 los hogares con todos sus miembros adultos sin trabajar.

En referencia a la información aportada por distintas organizaciones de inserción de discapacitados en Cataluña, los recortes aplicados suponen que un 30% de ellos perderán su puesto de trabajo en Centros Especiales (Ferrer, 2012).

Respecto a las personas mayores de 65 años, el informe *El Impacto de la Crisis en las Personas Mayores* (Romera y Grané, 2013), concluye que este grupo de población se ha convertido en «proveedores de ayuda» y que a consecuencia de la crisis y por primera vez, un 30% de estos mayores están ayudando económicamente a algún miembro de su familia. En estas condiciones, la longevidad se traduce en una mayor vulnerabilidad social.

Para entender estas desigualdades en salud y las condiciones de vida que las determinan es necesario considerar el contexto social (económico, político y cultural) de un país, por lo que en España y a pesar del progreso de las últimas décadas, la Guerra Civil y los 40 años de dictadura propiciaron unos indicadores relacionados con políticas estructurales, de mayor pobreza y desigualdad de renta, mayor desempleo, menor participación femenina en el mercado laboral y un menor gasto público en sanidad y educación respecto al resto de la Unión Europea (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

El IV Plan Andaluz de Salud de Andalucía ya en su presentación hace referencia a estos DSS y concretamente respecto al marco teórico creado por la OMS concluye:

Por tanto, el nivel de salud de una sociedad está directamente relacionado con su nivel de cohesión: cuanto mayor sea el capital social de una comunidad, y más equitativas las políticas sociales que se impulsen en ella, mejor será la salud individual y colectiva de la población y menores las situaciones de vulnerabilidad y desprotección. Este complejo marco conceptual deja en evidencia que las condiciones de injusticia y desigualdad en la distribución del nivel de salud nunca se deben a circunstancias individuales, sino que sur-

gen como resultado de las decisiones y prioridades políticas y económicas que se tomen en un momento histórico dado (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013: 5).

Así que, cualquier política que quiera impulsar de lleno la mejora de la salud de una sociedad, ha de abordar enérgicamente los *Determinantes Estructurales de la Salud*.

6. Desigualdades en Salud

Según el IV Plan Andaluz de Andalucía:

Cada vez es mayor el conocimiento que indica la existencia de desigualdades en salud. El nivel socioeconómico, educativo, el lugar y tipo de residencia, las relaciones sociales y familiares, el grupo social de pertenencia, el empleo, la seguridad e higiene en el mismo, marcan las oportunidades y las decisiones que se realizan habitualmente (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013: 42)

Existe por tanto el llamado *gradiente social en la salud*, de forma que aquellos con los niveles más altos de ingresos, educación y posición social, van a tener una mejor salud, más longevidad y un mejor pronóstico frente a la enfermedad.

El concepto *situación de salud* hace referencia al «conjunto de problemas de salud identificados, explicados y jerarquizados, consecuencia de las condiciones económicas, sociales, políticas y culturales de la población» (Castellanos, 1998, cf.: Barona 2000: 35). Por eso, las desigualdades entre distintos grupos se manifiestan por la falta de equidad. En esta misma línea, el objetivo principal de la Salud Pública es transformar esa *situación de salud* de la población para su beneficio individual y colectivo, al mismo tiempo que se reducen las desigualdades (Barona, 2000).

La salud de la población es fundamental para la reducción de las desigualdades sociales ya que supone mejora de la competitividad y la sostenibilidad económica a través de la mejora de las condiciones personales de vida y trabajo, así como sector generador de empleo (Ferrer, 2012).

La importancia de analizar las desigualdades sociales que condicionan las desigualdades en salud radica no sólo en cuestiones económicas sino también en razones éticas. Incluso si analizásemos sólo la cuestión económica, las estrategias de Salud Pública tendientes a minimizar las desigualdades aportan una mayor rentabilidad a la inversión, ya que estas desigualdades suponen un déficit social y económico de recursos humanos y por tanto una disminución de la productividad (Barona, 2000).

Curiosamente a pesar del objetivo que la OMS se marcó para los años 80 consistente en reducir un 25% las desigualdades de salud entre distintos países y también dentro de un mismo país, en la práctica no sólo no han disminuido sino que han aumentado (Barona, 2000) y es precisamente en este aumento lo que está en el origen de la crisis económica, que a su vez genera mayor desigualdad y nuevas brechas en la equidad social, empeorando aún más la delicada situación social (Ferrer, 2012).

Las crisis económicas generalmente producen un cambio en la distribución de la renta ya que no sólo el nivel de renta per cápita de un país sino también su distribución definen el grado de salud (Dávila y González, 2009).

El efecto negativo de las diferencias de renta sobre el bienestar requiere un compromiso con la infancia mediante distintos mecanismos: priorizando la actuación con familias de menores rentas, mejorando la investigación y las intervenciones para aumentar la calidad de vida en la infancia, los programas educativos y la educación para la salud, potenciando la calidad y los recursos educativos primarios y secundarios, y por último facilitando el asesoramiento y formación de padres, educadores, profesionales de la salud y demás miembros implicados de la sociedad para un crecimiento y desarrollo saludable en la infancia (Hernán, 2012). La importancia de lo anterior va a radicar en el hecho de que durante la primera infancia se asientan las bases de la futura salud adulta, de forma que una situación de pobreza durante el embarazo y los primeros años de vida van a condicionar un mayor riesgo de mala salud durante toda la vida (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

De forma global, la pobreza se asocia con importantes dificultades de acceso a los servicios de promoción y/o prevención de la salud, además de a las instalaciones asistenciales propiamente dichas (Repullo, 2012).

Reducir estas *desigualdades en salud* supondría además de un imperativo de justicia social una mejora de salud para toda la sociedad, mayor a la esperada bajo el modelo de desarrollo económico (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013).

La *pobreza estructural*, determinada por el indicador de las necesidades básicas insatisfechas, afecta fundamentalmente a la población con un nivel educativo y rendimiento económico más bajo, altas tasas de fecundidad, con escaso desarrollo tecnológico y que habitan viviendas con condiciones higiénicas y ambientales muy deficientes, siendo grupos de población con unas elevadas tasas de enfermedades infecciosas transmisibles, enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos psíquicos y violencia urbana) (Castellano, 1988).

La *pobreza coyuntural*, debida a momentos de crisis, normalmente va asociada a problemas de salud como alteraciones psíquicas (depresión, suicidios, etc.) y otras patologías sociales como la marginalidad, el alcoholismo y/o la violencia (Barona, 2000). Por tanto, y en palabras de la OMS la pobreza extrema, codificada según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) con el código Z589.5, es la principal causa de mala salud, constituyendo el principal factor de sufrimiento de la población (Barona, 2000).

Según informes de la ONU las trescientas cincuenta y ocho personas más ricas del mundo acumulan una riqueza equivalente a las dos mil trescientos millones de los más pobres y esta escandalosa desigualdad está ampliándose cada vez más, lo que queda demostrado con datos como el hecho de que «entre 1960 y 1991 la riqueza acumulada por el 20% de la población más rica se ha duplicado con respecto al 20% más pobre» (Benach, 1997; cf.: Barona, 2000: 37). Las desigualdades en salud son fundamentalmente consecuencia de las desigualdades sociales y económicas y en menor medida de factores genéticos, medioambientales o derivados del sistema de salud (Barona, 2000).

Aunque durante este siglo, las tasas de mortalidad de los países desarrollados se han reducido notablemente, gracias fundamentalmente a las mejoras de las condiciones de

vida, de las medidas preventivas y de la atención sanitaria, las desigualdades sociales en salud están aumentando, siendo enorme la magnitud de las mismas (Benach, 1997). Dicho de otro modo, el *gradiente de salud* entre grupos sociales persiste y tiende a ampliarse (Barona, 2000), a pesar de todo ello, estas desigualdades no son fenómenos fijos o inmutables sino que su gradiente y/o magnitud se modifica según las circunstancias históricas y geográficas (Benach, 1997) y por tanto es susceptible de ser contrarrestado mediante estrategias políticas adecuadas.

El IV Plan Andaluz de Salud (Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013) se hace eco de varios trabajos que conviene mencionar. Concretamente, una revisión sistemática (Bambra *et al.*, 2010) sobre el impacto de las políticas e intervenciones dirigidas a reducir las desigualdades, concluye que son necesarias más investigaciones sobre la efectividad de las intervenciones para disminuir las desigualdades en base a la poca evidencia disponible. También se ha evidenciado cómo las intervenciones basadas en las ayudas para un mejor acceso a las prestaciones sociales, fundamentalmente económicas, mostraban mejoras en diversos indicadores de salud mental (Colombo *et al.*, 2011). Así mismo, se han publicado otras revisiones adicionales en las que se pone de manifiesto cómo los comedores escolares pueden tener beneficios en la salud de estos niños, en concreto sobre la talla, peso y algunas áreas cognitivas (Kristjansson *et al.*, 2008). Otra revisión analizó el efecto de las visitas domiciliarias durante los primeros años de vida para disminuir la violencia en los hogares en población deprimida, confirmando cómo estos programas prevenían el maltrato y abandono infantil así como la violencia marital (Bilukha *et al.*, 2005).

Y así, aunque las investigaciones al respecto sean escasas, de los resultados se deduce que la reducción de las desigualdades en salud implica reducir por un lado las desigualdades en la riqueza mediante políticas fiscales progresivas y reducir las desigualdades sociales mediante políticas que mejoren el desempleo, la educación, el medio ambiente, la vivienda y los servicios sanitarios (Benach, 1997).

Se ha demostrado que los países con mayor protección social son los que menos sufren en situación de crisis agudas (Lucio, 2012). De hecho no son los países con un mayor índice de riqueza los que aportan mejores indicadores de salud sino aquellos que son más igualitarios, es decir, entre los países industrializados los mejores indicadores de salud son los de aquellos con mayor cohesión social y menores desigualdades, caso de los países escandinavos o de Japón, con una amplísima clase media (Barona, 2000). Por lo tanto, apostar por la protección social, la innovación, la investigación y el desarrollo (Lucio, 2012), es fundamental para avanzar en tiempos de crisis.

7. Condicionantes sociales favorecedores del impacto adverso de las crisis económicas en la salud

Para investigadores como Suhrcke y Stuckler (2012), la peor situación para afrontar las crisis económicas es cuando se suceden cambios económicos de forma rápida, se debilitan las redes de protección social formales e informales y se facilita el acceso al alcohol y las drogas.

Si analizamos más detalladamente cada uno de los puntos anteriores, respecto a la rápida instauración de cambios económicos, tras la crisis económica que siguió al derrumbe de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) entre 1989-1999, en aquellas regiones europeas en que la privatización fue más lenta, se produjeron menos cambios laborales y una menor disminución de la esperanza de vida (Segura, 2012).

En referencia a la capacidad de amortiguación de los efectos de la crisis, la intensidad del daño que produce ésta va a estar relacionada con la capacidad de defensa frente a la misma más que con su gravedad. En este sentido, las redes sociales informales, las políticas de protección social y de empleo, la afiliación sindical y los programas preventivos se convierten en puntos clave. Así, y como ejemplos de lo anterior citaremos cómo en la URSS tras la crisis postsoviética el estar casado o pertenecer a organizaciones sociales disminuyó los efectos adversos para la salud (Stuckler, King, Mckee, 2009c).

Hay autores que mantienen que a pesar del aumento del desempleo de un 3%, las tasas de suicidios no se ven afectadas cuando la inversión en empleo supera los 140 euros per cápita (Stuckler *et al.*, 2009b), o cómo por cada recorte de 80 euros por habitante en ayudas sociales a distintos colectivos de riesgo, la mortalidad general por distintos problemas puede aumentar casi un 1% (Stuckler *et al.*, 2010a).

En un estudio de los 29 países de la OCDE se vio cómo la tasa de afiliación sindical está positivamente relacionada con el gasto social (McKee y Stuckler, 2011), de hecho en España el nivel de afiliación sindical es de los más bajos de Europa y en los últimos tiempos estamos asistiendo al «desprestigio público» de los sindicatos como posible respuesta del sistema a la oposición de éstos a la reforma laboral (Cué, 2012).

En Grecia, los ajustes presupuestarios junto al desmantelamiento de un tercio de todos los programas comunitarios de prevención entre 2009-2010, se ha relacionado con un aumento de VIH e ITS, consumo de heroína y aumento de suicidios entre otros (Kentikelenis *et al.*, 2011).

Por último, y en referencia a la facilidad de acceso a las drogas y al alcohol, hay autores que demuestran cómo a raíz de la crisis económica reciente, en varios países europeos, las intoxicaciones etílicas han aumentado, pero los abusos de alcohol han disminuido (Suhrcke y Stuckler, 2012).

Si analizamos todo lo anterior y teniendo en cuenta que en poco tiempo se ha producido conjuntamente un importantísimo recorte del gasto público unido a una destrucción de las redes sociales de protección, no es difícil prever cómo las redes informales como la familia, en las que además es la mujer la que frecuentemente asume la mayoría del trabajo del núcleo familiar, se resentirá aún más, con una afectación directa de la salud física y mental de estas mujeres (Segura, 2012).

8. Efectos de la crisis económica sobre la salud mundial

Desde que la crisis económica irrumpiese con fuerza en nuestra sociedad en el año 2007, el papel activo del Estado ha experimentado un retroceso, siendo las consecuencias

de esta ideología económica sobre los servicios públicos y en especial sobre la sanidad, devastadoras: *recortes en el gasto así como privatización de los servicios* (Barona, 2000).

Los efectos de la crisis económica sobre la salud van a depender en gran medida de las políticas de protección social, en concreto de la extensión de estas políticas a los grupos de población más vulnerables, ya que se asocia a una mejor salud global. A pesar de ello, las políticas han estado orientadas a priorizar los rescates de los sistemas financieros y a reducir el déficit, mediante recortes importantes en el ámbito sociosanitario (Asociación Española de Neuropsiquiatría y Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (AEN Y FADSP, 2011). En concreto, y para la capital de España el presupuesto para la asistencia sanitaria concertada se duplicó desde el 2007 hasta el 2011 y se cerraron dispositivos específicos de Salud Pública, de Atención a las Drogodependencias y de Salud Reproductiva, a lo que se suma un deterioro sostenido de los programas sociales como la dificultad de acceso a las prestaciones reguladas en la *Ley de Dependencia* o la cancelación del pago de las prestaciones durante meses (AEN Y FADSP, 2011).

Ya en 2009, el mensaje de la Directora general de la OMS, Margaret Chan (2009a) respecto a la *Crisis Financiera y la Salud Mundial* hacía eco de estos esperados efectos: Existen temores de que la situación sanitaria se agrave a medida que el desempleo aumente, las redes de protección social comiencen a fallar, los ahorros y fondos de pensiones se vean erosionados y el gasto en salud disminuya. También de que aumenten las enfermedades mentales y la ansiedad, y que quizás se dispare el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias nocivas como ha ocurrido en el pasado.

Para Chan (2009a) los mercados financieros, la economía y las empresas están hoy más interconectados que nunca siendo los descalabros financieros muy contagiosos y transmitiéndose rápidamente de un país y/o sector económico a otros. Las crisis financieras no son simples *anomalías* del sistema de mercado ni son inevitables como parte de un sistema cíclico de sucesos históricos, sino que son resultado de políticas equivocadas y un fracaso de los sistemas de gobierno (Chan, 2009b).

En un momento en que los servicios de Salud Pública se encuentran ya sobresaturados y subfinanciados, la crisis económica hace que la población tienda a evitar la atención privada y haga un uso aún mayor de los servicios públicos (Chan, 2009a). En muchos países pobres más del 60% del gasto sanitario nacional es privado y en su mayoría a través del pago directo, lo que hace que mucha gente descuide la atención en salud, cuestión que resulta más que preocupante si se analizan las tendencias mundiales de envejecimiento demográfico y aumento de las enfermedades crónicas (Chan, 2009a).

Se prevé el riesgo de que no puedan mantenerse los niveles actuales de financiación para el desarrollo internacional en materia de salud. Las consecuencias nefastas pueden también propagarse con facilidad, ya que las interrupciones en el suministro de medicamentos para tratar enfermedades como SIDA, tuberculosis y malaria producirán muchas muertes evitables además de acelerar en otros casos el desarrollo a la resistencia de medicamentos, con una rápida expansión internacional de enfermedades farmacoresistentes. De hecho y según la OMS, ya se están comprobando dichas consecuencias con un aumento de la incidencia de tuberculosis multiresistente y lo más preocupante aún, de

otra extremadamente multiresistente, que es virtualmente imposible de tratar y que está produciendo tasas de letalidad próximas al 100% (Chan, 2009b).

Para Sophia Kisting, directora del Programa sobre VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2008: 1) «la crisis económica tiene una serie de implicaciones para quienes ya contrajeron el virus y para aquellos que se encuentran en una situación vulnerable», ya que el desempleo para padres con VIH/SIDA, puede obligar a los niños a abandonar la escolarización y a trabajar, además, de la que la falta de recursos económicos influye en la interrupción del tratamiento contra el VIH. Por otro lado, la precariedad del empleo, puede generar situaciones para enfrentar el problema, que agraven aún más la exposición al VIH.

Para Isabel Ruiz, de la EASP y coordinadora del grupo de profesionales que han analizado el impacto de la crisis económica en la salud y la provisión de servicios sanitarios, la salud sexual y reproductiva se va a ver afectada en estos tiempos de crisis, ya que «con la precariedad económica se gasta menos por ejemplo en preservativos, lo que supone una desprotección mayor y por tanto un aumento del riesgo de contagio de enfermedades venéreas como el VIH, del que se sospecha podría haber un repunte» (Vallejo, 2013: 1). Concretamente un estudio publicado (Suhrcke *et al.*, 2011) sugiere que las crisis económicas afectan de forma negativa a las enfermedades infecciosas.

Centrándonos en los efectos negativos que la crisis económica está teniendo sobre la salud de la población habría que destacar cómo estas crisis se han asociado a un aumento de la mayoría de las enfermedades, sobre todo de las mentales, así como a un incremento de la mortalidad por suicidio (AEN Y FADSP, 2011; Dávila y González, 2009; Goldman, Saxton y Catalano, 2010; Wang *et al.*, 2010). Cuando el estrés relacionado con circunstancias socioeconómicas desfavorables como desempleo, inseguridad y/o precariedad es duradero, se ha asociado a muerte prematura (SESPAS, 2011).

La reducción de poder adquisitivo va a dar lugar a problemas en el acceso a los alimentos o a su consumo insuficiente o inadecuado, lo que va a derivar en situaciones de desnutrición u obesidad (AEN Y FADSP, 2011) ya que «en tiempos difíciles, los alimentos elaborados, con un alto contenido en grasas y azúcar y bajo contenido en nutrientes esenciales, se convierte en la forma más barata de rellenar un estómago hambriento» (Chan, 2009b: 1). Esta situación va a afectar fundamentalmente a niños, adultos mayores, mujeres embarazadas, lactantes o personas con enfermedades crónicas como la diabetes. Estos grupos vulnerables son los más afectados, tanto en alimentación como en cuidados generales y servicios de salud (Chan, 2009a). La pobreza y la falta de educación son causas de obesidad, estando la calidad de la dieta íntimamente relacionada con el nivel socioeconómico (Darmon y Drewnowski, 2008). Las consecuencias de la mala alimentación durante la infancia se harán notar a lo largo de toda la vida, reduciendo el capital humano en la edad adulta, ya que la pobreza se va a transmitir entre generaciones (Case y Paxson, 2002) empeorando la salud de los hijos y condicionando a su vez sus rentas futuras (Dávila y González, 2009).

Ya en los inicios de la crisis, en el año 2008, en su primer semestre, y según datos del *Panel de Consumo Alimentario del Ministerio de Medio Ambiente y Medio Rural y Marino*

(Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente, 2014) aumentó el consumo de bollería en las familias y se redujo el de frutas y pescado fresco. Así mismo, los datos recogidos para el año 2013, mostraron un aumento del consumo de productos básicos, con una disminución del consumo total de carne del 0,1%, de frutas frescas de un 2,2% y de aceite de oliva de 0,8%.

Según el *VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social de Caritas* (Caritas, 2013), desde que se inició la crisis en el año 2007, se ha triplicado tanto el número de personas atendidas, hasta el 1.300.914 personas atendidas en el año 2012, como el volumen de recursos destinados a ayudas económicas directas a las familias, que fueron de 44 millones de euros, siendo la necesidad de alimentación la demanda prioritaria, seguida de las ayudas para la vivienda y el desempleo. Así pues, se convierte en un objetivo fundamental preservar de la pobreza a las familias con niños en tiempos de crisis, cuando el riesgo de empobrecimiento es máximo (Dávila y González, 2009).

También durante las crisis aumentan las rupturas familiares, separaciones y/o violencia doméstica con repercusiones, sobre todo en la salud infantil (SESPAS, 2011) y además está señalado que durante estos períodos el gobierno y las empresas tienden a abandonar la preocupación por la salud laboral lo que conduce a un aumento de los accidentes laborales y en consecuencia de la mortalidad. Algo parecido ocurre con la salud ambiental, desapareciendo las políticas de protección del medio ambiente y con ello la buena calidad del aire, lo que deriva en un consiguiente aumento de problemas respiratorios y empeoramiento de los ya existentes (SESPAS, 2011).

Algunos datos de la repercusión de la crisis económica en España serían problemas de estrés, ansiedad e insomnio, que han supuesto un aumento en torno al 15% de las consultas de salud mental, principalmente por trastornos adaptativos sobre todo en relación con los problemas laborales. Además, un repunte en las tasas de suicidio desde el año 2008 especialmente en varones, junto a un aumento de la atención en urgencias por intentos en los mismos. A todo esto hay que añadir el impacto que la precariedad económica y la ausencia de oferta laboral está teniendo en personas con enfermedades mentales, con un aumento significativo del riesgo de exclusión social. Por tanto, la extensión de las políticas sociales universales dirigidas a los grupos más vulnerables se asocia con una mejor salud global y los efectos de estas crisis van a depender en gran medida de estas políticas (SESPAS 2011).

Según los cálculos de David Stuckler, en España unas 180.000 personas han perdido el acceso a la atención sanitaria preventiva; las restricciones, copagos, y eliminación de subsidios han hecho que los españoles paguen un 60% más por los medicamentos (Bayo, 2013). Concretamente en Cataluña según datos de la *Agencia de Salud Pública Catalana* la crisis estaría afectando sobremanera a los niños con un aumento del 3% de los que viven por debajo del umbral de la pobreza, alcanzando ya al 23% de todos los menores. En general las medidas de austeridad en Europa han supuesto un aumento del 40% de la mortalidad infantil, según datos oficiales de Eurostat (Bayo, 2013).

Para Stuckler a pesar de no poder demostrar empíricamente dicha hipótesis, cada crisis del sistema capitalista, está siendo aprovechada para «arrebatarle derechos a los trabajado-

res y empobrecer al conjunto de la población en beneficio del ilimitado enriquecimiento de los más poderosos» (Bayo, 2013: 1).

En general, y hablando de cifras concretas, este investigador y sus colaboradores han documentado tanto en Estados Unidos (EE.UU.) como en Europa un aumento de los suicidios como consecuencia de la austeridad. En concreto y según sus datos, en España entre 2007 y 2010 se suicidaron unos 400 varones más de lo previsto antes de los recortes, despidos y desahucios, siendo ya en EE.UU. una de las causas de más muertes, por encima de los accidentes de tráfico, tras un aumento en la última década de un 30% entre los adultos y un 50% más entre los varones de 50 años. Además, de lo anterior, no hay que olvidar que por cada suicidio consumado hay diez frustrados, dejando a la víctima con graves secuelas físicas y/o psicológicas (Bayo, 2013).

En esta misma línea, un estudio previo (Gili, Roca, Basu, McKee y Stuckler, 2013) sobre los efectos en salud mental de la crisis financiera en España (trastornos del estado de ánimo, ansiedad, somatizaciones y problemas relacionados con el abuso de alcohol) halló un aumento de la atención a ciertas enfermedades mentales en atención primaria en el período 2010-2011 en relación con 2006-2007. Concretamente la incidencia de trastorno depresivo mayor se habría incrementado un 19,4%, la distimia un 10,8%, el trastorno de ansiedad generalizado un 8,4%, los ataques de pánico un 6,4%, el trastorno somatomorfo un 7,3% y el alcoholismo un 4,6%. Esta investigación concluyó que aproximadamente un tercio de la tasa de incidencia de depresión mayor de la población que acudía a los servicios de atención de salud mental podría ser atribuido al riesgo combinado del desempleo y a las dificultades para pagar las hipotecas. De este estudio se deduce por tanto la importancia que los factores sociales y económicos tienen en los problemas psicológicos y la necesidad de entender la enfermedad y la salud mental como el modelo biopsico-social defendido por la OMS (Crego, 2013). Los efectos a corto plazo de la crisis sobre las familias se producen principalmente por tres vías: *emigración*, *empobrecimiento* (que cuando rebasa cierto umbral crítico empieza a afectar a la salud) y *desempleo*. «La estrecha conectividad e interdependencia del globalizado mundo actual, imprime un gran alcance y velocidad a la extensión de los fenómenos y a su repercusión» (Hadad y Valdés, 2010: 247).

Un caso concreto y sí estudiado, es el del país europeo que más ha sufrido la crisis financiera, Grecia. Varias investigaciones (Kentikelenis *et al.*, 2011; McKee *et al.*, 2012), han revelado un aumento de varias enfermedades infecciosas como la malaria o el VIH con un gran número de afectados entre los adictos a drogas por vía parenteral (C.S., 2012 y Lucio, 2012) ya que con los recortes en los programas de atención social el 75% de personas con problemas de drogadicción no estaban participando en ningún programa de rehabilitación, registrándose también un aumento tanto de la prostitución como de la práctica de sexo no seguro asociado (C.S., 2012).

En este aumento de la prostitución en una sociedad en crisis, nos preguntamos ¿quién es vulnerable? Esta falta de inversiones incrementa la pobreza, marginación, exclusión social, las vulnerabilidades que se añade a la dependencia, la falta de vivienda, la adicción a las drogas, la discriminación sexual y racial son temas que aparecen constantemente

en las historias personales de mujeres que están siendo o han sido prostitutas en estos períodos de crisis (Jiménez, 2008).

Los efectos de la crisis dependen en gran medida del contexto institucional, con el Estado de Bienestar y sus mecanismos de protección a los ciudadanos, y de la vertebración de la sociedad civil. Partiendo de que las políticas sociales afectan a los principales determinantes de la salud, la extensión de estas políticas a los grupos más vulnerables, se relacionan con una mejor salud global y así, basar estas políticas en el principio de justicia social, con igualdad de derechos en el acceso a bienes y servicios, con equidad en su distribución y priorización de los grupos más vulnerables, es condición esencial para la protección de la población, antes, durante y en la recuperación de una crisis (Dávila y González, 2009).

Por todo ello, el «objetivo de reforzar la protección social y sanitaria en tiempos de crisis es doble: mantener la salud de la población y ayudar a la recuperación económica mediante un gasto social eficiente» (Stuckler y Basu, 2013, cf.: Espino, 2014: 390), de hecho este refuerzo especialmente en los grupos de riesgo, «mitiga el impacto de la crisis, especialmente la relación entre desempleo y suicidio, al mantener un alto grado de cohesión social» (Espino, 2014: 399).

Está demostrado cómo esta protección dirigida específicamente a las familias monoparentales disminuye la mortalidad infantil, y cuando mejoran las pensiones básicas universales se reduce el exceso de mortalidad en los ancianos (Lundberg *et al.*, 2008). La vertebración y el capital social tienen un fuerte efecto protector durante la crisis (Dávila y González, 2009). «En los países de la OCDE, los efectos del desempleo sobre la salud dependen de la extensión de la cobertura de la seguridad social» (Gerdtham y Ruhm, 2006; cf.: Dávila y González, 2009: 261). En los últimos años, los países europeos con mayor gasto *per cápita* en programas activos de empleo han tenido un menor incremento en la mortalidad por suicidio durante las crisis económicas (SESPAS, 2011).

9. A modo de conclusiones

En una secuencia lógica de nuestra investigación destacamos lo siguiente:

- *En primer lugar*, las crisis financieras son el resultado de políticas equivocadas por parte de los gobiernos. La gravedad de las mismas se hace notar en los niveles de desempleo, en el retroceso de las políticas públicas y en una menor inversión en desarrollo social, que es el elemento vertebrador entre Estado y sociedad.
- *En segundo lugar*, la salud es uno de los pilares del Estado de Bienestar que se suele ver afectado en los periodos de crisis, debido en gran parte a la limitación de las políticas de protección social, en concreto sobre los grupos de población más vulnerables. Los datos revisados evidencian que la crisis se ha asociado a un aumento de la mayoría de las enfermedades, sobre todo de las mentales, así como a un incremento de la mortalidad por suicidio. Cabe destacar la incidencia negativa en los Determinantes Sociales

de la Salud; entre ellos, destaca que la pobreza se asocia con importantes dificultades de acceso a los servicios de salud, de modo que los grupos poblacionales afectados por la pobreza presentan unas elevadas tasas de enfermedades infecciosas transmisibles, enfermedades cardiovasculares, cáncer, trastornos psíquicos y violencia urbana, entre otras consecuencias.

- *En tercer lugar*, frente a lo anterior, la literatura revisada constata que durante los periodos de recesión económica, las políticas dirigidas a mejorar las condiciones de vida tienen un efecto positivo en la salud y en la equidad de la misma. Así, los países europeos con mayor gasto per cápita en programas activos de empleo han tenido un menor incremento en la mortalidad por suicidio durante las crisis económicas. El incremento del gasto público en salud supone en la población activa sana una mejora de la productividad laboral, ya que disminuyen las incapacidades y mejoran los diagnósticos y medidas de prevención. Destacar también que la apuesta por la existencia de un Estado de Bienestar fuerte conlleva una buena productividad y una fuerte cohesión social.

Por último, los *Objetivos de Desarrollo Sostenible* (ODS), nos animan a presentar nuevas formas de paz para mitigar conflictos ambientales y sociales para que la sociedad sea sostenible deberíamos trabajar los siguientes conceptos: *vulnerabilidad*, *sostenibilidad* y *resiliencia*. Todo esta situación constituye un trabajo complejo y bien sabemos que «la complejidad es una palabra problema y no una palabra solución» (Morin, 1990). El pensamiento complejo no significa que sea imposible en el intento de comprender esa realidad, aunque sea infinita y compleja. Esta complejidad vislumbra un nuevo paradigma, un camino para abordar el conocimiento de una sociedad en paz que nos lleve a todos a buscar un paradigma pacífico: *paz neutra*. La paz neutra constituye un esfuerzo por neutralizar las formas de violencias culturales y simbólicas (Jiménez, 2014), que legitiman las violencias directas y estructurales que construyen y deforman las sociedades en periodos de crisis económicas.

10. Referencias Bibliográficas

- Abril, Martorell (1991) *Informe y recomendaciones de la Comisión de análisis y evaluación del Sistema Nacional de Salud*. Madrid, Congreso de los Diputados. Recuperado de: http://www.congreso.es/public_oficiales/L4/CONG/DS/CO/CO_306.PDF
- Acemoglu, Daron (1996) A Microfoundation for Social Increasing Returns in Human Capital Accumulation, *Q.J.Econ.*, Vol. 111(3), pp. 779-804.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) y Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) (2011) Crisis económica y repercusión sobre la salud, *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 32(113), pp. 207-210.
- Bambra, Clare., Gibson, Marcia, Sowden, Amanda, Wright, Kewin, Whitehead, Mark y Petticrew, Mark (2010) Tackling the Wider Social Determinants of Health and

- Health Inequalities: Evidence from Systematic Reviews, *J Epidemiol Community Health*, Vol. 64(4), pp. 284-291.
- Barona, Josep L. (2000) Globalización y desigualdades en salud. Sobre la pretendida crisis del estado de bienestar. *Política y Sociedad*, nº 35, pp. 31-44.
- Bayo, Carlos E. (2013) La recesión hace mucho daño pero la política de austeridad mata. *Público.es*, 22 de Junio. Recuperado de: <http://www.publico.es/actualidad/recesion-mucho-dano-politica-austeridad.html>
- Benach, Joan (1997) La desigualdad social perjudica seriamente la salud, *Gac Sanit*, Vol. 11(6), pp. 255-258.
- Bilukha, Oleg; Hahn, Robert; Crosby, Alex; Fullilove, Mindy T.; Liberman, Akiva; Moscicki, Eve; ...Briss Peter A. Task Force on Community Preventive Services (2005) The Effectiveness of Early Childhood Home Visitation in Preventing Violence: A Systematic Review, *AJPM*, Vol. 28(2; Supl. 1), pp. 11-39.
- Borrell, Carme y Arias, Antoni (1995) Socioeconomic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona, Spain, *J Epidemiol Community Health*, Vol. 49(5), pp. 460-465.
- Cáritas. (2013) *Empobrecimiento y desigualdad social. El aumento de la fractura social en una sociedad vulnerable que se empobrece*. VIII Informe del Observatorio de la Realidad Social. Equipo de Estudios Cáritas Española. Recuperado de: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/publicacion_VIII%20Informe%20ORS%20C%C3%A1ritas%20-%20Octubre%202013%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/publicacion_VIII%20Informe%20ORS%20C%C3%A1ritas%20-%20Octubre%202013%20(4).pdf)
- Case, Anne; Lubotsky Darren y Paxson, Christine (2002) Economic status and health in childhood: the origin of the gradient, *Am Econ Rev*, Vol. 92(5), pp. 1308-1334.
- Castellanos, Pedro L. (1998) Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales, en Martínez Navarro, Fernando *et al.* (Eds.) *Salud Pública*, Madrid, Mc Graw-Hill-Interamericana.
- Chan, Margaret (2008) *El impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud*. OMS. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2008/s12/es/>
- Chan, Margaret (2009a) *La crisis financiera y la salud mundial*. OMS. Recuperado de: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financiar_crisis_20090119/es/
- Chan, Margaret (2009b) *El efecto de las crisis mundiales en la salud: dinero, clima y microbios*, OMS. Recuperado de: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financiar_crisis_20090318/es/
- Colombo, Francisca; Llana, Ana; Mercier, Jerome y Tjadens, Frits (2011) *Help Wanted? Providing and Paying for long-Term Care*, París, OECD Health Policy Studies/OECD Publishing.
- Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales (2013) *IV Plan Andaluz de Salud*. Recuperado de: http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
- Crego, Antonio (2013) *El impacto de la crisis económica en la salud mental*. PSY'N'THESIS. Recuperado de: <https://psynthesis.wordpress.com/2013/01/07/el-impacto-de-la-crisis-economica-en-la-salud-mental/>

- C.S. (2012) La crisis económica aumenta la incidencia de las enfermedades infecciosas y problemas mentales, *Ideal*, 20 de septiembre.
- Cué, Carlos E. (2012) El gobierno ataca a los sindicatos pero ofrece retoques a la reforma, *El País*, 18 febrero. Recuperado de: https://politica.elpais.com/politica/2012/02/17/actualidad/1329509248_443456.html
- Cutler, David M.; Lleras-Muney, Adriana y Vogl, Tom (2008) *Socioeconomic status and health: dimensions and mechanisms*. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. Recuperado de: http://www.vwl.tuwien.ac.at/hanappi/AgeSolv/Cutler_2008.pdf
- Darmon, Nicole y Drewnowski, Adam (2008) Does Social Class Predict Diet Quality? *Am. J. of Clin. Nutr.*, Vol. 87(5), pp. 1107-1117.
- Dávila, Carmen Delia y González, Beatriz (2009) Crisis económica y salud, *Gac Sanit*, Vol. 23(4), pp. 261-265.
- De la Fuente del Moral, Fátima M. y Fernández Martín, Rosa M. (2012) ¿Es posible salir de la crisis manteniendo el Estado de Bienestar? La experiencia de Finlandia en los años 90. *Internalización en tiempos de crisis*. Ponencia presentada en el encuentro XIV Reunión Economía Mundial, Jaén, España.
- Espino Granado, Antonio (2014) Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental), *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, Vol. 34(122), pp. 385-404.
- Fernández-Cuenca Gómez, Rafael (1998) Análisis de los servicios sanitarios. En Catalá-Villanueva, Francisco y Keenoy, Esteban de Manuel (Ed.) *Informe SESPAS 1998: la salud y el futuro del Estado de Bienestar*, Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 251-298.
- Ferrer, Emili (2012) *Crisis Económica, Salud y Sistema Sanitario*. Economistas frente a la crisis. Recuperado de: <https://economistasfrentealacrisis.wordpress.com/2012/08/29/crisis-economica-salud-y-sistema-sanitario/>
- Fontana, Josep (2012) *Más allá de la crisis*. Recuperado de: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/mas-alla-de-la-crisis%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/mas-alla-de-la-crisis%20(3).pdf)
- Gerdtham, Ulf G. y Ruhm, Christopher J. (2006) Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD, *Econ Hum Biol*, Vol. 4(3), pp. 298-316.
- Gili, Margalidi; Roca, Miquel; Basu, Sanday; Mckee, Martin y Stuckler, David (2013) The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres 2006 and 2010, *Eur J Public Health*, Vol. 23(1), pp. 103-108.
- Goldman, Sidra J.; Saxton, Katherine B. y Catalano, Ralph C. (2010) Economic contraction and Mental Health. A Review of Evidence, 1990-2009, *I J Ment Health*, Vol. 39(2), pp. 6-31.
- González Bueno, Gabriel; Bello, Armando y Arias, Marta (2012) *La infancia en España 2012-2013. El impacto de la crisis en los niños*. Madrid: Unicef Comité Español con la Colaboración de la Obra Social La Caixa. Recuperado de: <http://www.cje.org/descargas/cje3142.pdf>
- González, María C. y Sosa, Gerónimo. (2010). Aspectos epistemológicos de la Salud Pública. Aproximaciones para el debate, *Salus online*, Vol. 14(1), pp. 76-89.

- Groosman, Michael and Kaestner, Robert (1997) Effects of education on health. En Behrman, Jere and Stacey, Nevzer (Eds.) *The Social Benefits of Education*, Ann Arbor, EEUU: University of Michigan Press, pp. 69-123.
- Groot, Wim y Maaessen, Henriëtte (2007) The health effects of education, *Econ Educ Rev*, Vol. 23(4), pp. 261-265.
- Hadad, Jorge L. y Valdés, Elías (2010) La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica, *Rev Cubana Salud Pública*, Vol. 36(6), pp. 235-248.
- Hernán García, Mariano (2012) Crisis, austeridad y políticas de infancia, *El País*, 7 de mayo. Recuperado de: https://elpais.com/sociedad/2012/05/07/actualidad/1336392333_090577.html
- Hernández, Oscar G. (2004) *Crisis económica y salud. Efecto de las políticas públicas en la salud*. Recuperado de: <http://www.url.edu.gt/PortalURL/Archivos/83/Archivos/Crisis%20economica%20y%20salud.pdf>
- Jiménez Bautista, Francisco (2008) El análisis de la prostitución en la ciudad de Granada (España), *Espacios Públicos*, nº 22, pp. 380-398.
- Jiménez Bautista, Francisco (2012a) Antropología de las decisiones empresariales: el caso de España. *Dimensión Empresarial*, Vol. 10(1), pp. 16-21.
- Jiménez Bautista, Francisco (2012b) Conocer para comprender la violencia: origen, causas y realidad, *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, Vol. 11(34), pp.13-52.
- Jiménez Bautista, Francisco (2014) Paz neutra: una ilustración del concepto, *Revista de Paz y Conflictos*, nº 7, pp. 13-52.
- Jiménez Bautista, Francisco; Arzate, Jorge y Castillo, Didimo (2014) *Crisis capitalista, pauperización social y sistemas de bienestar en España y México*, México, UAEMéxico/Editorial Porrúa.
- Kentikelenis, Alexander; Karanikolos, Marina; Papanicolas, Irene; Basu, Sanjay; McKee, Martin y Stuckler, David (2011) Health Effects of Financial Crisis: Omens of a Greek Tragedy, *Lancet*, Vol. 378(9801), pp.1457-1458.
- Kristjansson, E.A.; Robinson, V.; Petticrew, M.; MacDonald, B.; Krasevec, J.; Janzen, L., ... Tugwell, P. (2008) *Provisión escolar de comidas para mejorar la salud física y psicosocial de niños de escuelas primarias en estado de pobreza*. Biblioteca Cochrane Plus. Recuperado de: <http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD004676>
- Laeven, Luc y Valencia, Fabian (2008) *Systemic banking Crises: A New Database*. IMF Working Paper. Washington. Recuperado de: <https://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2008/wp08224.pdf>
- Lahelma, Eero; Kivelä, Katariina; Roos, Eva; Tuominen, Terhi; Dahl, Espen; Diderichsen, Finn, ... Ynqwe, Mónica (2002) Analysing changes of health inequalities in the Nordic welfare states, *Social science & Medicine*, Vol. 55(4), pp. 609-625.
- Legido-Quigley, Helena; Urdaneta, Elena; Gonzalez, Alvaro; La Parra, Daniel; Muntaner, Carles; Álvarez-Dardet, Carlos; Martinn-Moreno José M. y McKee, Martin (2013) Erosion of universal health coverage in Spain, *Lancet*, Vol. 382(9909), p. 1977.

- López, LuíA. y Martínez, J. Ignacio (2012) Recortes y datos del sistema sanitario, *El País*, 17 Abril. Recuperado de: http://ccaa.elpais.com/ccaa/2012/04/17/andalu- cia/1334674234_508628.html
- Lucio, Cristina G. (2012) No hay que recortar el sistema de salud, sino protegerlo, *El Mundo*, 19 Diciembre. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/elmundosah lud/2012/12/18/noticias/1355858124.html>
- Lundberg, Olle; Åberg, Mónica; Kölegård, Maria; Ivar, Jon; Ferrarini, Tommy, ... Fritzell, Johan (2008) The Rol of Welfare State Principles and Generosity in So- cial Policy Programmes for Public Health: And International Comparative Study, *Lancet*, Vol. 372(9650), pp. 1633-1640.
- Marset, P.; Sáez, J.M. y Sánchez, A. (1998) Análisis comparado de sistemas sanitarios. En *Salud Pública*, Madrid, Mc Graw-Hill, pp. 819-846.
- Mckee, Martin; Karanikolos, Marina; Belcher, Paul y Stuckler, David (2012) Auste- rity: A Failed Experiment on the People of Europe, *Clinical Medicine*, Vol. 12(4), pp. 346-350
- Mckee, Martin y Stuckler, David (2011) The Assault on Universalism: How to destroy the welfare State, *Brit Med J*, Vol. 343(d 7973), pp. 1-6.
- Morin, Edgar (1990) *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa.
- Ministerio de Agricultura, Alimentación y Medio Ambiente (2014) *Últimos datos de consumo alimentario*. Recuperado de: [file:///C:/Users/usuario/Downloads/http--- www.mapama.gob.es-es-alimentacion-temas-consumo-y-comercializacion-y-dis- tribucion-alimentaria-panel-de-consumo-alimentario-ultimos-datos-%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/http--- www.mapama.gob.es-es-alimentacion-temas-consumo-y-comercializacion-y-dis- tribucion-alimentaria-panel-de-consumo-alimentario-ultimos-datos-%20(1).pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para reducir las des- igualdadades en salud en España (2015) *Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid. Recuperado de: http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevn Promocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Des- igualdadades.pdf
- Navarro, Vincent (2012) El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública, *Gac Sanit*, Vol. 26(2), pp.174-175.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2008) *La crisis económica impactará sobre la lucha contra el VIH/SIDA, dice la OIT de cara a la Conferencia Internacional sobre SIDA y ETS en África*. Recuperado de: http://www.ilo.org/global/about-the- ilo/newsroom/news/WCMS_100891/lang--es/index.htm
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008b) *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf
- Ortún, Vicente (1998) Sistema Sanitario y Estado de Bienestar: problemas a la vista. En *La Salud Pública y el futuro del Estado de Bienestar. Informe SESPAS 1998*, Gra- nada, Escuela Andaluza de Salud Pública, pp. 40-54.

- Reeves, Aaroon; McKee, Martin; Basu, Sanjay y Stuckler David (2014) The political economy of austerity and healthcare: Cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995–2011, *Health Policy*, Vol. 115(1), pp. 1-8.
- Repullo, José Ramón (2012) El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible, *AMF*, Vol. 8(7), pp. 362-363.
- Romera, Rosario y Grané, Aurea (2013) *La situación de las personas mayores atendidas por Cruz Roja*, Madrid, Cruz Roja Española. Recuperado de: http://prensacruzroja.es/wp-content/uploads/boletin_8_final.pdf
- Ruíz-Ramos, Miguel; Sánchez, José; Garrucho, Gloria y Viciano, Francisco (2004) Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla, *Ga. Sanit.*, Vol. 18(1), pp. 16-23.
- Segura, Javier (2012) *Crisis económicas y salud: cómo minimizar el daño*. Recuperado de: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/02/26/133124
- Sindicato de Técnicos del Ministerio de Hacienda (GESTHA) (2014) *La economía sumergida pasa factura. El avance el fraude en España durante la crisis*. Recuperado de: http://www.gestha.es/archivos/actualidad/2014/2014-01-29_INFORME_LaEconomiaSumergidaPasaFactura.pdf
- Singh, Archana; Ferrie, Jane E.; Chandola, Tarani y Marmot, Michael (2004) Socio-economic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis? *Int J Epidemiol*, Vol. 33(5), pp. 1072-1079.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (2011) *El impacto de la salud de la población de la crisis económica y las políticas para abordarla*. Recuperado de: http://www.grupoeje.org/images/stories/crisis_economica_y_salud_sespas.pdf
- Stuckler, David y Basu, Sanjay (2013) *Porque la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte*, Madrid, Taurus Pensamiento.
- Stuckler, David; Basu, Sanjay y Mckee, Martin (2010a) Budget crisis, health and social welfare programmes, *BMJ*, nº 340, pp. c3311.
- Stuckler, David; Basu, Sanjay y Mckee, Martin (2010b) How government spending cuts put lives at risk, *Nature*, Vol. 465(7296), pp. 289.
- Stuckler, David; Basu, Sanjay; Suhrcke, Marc y Mckee, Martin (2009a) The health implications of financial crisis. A review of the evidence, *UMJ*, Vol. 78(3), pp.142-145.
- Stuckler, David; Basu, Sanjay; Suhrcke, Martin; Coutts, Adam y Mckee, Martin (2009b) The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis, *Lancet*, Vol. 374(9686), pp. 315-323.
- Stuckler, David; King, Lawrence y Mckee, Martin (2009c) Mass privatisation and the post-communist mortality crisis, *Lancet*, Vol. 373(9661), pp. 399-407.
- Suhrcke, Marc y Stuckler, David (2012) Will the recession be bad for our Health? It depends, *Soc Sci Med*, Vol. 74(5), pp. 647-653.
- Suhrcke, Marc; Stuckler, David; Suk, Jonathan E.; Desai, Monica; Senek, Michaela; McKee, Martin; ... Semenza, Jan C. (2011) The Impact of Economic Crisis on

Communicable Disease Transmission and Control: A Systematic Review of the Evidence, *Plos One*, Vol. 6(6), pp. e 20724.

Vallejo, S. (2013) El virus de la crisis hace estragos en la salud. *Granada Hoy*, 12 febrero. Recuperado de: <http://www.granadahoy.com/article/granada/1268438/sos/virus/la/crisis/hace/estragos/la/salud.html>

Vila, Luís Eduardo (2003) Los beneficios no monetarios de la educación, *Revista de educación*, nº 331, pp. 309-324

Wang, JianLi; Smailes, Elizabeth; Sareen, Jitender, Fick; Gordon, H.; Schmitz, Norbert y Patten, Scott B. (2010) The Prevalence of Mental Disorders in the Working Population over the period of Global Economic Crisis, *Can J Psychiat*, Vol. 55(9), pp. 598-605.

PROCESO EDITORIAL • EDITORIAL PROCESS INFO

Recibido: 20/11/2017 Aceptado: 12/12/2017

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO • HOW TO CITE THIS PAPER

Pérez-Morente, María A.; Sánchez-Ocón, María T.; Martínez-García, Encarnación; Jiménez Bautista, Francisco y Hueso-Montoro, César (2017) Crisis económica, políticas sociales y desigualdades en salud, *Revista de Paz y Conflictos*, Vol. 10(2), pp. 207-232.

SOBRE LOS AUTORES • ABOUT THE AUTHORS

M^a Ángeles Pérez-Morente. Diplomada en Enfermería y Licenciada en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Granada. Máster en Antropología Física y Forense. Acreditación de calidad nivel Avanzado en el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de Enfermería del Servicio Andaluz de Salud. Doctora por la Universidad de Granada. Miembro del grupo de Investigación CTS-1021 «Gestión y Cuidados en Salud» de la Universidad de Granada.

M^a Teresa Sánchez-Ocón. Diplomada en Enfermería y en Ciencias de la Educación. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Acreditación de calidad nivel Excelente en el Programa de Acreditación de Competencias Profesionales de Enfermería del Servicio Andaluz de Salud. Miembro del grupo de Investigación CTS-367 «Humanización de los Cuidados. Diagnósticos de Enfermería. Niños con problemas de salud. Nutrición. Dolor» de la Universidad de Granada.

Encarnación Martínez-García. Diplomada y Especialista Obstétrico-Ginecológica Máster en Avances en Medicina Preventiva y Salud Pública. Experta Universitaria en Epidemiología e Investigación Clínica, en Bioética y en Género y Salud. Doctora por la Universidad de Granada. Miembro del grupo de Investigación CTS-1021 «Gestión y Cuidados en Salud» de la Universidad de Granada.

Francisco Jiménez Bautista. Doctor en Humanidades por la Universidad de Almería, España. Profesor Titular de Antropología Social; Investigador del Instituto Universitario de la Paz y los Conflictos; Director de la Revista Electrónica de Paz y Conflictos y Secretario del Doctorado de Ciencias Sociales de la Universidad de Granada, España. Además, de artículos y capítulos de libro destacan los siguientes libros: (2004) *Las gentes del área metropolitana de Granada. Relaciones, percepciones y conflictos*; (2007) *Hablemos de paz*; (2008) *Cultura de paz*; (2009) *Saber pacífico: la paz neutra*; (2011) *Racionalidad pacífica. Una introducción a los Estudios para la paz*; (2013) *Colombia. Un mosaico de conflictos y violencias para transformar*; (2016) *Antropología ecológica*.

César Hueso-Montoro. Diplomado en Enfermería y Licenciado en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Granada. Doctor por la Universidad de Alicante. Miembro del grupo de Investigación CTS-436 «Aspectos Psicosociales y Transculturales de la Salud y la Enfermedad» de la Universidad de Granada. Colaborador de la Fundación Index para el Desarrollo de la Investigación en Cuidados de Salud.