

Informe SESPAS

Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014



Andreu Segura Benedicto

Secretaria de Salut Pública, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de octubre de 2013

Aceptado el 10 de febrero de 2014

Palabras clave:

Equidad en salud

Políticas de salud

Financiación sanitaria

RESUMEN

Frente a la recesión económica, desde 2009 se han tomado medidas restrictivas sobre el gasto en las políticas públicas de bienestar social y en sanidad. Los riesgos más importantes sobre la salud dependen de la evolución negativa de los determinantes sociales, entre los que destaca el paro y la gran proporción de personas en riesgo de pobreza, entre ellas un 30% de niños menores de 14 años. Las desigualdades sociales han aumentado, aunque el mantenimiento de las pensiones ha amortiguado las diferencias en salud. Si bien el sistema sanitario público está sometido a una notable tensión, la mayoría de la población muestra bastante satisfacción con su funcionamiento. Los indicadores de mortalidad apenas se han visto afectados, pero parece que han aumentado los trastornos del estado de ánimo y empeorado los problemas de salud mental. La frecuentación de los servicios sanitarios y el número de medicamentos prescritos con receta pública han disminuido mucho. Buena parte de la disminución del gasto sanitario público se debe a ello, ya que el gasto hospitalario no ha mermado, aunque sí el de atención primaria y el de salud pública. La crisis podría estimular la promoción de la salud comunitaria y las políticas intersectoriales. Es responsabilidad de los profesionales y de las instituciones de la salud pública la vigilancia de la evolución de los problemas de salud y sus determinantes para evitar en lo posible situaciones irreversibles.

© 2013 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Cuts, austerity and health. SESPAS report 2014

ABSTRACT

Since 2009, the economic recession has led to cuts in spending on social welfare policy and in health care. The most important risks to health depend on negative changes in social determinants. Notable among these determinants are unemployment and the large proportion of people at risk of poverty, which affects 30% of children younger than 14 years. Social inequalities have increased significantly, much more than health inequalities, probably because the value of retirement pensions has been maintained until now. Most of the population is fairly satisfied with the public health system, although it is under considerable pressure. Mortality statistics have not been affected so far, but there has been an increase in mood disorders and mental health problems. Health services utilization has decreased and the number of publicly prescribed drugs has fallen dramatically. This restriction accounts for much of the decrease in public spending on health, since the hospital care budget has not decreased, despite the fall in primary care and public health spending. The crisis could encourage community health and the inclusion of health in all policies. It is the responsibility of professionals and public health institutions monitoring the trend in health problems and their determinants to avoid irreversible situations as far as possible.

© 2013 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Keywords:

Health equity

Health policies

Health care financing

Introducción

Los suicidios de algunas personas que iban a ser desahuciadas o la muerte por tuberculosis de un emigrante sin papeles son situaciones de un dramatismo indiscutible. Hacen hervir la sangre a cualquiera. Pero si la indignación nos mueve a reaccionar, conviene conservar en lo posible la calma y la lucidez a la hora de explicarnos los porqués y sobre todo de dar con las respuestas más adecuadas.

El significado de las palabras tiene consecuencias. El lenguaje caracteriza nuestra especie y nos sirve, a veces, para mejor explicar y entender las cosas. De ahí el interés por recuperar algunas palabras, como «austeridad», que tradicionalmente se ha interpretado como una virtud y que hoy se entiende como el recorte en el

gasto público de las políticas sociales, lo que en español más bien sería «privación». Porque si la austeridad fuera una mala respuesta a la crisis, incluso un factor causal en sí mismo, costaría esgrimir la contra el despilfarro o la futilidad en el empleo de los recursos sanitarios, que debería haberse aplicado mucho antes de la crisis.

El propósito de este artículo es compartir algunas consideraciones sobre la situación española, que no es idéntica a la de otros países próximos, aunque comparta bastantes causas y algunos efectos, particularmente en las reacciones que ha provocado; para acabar con algunas recomendaciones dirigidas a las instituciones y profesionales de la salud pública.

Las limitaciones del texto derivan en parte de la incompetencia del autor en politología y economía, o también de la escasez de información disponible, porque las consecuencias, en algunos casos, no se reflejan todavía en los indicadores. Además, buena parte de este Informe SESPAS aporta datos y explicaciones que, al

Correos electrónicos: andreu.segurab@gencat.cat, julia.garrusta@gmail.com

redactarse al tiempo que este artículo, no pueden incorporarse ni, en su caso, corregir los errores.

Sucinta caracterización de la crisis

Remito al lector interesado al excelente repositorio bibliográfico de la Escuela Andaluza de Salud Pública¹. La quiebra de Lehman Brothers, el 15 de septiembre de 2008, pone de manifiesto la fragilidad de un sistema financiero que de manera directa o indirecta afecta a muchas economías del mundo. Sin embargo, la evolución desde entonces ha sido muy desigual según los países y no son raros los altibajos^{2,3}. Tampoco es igual la percepción de las sociedades afectadas, ni desde luego la de los gobiernos, pues a algunos les costó reconocerlo. Y también son diferentes las consecuencias⁴.

Es llamativo el endeudamiento de algunas economías y el papel decisivo del capital especulativo. Los mecanismos de regulación no han sido útiles, para algunos por escasos. Y conviene dilucidar el papel del consumo indiscriminado y compulsivo de bienes y servicios, incluso en aquellos ámbitos en los que más no sólo no es mejor sino que puede ser peor, como ocurre en los servicios sanitarios.

También se trata de una crisis de valores. Sea porque el desarrollo del estado del bienestar (aunque tardío y tímido en España) no ha servido precisamente para estimular la participación y la implicación ciudadana en los asuntos públicos; ni en las instituciones tampoco. La desafección política ilustraría esta renuncia a la dimensión colectiva de las personas y a la primacía del «sálvese quien pueda». Con pocas y limitadas excepciones.

El caso es que tanto la ciudadanía como el estado se han endeudado, y la deuda pública sigue creciendo todavía en cantidades colosales. Según el resumen de la memoria del Consejo Económico y Social de 2012, «el endeudamiento de la economía española alcanzó en 2012 el 272% del PIB atribuible a la propia caída del PIB, al endeudamiento de las administraciones públicas y a la lentitud en el desapalancamiento (*sic*) del sector privado»⁵. Una deuda no sólo atribuible al comportamiento privado y público, sino también a maniobras especulativas de terceros, que nos convierte en dependientes de nuestros acreedores para sobrevivir, lo cual reduce notoriamente la capacidad de maniobra.

Es posible que si el signo político del gobierno fuera otro se hubieran tomado otras medidas, básicamente en relación con las ayudas a la banca privada y cierta reducción del gasto público, pero no podemos contrastarlo porque las alternativas políticas que las proclaman no concitan suficiente confianza electoral y, tal vez relacionado con ello, porque a muchas personas les dan miedo los cambios radicales. También hay quien interpreta esta crisis como una operación encaminada a desmontar el estado del bienestar y beneficiar a unos pocos. Aunque los cambios abren oportunidades en varios sentidos y direcciones, y algunos son capaces de aprovecharlas, de manera que los que apostamos por las políticas sociales deberíamos esforzarnos en defenderlas adecuadamente, es decir, criticando sus defectos; que los tienen, y proponiendo mejoras factibles, más allá de la retórica, que las hay. Se echa en falta una iniciativa política constructiva y movilizadora que supere la mera oposición sistemática. En el ámbito de la sanidad, por ejemplo, cuesta entender el empeñamiento de la oposición en considerar que todos los recortes son inaceptables, cuando el consumo sanitario inapropiado y la iatrogenia son uno de los problemas relevantes de la salud pública en nuestro país.

En cualquier caso, la cuestión es que desde 2008 el PIB ha caído un 6% y la demanda interna ha disminuido un 15%. La proporción de parados ha superado el 26% y alcanza al 45% de los jóvenes en edad de trabajar. El coeficiente de Gini de la distribución de la renta disponible ha pasado de 0,31 a 0,34 en 2012. Un incremento en la desigualdad atribuible a la elevada proporción de hogares sin ingresos, a la bajada de los salarios de los trabajadores y al riesgo

de pobreza, que si bien se redujo en la década de 1980 se estancó durante la expansión económica y está creciendo igual que los niveles de exclusión social. Ello hace temer que las desigualdades en salud también se hayan visto incrementadas, aunque la cuestión es más compleja de lo que parece, como se ha puesto de manifiesto en las Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud de 2013⁶.

Potenciales influencias de las crisis en la salud

Muchos factores determinan los efectos sobre la salud. En primer lugar, la naturaleza y el alcance de la propia crisis, si bien el contexto en que se desarrolla, con sus peculiaridades históricas, modula notablemente las consecuencias que, como es lógico, también dependen de las reacciones que genera, unas institucionales y otras informales. Mientras que en Rusia la salud empeoró entre 1990 y 1994, en Finlandia mejoraba⁷.

La recesión económica se produce en España a partir del primer trimestre de 2009, aunque los ingresos públicos comienzan a caer en 2008. En agosto de ese año se toman algunas medidas gubernamentales para reactivar la economía, pero los primeros recortes son de mayo de 2010. La evolución del gasto público es más bien expansiva hasta entonces si se mide en porcentaje del PIB, aunque resulte ya un tanto artificial por la caída de éste y también atribuible, en parte, al aumento del paro y las correspondientes prestaciones sociales. Desde entonces hasta 2011 la reducción es notoria, aunque cuesta precisar sus efectos en términos de degradación de los servicios públicos.

El gasto sanitario público consolidado alcanzó el máximo en 2009 con 70.506 millones (MM) de euros, para disminuir hasta un 1,94% en 2011 con 67.689 MM de euros. Buena parte de ello (el 42,5%) se debe a la reducción del gasto farmacéutico asociada al nuevo copago. El resto de los recortes corresponden a los gastos de capital, que pasan de 2.559 MM a 1.569 MM, es decir, un 38,7% menos, con un impacto sobre el total del 35%, y atención primaria ve reducido su gasto en un 5,7%, de 10.831 MM a 10.219 MM, casi un 22% de la reducción. El gasto en salud pública disminuye más de una tercera parte (35,2%) y pasa de 1.558 MM a 750 MM, de modo que la reducción sobre el total es del 14%. Claro que una porción sustantiva del gasto de 2009 se debió a la pandemia gripal. Sin embargo, el gasto en traslados y servicios aumenta, como también lo hace el hospitalario, casi un 1%, y al ser la partida más importante aumenta su peso en el conjunto hasta el 58,35%, pasando de 39.149 MM en 2009 a 39.497 MM en 2011⁸.

Efectos

Las consecuencias sobre la salud, lógicamente esperables, de la reducción del gasto sanitario público dependen de la capacidad de adaptación del sistema sanitario (y de la sociedad) a las nuevas circunstancias.

Parece que las necesidades deberían aumentar forzosamente, ya que la recesión afecta de manera negativa a la capacidad adquisitiva, el trabajo, la vivienda o, desde otro punto de vista, el estado de ánimo, la autoestima, la exclusión social, etc. Aunque la reducción del consumo puede tener repercusiones positivas: una eventual disminución de actividades contaminantes del entorno, la reducción del consumo de productos tóxicos, etc. Según la encuesta de presupuestos familiares, las tasas de gasto por hogar en alcohol y tabaco vienen experimentando disminuciones desde el año 2007. Entre 2010 y 2011 se redujeron casi un 10%, disminución sólo superada por el gasto en transporte, que bajó más del 12% a la vez que descendía el riesgo de lesiones asociadas a los accidentes de tráfico, que ya había mermado gracias a las mejoras de la seguridad viaria⁹.

Los efectos más objetivos son los que afectan a la mortalidad, aunque la repercusión raramente es apreciable a corto plazo si no

Tabla 1

Proporción de la ciudadanía que considera que ha empeorado la calidad de los distintos ámbitos de los servicios sanitarios (2008-2012). Fuente: Barómetro Sanitario, 2013

Ámbitos	2008	2009	2010	2011	2012
Atención primaria	8,79	8,30	7,87	10,71	19,76
Atención especializada	9,50	9,70	8,88	11,83	22,05
Hospitalización	8,60	8,90	7,47	10,52	21,09

Tabla 2

Evolución de la valoración de la ciudadanía sobre el conjunto del sistema sanitario (2008-2012). Fuente: Barómetro Sanitario, 2013

	2008	2009	2010	2011	2012
Funciona bastante bien	19,23	21,20	23,86	24,24	22,92
Funciona bien, pero necesita cambios	48,86	48,00	50,02	48,88	47,73
Necesita cambios fundamentales	26,17	25,30	21,60	21,91	23,60
Está tan mal que hay que rehacerlo	4,88	4,70	3,51	4,20	4,96

es catastrófica. Hasta el año 2011, el comportamiento de la esperanza de vida y de la mortalidad por el conjunto de causas fue positivo, pero los últimos datos sobre esperanza de vida al nacer muestran una ligera caída respecto de los de 2011, caída que no es inédita ya que también se observó en 2003 y 2007. Hay que tener en cuenta, además, que la pérdida de cerca de 200.000 efectivos en el total de la población residente en España entre 2011 y 2012 puede distorsionar algunas estadísticas vitales.

Tradicionalmente el suicidio se ha relacionado con las crisis económicas y sociales; asociación que también se ha observado en la crisis actual¹⁰. En España, la tendencia de la mortalidad por suicidio es más bien descendente^{11,12}, con la excepción de un reciente análisis de series temporales interrumpidas¹³ que alerta de un aumento entre 2008 y 2010, aunque se haya discutido su causa¹⁴. En cambio, las tasas de mortalidad infantil han seguido disminuyendo hasta 3,13 por mil nacidos vivos en 2012¹⁵.

La evolución de la esperanza de vida libre de incapacidad o en buena salud difiere según la fuente consultada. La nueva serie disponible, de 2004 a 2010, basada en encuestas a muestras representativas de la población, señala un ligero descenso en los años saludables que se esperan vivir desde los 65 años¹⁶.

Lamentablemente no disponemos de análisis actualizados de la evolución reciente de la mortalidad por causas innecesariamente prematuras y sanitariamente evitables que nos proporcionarían alguna orientación sobre el eventual deterioro del sistema asistencial, con la excepción de un reciente análisis de algunas causas de muerte prematura cuya evolución sigue mostrando un acusado descenso hasta 2011¹⁷. El análisis de las tasas estandarizadas de mortalidad de 34 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) entre 2004 y 2007¹⁸ situaba a España entre los diez mejores.

La valoración del estado de salud es mejor en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2011-12, en la cual el 71,8% de los encuestados declara buena o muy buena salud, porcentaje que en la ENSE de 2006 era del 62,3%, aunque no puede descartarse un sesgo en la respuesta como consecuencia de cambios en las expectativas. También se han reducido los días de restricción de actividad, del 15,6% en 2006 al 11,6% en 2011, lo que puede reflejar la influencia del presentismo en la población activa y también un aumento de la resiliencia. La salud autopercibida ha empeorado (más acusadamente la salud mental) en la población en paro, sobre todo en los de larga duración¹⁹.

Según el último Barómetro Sanitario²⁰, la valoración global del sistema sanitario no parece sufrir un deterioro significativo durante los años de la crisis (tabla 1), aunque aumenta espectacularmente la proporción de encuestados que considera que ha empeorado todo tipo de asistencia (tabla 2). Sin embargo, la valoración de

Tabla 3

Evolución de la valoración que a la ciudadanía le merece la asistencia de atención primaria (2008-2012). Fuente: Barómetro Sanitario, 2013

	2008	2009	2010	2011	2012
Buena o muy buena	84,92	86,10	86,27	86,63	87,56
Funciona bien, pero necesita cambios	26,72	26,30	24,74	25,98	22,53

Tabla 4

Evolución de la valoración (0-10) que a la ciudadanía le merecen diversos aspectos de la asistencia en atención primaria de la salud (2008-2012). Fuente: Barómetro Sanitario, 2013

	2008	2009	2010	2011	2012
Proximidad	7,53	7,74	7,85	8,06	8,09
Accesibilidad	6,54	6,51	6,89	7,06	7,13
Horario	7,14	7,18	7,35	7,57	7,59
Trato personal sanitario	7,35	7,42	7,50	7,75	7,74
Atención domiciliaria	6,91	6,96	7,13	7,29	7,29
Tiempo dedicado por el médico	6,40	6,58	6,76	6,98	7,00
Espera antes de entrar en consulta	5,52	5,56	5,79	5,93	5,96
Equipamiento	6,49	6,66	6,87	6,92	6,99
Tiempo desde que se establece la cita	6,22	6,18	6,44	6,54	6,63
Tiempo en obtener pruebas diagnósticas	5,22	5,24	5,45	5,66	5,73

la atención recibida ha mejorado (tablas 3 y 4), lo que sugiere diferencias entre meros observadores y usuarios. De hecho, las encuestas sistemáticas de valoración de los usuarios de los servicios en Cataluña más bien reflejan un incremento de la satisfacción²¹, que tal vez tenga que ver con una rebaja de las expectativas. Aunque no se dispone de suficientes datos, la respuesta de los profesionales y de los trabajadores del sector parece adecuada, lo cual es de agradecer cuando las circunstancias laborales se han deteriorado notablemente.

La demanda asistencial, tanto privada como pública, ha disminuido. En el ámbito público han bajado las consultas a los centros de atención primaria y a los servicios de urgencias, y hay menos hospitalizaciones. Esto puede deberse, por un lado, al miedo a perder el trabajo si se tiene, pero por otro también a cierta consciencia de austeridad (en el sentido de limitar lo que no es necesario) para no sobrecargar al sistema, y desde luego a una eventual reducción de la oferta.

Las listas de espera se han incrementado notoriamente durante la crisis, según los datos del registro²² que tienen su reflejo en la valoración de casi una tercera parte de la ciudadanía, para quienes habrían empeorado en 2012.

Entre 2006 y 2010 las consultas por trastornos mentales en atención primaria podrían haberse incrementado notoriamente. Comparando dos muestras de pacientes fueron más frecuentes las depresiones (19,4%), la ansiedad (8,4%), la somatización (7,3%) y los trastornos relacionados con el alcohol (4,6%), con un riesgo casi triple de presentar un cuadro depresivo las personas desahuciadas (*odds ratio* [OR]: 2,95), de más del doble (OR: 2,2) entre quienes tenían dificultades para pagar la hipoteca y de un 72% más entre los parados²³. La ENSE, en cambio, no detecta un aumento en la proporción de personas con limitaciones debidas a salud mental, que bajan del 6,7% en el año 2006 al 5,5% en 2011.

La evolución de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, que en algunos países como Grecia habría aumentado entre los usuarios de drogas por vía parenteral, tal vez como consecuencia de la reducción de los recursos de la salud pública²⁴, no se ha observado en España, aunque los últimos datos publicados son de 2011²⁵. Los datos locales más recientes muestran también un descenso del número de infecciones²⁶, si bien las cifras absolutas siguen siendo altas.

En el último decenio, las interrupciones voluntarias del embarazo registradas han pasado de 69.857 en 2001 a 118.359 en 2011,

para descender ligeramente en 2012. Las tasas por mil mujeres entre 15 y 44 años pasaron de 7,66 a 11,49 en 2010, se estabilizaron entre 2007 y 2010, y tuvieron un máximo de 12,44 en 2011²⁷.

Según el último informe anual del Sistema Nacional de Salud, entre 2009 y 2011 apenas se han producido cambios en la estructura nacional de centros y equipamientos²⁸, aunque el notable descenso de las inversiones puede afectar el mantenimiento adecuado de instalaciones y equipos.

Los determinantes colectivos que influyen sobre la salud como consecuencia de la crisis tienen que ver con el empobrecimiento de la población. Más de la quinta parte de los hogares españoles están en riesgo de pobreza económica, y la proporción de niños en esa situación supera el 30%. Más de cuatrocientos mil hogares en España no percibían ningún ingreso a finales de 2012, casi el doble que en 2008²⁹. Una situación que puede llegar incluso a comprometer la nutrición, como ha advertido la Defensora del Pueblo y han denunciado la Red de Investigación y Observatorio de la Solidaridad³⁰ y el Síndic de Greuges de Cataluña³¹.

En España, la probabilidad de padecer trastornos mentales es tres veces más alta entre los parados varones, y una vez y media en las mujeres³². La precariedad laboral se asocia también a riesgo de padecer enfermedad mental³³.

Otro de los determinantes básicos es la educación. Lamentablemente, la crisis no ha servido para disminuir de manera apreciable el abandono escolar temprano, que en 2011 todavía supera el 25% y es más del doble que el de la media europea. El 15% de los escolares españoles no ha completado la Educación Primaria a los 12 años. Y aunque la evolución del gasto público en educación experimentó hasta 2008 un notorio aumento (excluidos los capítulos financieros), desde entonces se ha estabilizado.

Una recapitulación provisional

No parece que se haya producido todavía un deterioro notorio de la salud, aunque no se puede descartar por completo. La mayoría de la población sigue valorando positivamente nuestro sistema, lo cual puede significar que lo aprecia o que el miedo a que se desmantele dulcifica su juicio.

Algunas situaciones pueden beneficiarse de la atención sanitaria y otras no, o no tanto. Así, las alteraciones del estado de ánimo, incluso las depresiones reactivas, pueden soportarse mejor con antidepresivos y tranquilizantes, pero al ser provocadas por problemas no sanitarios son éstos lo que deben solucionarse. La competitividad entre las demandas desde el sistema sanitario y las de otros sectores del bienestar social puede redundar en una priorización inadecuada desde el punto de vista de la promoción y la protección de la salud.

Las consecuencias de la pobreza y de la miseria exigen, incluso, una decidida intervención sanitaria. Pacientes que devienen eventuales fuentes de infección no sólo necesitan una intervención curativa, sino medidas preventivas que eviten la difusión. Esto no descarta, obviamente, la necesidad de intervenir de una manera directa sobre los determinantes generales, como la nutrición³⁴. Garantizar una alimentación variada y equilibrada es un propósito que supera las posibilidades de acción unilateral del sistema sanitario, pero que no debería ser difícil en un entorno como el nuestro. Además, podría conseguirse mediante la colaboración de personas que debido al paro se sienten socialmente excluidas.

Que se reduzcan algunos recursos sanitarios, como las camas hospitalarias, o que desaparezcan algunos centros muy específicos o de atención permanente, no tiene por qué empeorar la calidad del servicio. Si se incrementan notablemente las intervenciones de cirugía mayor ambulatoria, lo lógico es disminuir las camas quirúrgicas (a no ser que se arrastre un gran déficit). Cerrar unidades

con poca casuística dedicadas a intervenciones sofisticadas y derivar los casos a otras más experimentadas debe mejorar la calidad y los resultados.

En cuanto a la espectacular disminución de los gastos en farmacia extrahospitalaria, la intervención más relevante ha sido la ampliación del copago. Obviamente, las personas que por ello hayan dejado de tomar alguna medicina pertinente para el problema que padecían se habrán perjudicado³⁵ (hay que distinguir la medicación curativa o paliativa de la preventiva, cuyos efectos van a tardar más en notarse). Sin embargo, las personas que han dejado de tomar medicamentos superfluos o peligrosos se habrán beneficiado. Si tenemos en cuenta el enorme consumo de fármacos en España, no parece un desatino suponer un saldo neto positivo.

En cuanto a la influencia del copago, también podría deducirse que los usuarios son más capaces de racionalizar el consumo que los propios médicos. Pero sería reprochable contentarse con esta respuesta, porque es imprescindible saber quiénes son los que sufren en su salud las consecuencias del racionamiento.

Recomendaciones

Desde las instituciones de la salud pública es imprescindible contribuir a la monitorización de los potenciales efectos de la crisis sobre la salud de la población, mediante la obtención de datos válidos y significativos disponibles con la mayor puntualidad posible, tanto sobre la mortalidad general, específica por edades y por causas, que nos permita distinguir aquellas diferencias atribuibles a las desigualdades sociales, como sobre las desigualdades sociales mismas. Y, desde luego, mediante la ampliación de la información objetiva en las encuestas de salud a muestras de población. Un interés particular merece la monitorización de los determinantes de la nutrición. La información procedente del sistema sanitario relativa a la utilización de servicios según motivo y patología constituiría un complemento básico, como por ejemplo la actualización más rápida del atlas de variabilidad hospitalaria.

La crisis estimula la reorientación de los servicios sanitarios de acuerdo con las propuestas de la Carta de Ottawa de promoción de la salud, fomentando la perspectiva comunitaria, instando a un mayor desarrollo de iniciativas como las que llevan a cabo el Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP) de la semFYC o la red AUPA (Actuant Units Per A la Salut) en Cataluña, y contribuyendo a la desprescripción de productos y actuaciones que no sólo no aportan valor sanitario sino que además incrementan la iatrogenia y la ineficiencia. En este sentido son de destacar iniciativas como el proyecto esencial de Cataluña³⁶, inspirado en el *Do not do* británico o en el *Chossing wisely* americano. También incentiva una priorización razonable y participativa, que convierta las limitaciones e insuficiencias en ejercicios de deliberación y compromiso compartidos. Gestionar las listas de espera con criterios de equidad, eficiencia, efectividad y seguridad puede ser de mucho valor en la actualidad y en el futuro del sistema sanitario. Decidir qué intervenciones conviene relegar en beneficio de otras más necesarias y provechosas, también.

Finalmente, para superar los peores efectos de la crisis conviene que por encima del crecimiento económico como meta de la sociedad se recobre el propósito de mejorar el bienestar de la población, que tiene que ver en buena parte con la salud. Bienestar y salud que se contribuye a promover desde muy diversos sectores sociales, por lo que resulta oportuno introducir la salud en todas las políticas y fomentar políticas intersectoriales. Un planteamiento genuinamente político que hace imprescindible la participación activa del conjunto de la ciudadanía.

Ideas clave

- La indignación frente a la situación (seguramente) es necesaria, pero insuficiente para salir del atasco. Hay que proponer alternativas factibles.
- La expropiación del significado de «austeridad», que es prescindir de lo superfluo, tiene repercusiones prácticas.
- La promoción y la protección de la salud en tiempos de crisis exige más intervención sobre los determinantes que sobre el sistema sanitario.
- Una responsabilidad inexcusable del sistema sanitario, y en concreto de las instituciones de la salud pública, es la monitorización adecuada de los efectos de la crisis sobre la salud.
- Desaprovechar la oportunidad de reorientar el sistema sanitario en el sentido que proponía la Carta de Ottawa hace más de 25 años sería una irresponsabilidad.

Contribuciones de autoría

El autor ha diseñado y redactado íntegramente el manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Repositorio documental. Impacto de la crisis actual en la salud y en los sistemas sanitarios. Escuela Andaluza de Salud Pública. Consejería de Salud y Bienestar Social. Disponible en: <http://www.easp.es/es/content/recursos/impacto-de-la-crisis-en-la-salud>
2. Karakinolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. Published online March 27, 2013 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60102-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60102-6). Disponible en: www.thelancet.com
3. European Observatory on Health Systems Policies. Health, health systems and economic crisis in Europe. En: *Impact and policy implications*. Brussels: World Health Organization; 2013.
4. DG Empleo y Asuntos sociales, Social Europe. Current challenges and the way forward. Annual Report of the Social Protection Committee (2012). Febrero de 2013.
5. Consejo Económico y Social. Memoria anual 2012. Madrid: Consejo Económico y Social, 2013. Resumen 10.
6. Van Doorslaer E, García-Gómez P. Health inequality and the economic crisis: what do we know? XXXIII Jornadas AES. Santander. Conferencia de clausura. Disponible en: <http://www.aes.es/Jornadas2013/pdf/plenari/SP-D21.pdf>
7. Dávila Quintana DC, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit*. 2009;23:261-5.
8. Rodríguez Blas MC, Lillo Fernández JM. Sistema de Cuentas de Salud. Principales resultados. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
9. Consejo Económico Social. Memoria anual 2012. Madrid: Consejo Económico y Social; 2013. p. 563.
10. Chang SS, Stuckler D, Yip P, et al. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347:f5239.
11. Álvaro-Meca A, Kneib T, Gil-Prieto R, et al. Epidemiology of suicide in Spain, 1981-2008. A spatio temporal analysis. *Public Health*. 2013;127:380-5.
12. Salmerón D, Cirera LI, Ballesta M, et al. Time trends and geographical variations in mortality due to suicide and causes of undetermined intent in Spain, 1991-2008. *J Public Health*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1093/pubmed/fds103>.
13. López Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, et al. The effect of the late 2000's financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time series analysis. *Eur J Public Health*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt083>.
14. Libro J, Segura A, González B. Suicides, hurricanes and economic crisis. *Eur J Public Health*. 2013. <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt167>.
15. INE. INEbase /Demografía y población /Fenómenos demográficos /Tablas de mortalidad. (Consultado en septiembre de 2013.) Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_dinamicapob.htm
16. European Health & Life Expectancy Information System. EHLEIS Country reports. Issue 6. April 2013. (Consultado en septiembre de 2013.) Disponible en: http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue6/Spain_Issue6.pdf
17. Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, et al. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *J Epidemiol Community Health*. 2014;68:280-2.
18. Gay JG, et al. Mortality amenable to health care in 31 OECD countries: estimates and methodological issues. *OECD Health Working Papers*. 2011; No. 55. OECD Publishing. (Consultado en septiembre de 2013.) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1787/5kgj35f9f8s2-en>
19. Urbanos R, González B. Crisis económica, mercado laboral y salud. Presentación en las XXXIII Jornadas de Economía de la Salud. Santander 18-21 de junio de 2013. Disponible en: www.aes.es
20. MSSSI. Barómetro Sanitario. La opinión de los ciudadanos, 2013. (Consultado en septiembre de 2013.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual2012.htm>
21. Segura A. Les retallades a la sanitat, la salut i la política. En: Masjuan JM, coordinador. Societat Catalana 2012. Barcelona: Associació Catalana de Sociologia, Institut d'Estudis Catalans, 2012. pp. 71-93.
22. MSSSI. Sistema de Información de las listas de espera. Lista de espera a 31 de diciembre de 2012. (Consultado en septiembre de 2013.) Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>
23. Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidences from primary care centers, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23:103-8.
24. Kentikilenis A. Ponencia crisis social y salud: respuestas desde la investigación y la práctica de la salud pública. XV Congreso de SESPAS y XXIII Jornada científica anual de la SEE, Granada; 2013.
25. Área de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Vigilancia epidemiológica del VIH/sida en España. Sistema de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de sida. Madrid: Secretaría del Plan Nacional sobre Sida/Centro Nacional de Epidemiología; 2012.
26. Centre d'Estudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual i Sida de Catalunya (CEEISCAT). Vigilància epidemiològica de la infecció pel VIH i la SIDA a Catalunya. Actualització a 30 de juny de 2013. Badalona: CEEISCAT; 2013.
27. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2012. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Accesible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/docs/IVE_2012.pdf
28. MSSSI. Informe anual del Sistema Nacional de Salud. 2011. (Consultado en septiembre de 2013.) Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnualSNS2011/RESUMEN.Informe_Anuar.SNS.2011.pdf
29. INE. Encuesta de población activa. Reproducido en la Memoria del Consejo Económico y Social de 2012. Ibidem.
30. Assiego V. Hambre y crisis. *Metroscopia*. El País, 12 de septiembre de 2013.
31. Sindic de Greuges. Informe sobre la malnutrició infantil a Catalunya. Barcelona: Sindic de Greuges de Catalunya. 2013. (Consultado en agosto de 2013.) Disponible en <http://www.sindic.cat/site/unitFiles/3506/Informe%20malnutricio%20infantil%20catala.pdf>
32. Artacoz L, Benach J, Borrell C. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class. *Am J Public Health*. 2004;94:82-9.
33. Vives A, Amable M, Ferrer M, et al. Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *J Env Public Health*. 2013. doi.org/10.1155/2013/978656.
34. Franco M, Bilal U, Orduñez P, et al. Population-wide weight loss and regain in relation to diabetes burden and cardiovascular mortality in Cuba 1980-2010: repeated cross sectional surveys and ecological comparison of secular trends. *BMJ*. 2013;346:f1515.
35. Puig Junoy J, Rodríguez-Feijó S, López-Valcárcel BG. Paying for formerly free medicines in Spain: dramatic prescription drops, looking for unanswered questions. *CRES-UPF Working Paper* 201307-76; July 2013.
36. Agencia de Qualitat i Avaluació Sanitàries (AQUAS). Projecte essencial: afegint valor a la pràctica clínica. Disponible en: <http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.0f6d9feb5e076b7d48af8968b0c0e1a0/?vgnnextoid=e06eaccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=e06eaccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgn>