

Informe SESPAS

Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014



Ana Rivadeneyra-Sicilia^{a,*}, Sergio Minué Lorenzo^b, Carlos Artundo Purroy^b y Soledad Márquez Calderón^c

^a Université de Bordeaux, ISPED, Burdeos, Francia

^b Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía, Granada, España

^c Consejería de Salud y Bienestar Social, Junta de Andalucía, Sevilla, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 7 de octubre de 2013

Aceptado el 4 de marzo de 2014

Palabras clave:

Recesión económica

Estado de salud

Mortalidad

Morbilidad

Estilo de vida

Gastos en salud

Política de salud

Servicios de salud

Cobertura universal

R E S U M E N

La evidencia acumulada sobre el efecto de crisis anteriores en la salud presenta patrones muy diferenciados atribuibles al diseño de los estudios, a la naturaleza de cada crisis y a otros factores del entorno socioeconómico y político. Existe, no obstante, un consenso cada vez mayor sobre el papel mediador de las respuestas políticas de los gobiernos, que pueden magnificar, o al contrario mitigar, los efectos adversos de las crisis. Estudios recientes revelan un deterioro en algunos indicadores de salud en el contexto de la crisis actual, fundamentalmente en salud mental y enfermedades transmisibles. En algunos países europeos también se ha constatado un descenso en el consumo de tabaco y alcohol. Por otro lado, algunos gobiernos están haciendo uso del contexto de crisis para avanzar reformas tendentes a la privatización de servicios y prestaciones sanitarias, restringiendo con ello el derecho a la salud y a la atención sanitaria. Se está actuando sobre los tres ejes que determinan el campo de la financiación de los sistemas sanitarios: la población protegida, la contribución del usuario y la cobertura de servicios. Estas medidas están siendo adoptadas a menudo de manera arbitraria basándose en decisiones ideológicas más que en la evidencia disponible, de lo que cabría esperar consecuencias adversas en términos de protección financiera, eficiencia y equidad.

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

Lessons from abroad. Current and previous crisis in other countries. SESPAS report 2014

A B S T R A C T

The evidence available on the impact of previous crises on health reveals different patterns attributable to study designs, the characteristics of each crisis, and other factors related to the socioeconomic and political context. There is greater consensus on the mediating role of government policy responses to financial crises. These responses may magnify or mitigate the adverse effects of crises on population health. Some studies have shown a significant deterioration in some health indicators in the context of the current crisis, mainly in relation to mental health and communicable diseases. Alcohol and tobacco use have also declined in some European countries. In addition, this crisis is being used by some governments to push reforms aimed at privatizing health services, thereby restricting the right to health and healthcare. Specifically, action is being taken on the three axes that determine health system financing: the population covered, the scope of services, and the share of the costs covered. These measures are often arbitrarily implemented based on ideological decisions rather than on the available evidence and therefore adverse consequences are to be expected in terms of financial protection, efficiency, and equity.

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

Keywords:

Economic recession

Health status

Mortality

Morbidity

Health behavior

Health expenditures

Health policy

Health services

Universal coverage

Introducción

La actual crisis económica está teniendo un alcance, una intensidad y una magnitud sin precedentes, sólo comparables a la Gran Depresión de 1929. Más allá de una oscilación regular del ciclo

económico, se trata de una crisis sistémica global en un mundo de economías interdependientes que para algunos revela el fracaso del modelo neoliberal desregularizado impuesto en las últimas décadas del siglo xx.

Tras 5 años de crisis, sus repercusiones en la salud son ya evidentes en países de todo el mundo, principalmente en Europa. Algunos estudios revelan un deterioro importante en algunos indicadores y tendencias de salud, en especial en los países más afectados y en grupos socioeconómicamente vulnerables, como las personas desempleadas y con bajos ingresos, las minorías

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: ana.rivadeneyra@isped.u-bordeaux2.fr
(A. Rivadeneyra-Sicilia).

étnicas y los inmigrantes. Además, si se mantiene la tendencia actual en la caída del empleo, cabe prever efectos adversos más intensos en los próximos años.

Tampoco hay que olvidar el impacto de las respuestas políticas ante la crisis. En un contexto donde se impone el discurso de la austeridad a ultranza, numerosos gobiernos están introduciendo reformas en el modelo de financiación sanitaria y en la provisión de servicios. Según recoge un estudio del Observatorio Europeo de Políticas y Sistemas Sanitarios, si bien en algunos países se ha avanzado en términos de racionalización y eficiencia, en otros muchos se están efectuando recortes arbitrarios que limitan la cobertura de servicios y ponen en cuestión principios constitutivos de los sistemas sanitarios europeos, como la protección financiera, la eficiencia y la equidad¹.

En estas circunstancias, puede resultar de utilidad recopilar y hacer balance del conocimiento acumulado a nivel internacional sobre los efectos de las crisis y las respuestas de los gobiernos en la salud y en los sistemas sanitarios. Este conocimiento puede contribuir a avanzar en la formulación de nuevas políticas que permitan mitigar los efectos adversos de la crisis actual en España, así como influir en los procesos de reforma introducidos en estos últimos años.

Éste es el objetivo del presente trabajo. En una primera parte se caracterizan los efectos de crisis anteriores sobre los resultados en salud más estudiados: mortalidad, salud mental, estilos de vida y enfermedades transmisibles. Se revisan estudios relativos a la Gran Depresión de 1929 en Estados Unidos, el colapso de la Unión Soviética en 1989, la crisis del sudeste asiático a final de la década de 1990 y otras crisis puntuales en países desarrollados. También se apuntan algunas tendencias en relación a los efectos de la crisis actual en Europa. En una segunda parte se analizan los efectos de la crisis en los sistemas sanitarios, abarcando tres ámbitos de estudio: los servicios, la financiación de éstos y las modalidades de prestación.

Ideas clave

- Si bien es pronto para objetivar el impacto de la crisis en todas sus dimensiones, estudios preliminares muestran ya un deterioro significativo de algunos indicadores de salud, en especial en los grupos más vulnerables.
- Las políticas macro de austeridad y los recortes podrían agravar el sufrimiento de la población, y socavar los principios y valores inspiradores del «Consenso social europeo». Existe evidencia contrastada sobre el efecto mediador de las respuestas políticas de los gobiernos en la relación entre crisis y salud.
- Las políticas de recortes lineales y privatizaciones introducidas en los sistemas sanitarios responden a criterios ideológicos y no a la evidencia acumulada. Procede por ello realizar «podas inteligentes», enmarcadas en reformas para mejorar el sistema en términos de equidad, eficiencia, calidad, accesibilidad y legitimación, contando con la participación de profesionales y actores sociales.
- En las circunstancias actuales, siguiendo recomendaciones recientes de la OMS-Euro, hay que reforzar la salud pública y la atención primaria. Resulta igualmente esencial monitorizar el impacto de la crisis desarrollando sistemas de información e indicadores ad hoc que permitan conocer el estado de la situación en tiempo real.

El impacto en la salud de crisis anteriores

Existe una sólida base de evidencia que asocia las situaciones de pobreza y desempleo con una peor salud y una mayor mortalidad

general y por causas específicas². De ello cabría esperar que los períodos de recesión, caracterizados por una caída mantenida en el empleo y los ingresos, resulten en un deterioro importante de la salud. No obstante, la literatura disponible presenta resultados contradictorios y revela la dificultad para aislar las tendencias macroeconómicas de otros factores que median en la salud de las personas en tiempos de crisis.

Mortalidad

Los estudios sobre la Gran Depresión arrojan un balance positivo en términos de salud. Si bien se produjo un incremento en el número de suicidios, entre 1929 y 1933 se ganaron 6 años de esperanza de vida y descendió significativamente la mortalidad infantil y por enfermedades infecciosas, cardiovasculares y accidentes de tráfico³. Sin embargo, un estudio reciente matiza estos resultados. Salvo los accidentes y suicidios, sus autores atribuyen el descenso en la mortalidad al patrón de transición epidemiológica del momento, antes que a la crisis⁴. Otros autores apuntan además la necesidad de considerar el efecto mediador de los programas de protección del New Deal al interpretar estas tendencias^{4,5}.

Algunos estudios relativos a crisis más recientes arrojan resultados similares. En concreto, un estudio sobre tendencias de mortalidad en 26 países europeos entre 1970 y 2007 concluye que, salvo el aumento en los suicidios y el descenso en las defunciones por accidentes, los períodos de desaceleración económica registrados en esos años no afectaron de forma significativa a la mortalidad⁶. Tampoco parece que la crisis del sudeste asiático tuviera un impacto significativo, más allá de ralentizar el crecimiento en la esperanza de vida iniciado en los años 1970⁷. En Malasia y Corea del Sur, si bien aumentó la mortalidad por causas específicas, sus efectos se vieron neutralizados por el descenso de otros indicadores de mortalidad por factores etiológicos a más largo plazo^{8,9}.

Mucho más concluyentes son los estudios sobre la crisis política, social y económica que sucedió al colapso de la Unión Soviética. Uno de los casos más paradigmáticos es el de Rusia. Entre 1990 y 1994 se perdieron más de 5 años de esperanza de vida y aumentó la mortalidad por accidentes, por enfermedad cardiovascular y por otras causas externas vinculadas al consumo de alcohol^{10,11}. Algunos autores han asociado estas tendencias a las políticas de privatización de los gobiernos, revelando cómo los países que las aplicaron de forma más rápida y masiva se vieron más afectados¹². Otro estudio en Rusia apunta en esta misma dirección, identificando las mayores caídas en la esperanza de vida en las regiones más expuestas a las transformaciones socioeconómicas del momento¹³. En esta misma línea, la menor ralentización de mejora de la esperanza de vida en Malasia durante la crisis asiática se ha atribuido a que, a diferencia de Indonesia y Tailandia, el gobierno no introdujo los recortes aconsejados por el Fondo Monetario Internacional, mitigando así el impacto de la crisis en las poblaciones vulnerables⁷.

Salud mental

Los estudios publicados en este ámbito se centran en los efectos de las crisis en la adopción de diversas conductas de riesgo, desde el consumo abusivo de alcohol hasta el suicidio. Se han documentado grandes variaciones en la intensidad de esta relación, según países y crisis específicas. Frente al drástico aumento en los suicidios y el consumo de alcohol en algunas repúblicas ex soviéticas^{11,14,15}, en Finlandia la crisis de la década de 1990 no pareció afectar la tasa de suicidios¹⁶ ni otros indicadores de morbilidad psiquiátrica¹⁷. En Asia, mientras que Japón, Hong-Kong y Corea registraron un incremento significativo en los suicidios, Taiwán y Singapur mantuvieron la tendencia preexistente¹⁸.

Más concordante es la evidencia relativa a los efectos de las crisis en las economías desarrolladas. Según el estudio ya mencionado sobre tendencias de mortalidad en Europa, entre 1970 y 2007 cada incremento anual del desempleo superior al 3% supuso un aumento del 4,45% en los suicidios y del 28% en las muertes por abuso de alcohol⁶. Sus autores concluyen sobre el efecto mediador de las políticas de los gobiernos en contextos de crisis, revelando cómo el aumento en los suicidios fue significativamente menor en los países con políticas activas de empleo. Otros estudios realizados en Irlanda¹⁹, Suecia²⁰ e Italia²¹ asocian igualmente los períodos de crisis a un aumento significativo en la tasa de suicidios.

Estilos de vida

No existe un consenso claro sobre los efectos de las crisis en los estilos de vida en los países desarrollados. Para algunos autores, los períodos de desaceleración económica se ven acompañados de una mejora en los estilos de vida, un descenso en el consumo de tabaco y alcohol, y un incremento de la actividad física, especialmente entre los grandes bebedores, las personas que más fuman y las más sedentarias^{22,23}. Para otros, los períodos recesivos resultan, por el contrario, en un mayor consumo de alcohol ante las situaciones de precariedad y estrés^{24,25}, así como en un menor consumo de alimentos frescos por la caída del poder adquisitivo²⁶.

Mucho más concluyentes son los estudios en los países en desarrollo, en los que se constata un empeoramiento importante en la dieta por el efecto combinado del empobrecimiento de las familias y la subida de los precios. En concreto, se ha asociado la crisis asiática con una mayor desnutrición infantil y materna, especialmente en las regiones y los grupos de población más empobrecidos^{9,27-29}.

Enfermedades transmisibles

Una revisión reciente vincula las crisis a una mayor morbilidad por enfermedades transmisibles, atribuible al deterioro de las condiciones de vida y al debilitamiento de los programas de prevención y control de epidemias³⁰. Algunos estudios han relacionado el colapso de la Unión Soviética con el repunte en la incidencia y la mortalidad de la tuberculosis^{31,32}, los brotes de difteria³³ y la encefalitis³⁴. En Tailandia, la crisis de los años 1990 se vio acompañada de un aumento de los brotes de malaria y de las infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)²⁹, y de una mayor prevalencia y mortalidad por VIH³⁴. En el otro extremo, en los países desarrollados, los períodos de crisis se han asociado a un descenso en la incidencia de enfermedades transmisibles³⁰.

El impacto en la salud de la crisis actual en Europa

La intensidad y la duración de la crisis iniciada en 2008 en Europa ha puesto en la agenda una preocupación por sus repercusiones en la salud. Si bien es pronto para contar con datos concluyentes, trabajos recientes revelan ya un deterioro importante en algunos indicadores, sobre todo en los países más afectados por la crisis y en los grupos de población vulnerables.

Según un estudio en 10 países de la región, si bien se han reducido las defunciones por accidentes, ha aumentado la mortalidad por suicidios en la mayoría de ellos, con los mayores repuntes en Grecia, Irlanda y Letonia³⁵. Otros estudios nacionales confirman este incremento en la incidencia de suicidios en varios países europeos³⁶⁻³⁹, fundamentalmente en varones y en las regiones más afectadas por el desempleo. Se ha señalado que estas tendencias no son sino la punta del iceberg de otros trastornos psiquiátricos subyacentes y de mayor magnitud. En concreto, en Inglaterra⁴⁰, Eslovenia⁴¹, Grecia⁴² y España⁴³ se ha constatado una mayor incidencia y prevalencia de depresión, estrés y ansiedad. En Irlanda³⁷,

Reino Unido⁴⁴ y Grecia⁴⁵ ha aumentado el número de personas que perciben que su salud ha empeorado desde que empezó la crisis.

Otros estudios alertan sobre una mayor incidencia de enfermedades transmisibles en los países más afectados por la crisis. En Grecia se han registrado nuevos brotes de malaria y de virus del Nilo Oriental, y ha aumentado la mortalidad por gripe⁴⁶. También han aumentado significativamente las infecciones por VIH entre usuarios de drogas por vía parenteral, una tendencia igualmente registrada en Lituania y Rumanía⁴⁷. En contraste, un estudio reciente en España concluye que los primeros 4 años de la crisis no se han visto acompañados de un cambio significativo en la mortalidad por enfermedades transmisibles ni en la incidencia del VIH⁴⁸.

En relación con los estilos de vida, ha caído el consumo de alcohol en Grecia⁴⁹ y Estonia⁵⁰, si bien en este último país el descenso se ha atribuido al efecto combinado de la crisis y las políticas para reducir su consumo. En Islandia se ha reducido el consumo de frutas y verduras, tabaco, alcohol, bebidas azucaradas y comida basura, por la caída del poder adquisitivo⁵¹. En Reino Unido se ha alertado sobre el incremento en el consumo de comida rápida, con precios más asequibles que los productos más saludables⁵².

Por otro lado, algunos informes y estudios alertan sobre el agravamiento de las desigualdades socioeconómicas en un entorno caracterizado por la destrucción de empleo, la precariedad de las condiciones de trabajo y vivienda, y la falta de recursos para cubrir las necesidades básicas^{53,54}. Si bien son aún pocos los trabajos publicados sobre el impacto de la crisis en las desigualdades en salud, estudios recientes revelan ya efectos especialmente adversos entre las personas desempleadas y con bajos recursos, las familias monoparentales, los enfermos crónicos, las minorías étnicas y los inmigrantes⁵⁵⁻⁵⁷.

Los efectos de la crisis en los sistemas sanitarios

El análisis de los sistemas sanitarios en cualquier contingencia obliga a revisar cómo se financian, a qué servicios se tiene acceso, y quién los presta. Respecto a lo primero, la financiación de los sistemas sanitarios puede representarse (según el cubo clásico de la Organización Mundial de la Salud)⁵⁸ en tres ejes: el porcentaje de población protegida, la contribución directa del usuario a sus gastos sanitarios y la oferta de servicios a los que éste puede acceder. El análisis de esas tres dimensiones ayuda a entender los efectos de la crisis sobre los sistemas sanitarios, pero no agota el análisis porque es relevante contemplar también otros factores, ya sea el grado de eficiencia en el uso de los recursos o la equidad en el acceso a ellos.

A lo largo del siglo xx, y en especial tras la II Guerra Mundial, las sociedades europeas desarrollaron diferentes estrategias destinadas a proteger a sus ciudadanos de las consecuencias económicas catastróficas que supone a menudo la enfermedad, bien a través de sistemas de seguridad social o mediante sistemas nacionales de salud. Quedaban al margen modelos sanitarios como el estadounidense, en el cual un importante porcentaje de la población no disponía (ni dispone) de ningún tipo de cobertura sanitaria. La aprobación de *The Patient Protection and Affordable Care Act* en 2012 supone un intento de revertir esta situación, si bien queda distante el objetivo de alcanzar la cobertura universal⁵⁹.

Desde el punto de vista del derecho a la prestación (*entitlement*), ciertos estados europeos han iniciado un proceso de reducción de la protección sanitaria a sus habitantes por diferentes procedimientos, ya sea mediante la renuncia del estado a su obligación de asegurar y proveer servicios sanitarios integrales, gratuitos en el momento de la prestación (Inglaterra), o a través de la sustitución del «ciudadano» por el «asegurado» como sujeto con derecho a la protección sanitaria (España⁶⁰). La actual crisis económica se ha utilizado habitualmente como justificación para este tipo de

decisiones, a pesar de las evidencias existentes sobre sus efectos negativos en la equidad¹.

En el caso de España, el Real Decreto Ley 16/2012 introduce cambios relevantes en los tres ejes mencionados. En primer lugar, reduce la población residente con derecho a la asistencia sanitaria (según datos del propio gobierno, al menos 873.000 «residentes no autorizados» habrían sido privados del derecho a recibir asistencia sanitaria, salvo en condiciones de urgencia)⁶¹. En segundo lugar, incrementa la contribución directa del usuario, en especial en materia de medicamentos. Y por último, reduce la cartera de servicios mediante su diferenciación en cartera básica, suplementaria y accesoria.

La identificación de los servicios a los que se tiene derecho varía según los estados, dependiendo en cierta medida de la existencia de políticas o instituciones que establezcan qué prestaciones deben ser sufragadas y cuáles excluidas de la financiación pública. La ausencia de este tipo de estrategias facilita la adopción de medidas arbitrarias de simple exclusión de prestaciones, en ocasiones en función de la oportunidad o ideología del gobierno correspondiente. Paradójicamente, siguen sin implantarse muchas de las recomendaciones sobre la pertinencia de eliminar determinadas prestaciones con escaso o nulo fundamento científico, a pesar de sus potenciales efectos en la reducción de costes innecesarios y la mejora global de la eficiencia. Las llamadas a la desinversión o reinversión⁶² de los recursos empleados en procedimientos de dudosa utilidad han tenido un éxito limitado, en buena parte debido a la influencia de una poderosa industria de tecnología sanitaria, de ámbito mundial, interesada en ampliar todo lo posible la cartera de servicios.

Finalmente, con respecto a la forma de prestación de los servicios existe, desde la década de 1980, una tendencia a aumentar el peso de la provisión privada en el conjunto del sistema sanitario. Las crisis siempre han sido una buena justificación para la reducción del gasto público y el incremento de la provisión privada de servicios, fomentado y auspiciado desde entidades supranacionales (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial, Banco Central Europeo, Comisión Europea). Sin embargo, no se dispone de pruebas empíricas que demuestren que la provisión privada es más eficiente que la pública^{63,64}. Así, mientras algunos estados reducen o recortan drásticamente su gasto sanitario público, otros pueden optar por aumentarlo, con la intención de anticiparse a los efectos adversos que puede causar el desempleo⁵. De hecho, existen diferentes mecanismos para aumentar los recursos financieros para salud que no implican una reducción del gasto público (desde el aumento de los impuestos hasta las mejoras en la eficiencia del sector sanitario). En este sentido, la reducción del gasto público, con el consiguiente aumento del gasto de bolsillo, además de afectar negativamente a la equidad puede aumentar aún más la deuda de los hogares, uno de los elementos fundamentales en la presente crisis. Siguiendo a Cylus et al.⁶⁵, los gobiernos, tras una crisis, a menudo caen en la tentación de reducir el gasto sanitario público más que el de otras partidas, lo que probablemente tenga consecuencias significativas para la protección financiera, la salud e incluso el crecimiento económico⁶⁵.

En definitiva, las crisis muchas veces son vistas como una oportunidad para introducir reformas en los servicios sanitarios de carácter neoliberal. Los trabajos del Premio Nobel de economía Milton Friedman (de amplia influencia en buena parte de los decisores políticos y económicos de las últimas décadas) abogan por el triple principio de desregulación, reducción de los servicios que presta el gobierno y privatización de estos últimos. Oliver Letwin, miembro del gobierno de Cameron y uno de los principales referentes en el proceso de aplicación de este modelo a los servicios sanitarios, dibujó a finales de los años 1980 las líneas estratégicas necesarias para avanzar en la hoja de ruta hacia la privatización de servicios⁶⁶, siendo uno de los elementos clave la generación de una opinión mayoritaria respecto al mal funcionamiento de los sistemas

públicos, aunque no haya pruebas empíricas de ello⁶⁷. Reynolds y McKee⁶⁸ han descrito de una manera pormenorizada este proceso en Reino Unido, fruto en cierta medida de la necesidad empresarial de ampliar el mercado de los seguros, situación en la cual los sistemas nacionales de salud europeos suponen quizá el último gran territorio por explotar. Buena parte de los países occidentales han ido avanzando en las diferentes fases de una creciente privatización de los servicios⁶⁹, compartiendo muchas de las intervenciones realizadas en Reino Unido desde finales de los años 1980: externalización de servicios no esenciales, implantación de experiencias de médicos generales gestores de presupuestos, experiencias de iniciativas de financiación privada, hasta llegar a la autorización de la provisión para «cualquier proveedor cualificado»⁷⁰ en el contexto de un mercado abierto⁷¹.

Conclusiones y recomendaciones

La evidencia acumulada sobre los efectos de las crisis en la salud presenta patrones muy diferenciados, en ocasiones contradictorios, atribuibles a las diferencias en el diseño de los estudios, la naturaleza de cada crisis y otros factores externos. No obstante, parece existir un claro consenso en torno al papel mediador de las respuestas políticas de los gobiernos, pudiendo éstas magnificar o al contrario mitigar sus efectos adversos.

En relación con la crisis actual, los primeros estudios y datos epidemiológicos en Europa revelan ya un deterioro importante en algunos indicadores, en especial entre las poblaciones más vulnerables. En este contexto, son muchas las voces que han alertado sobre el riesgo de que las políticas de austeridad puedan agravar el sufrimiento de los grupos más afectados y socavar los principios constitutivos de los sistemas sanitarios europeos. A la vista del conocimiento y la experiencia de crisis anteriores, pueden extraerse algunas lecciones para hacer frente a los retos a afrontar en nuestro país.

En primer lugar, hay que reforzar los programas de protección social y las políticas activas de empleo para reducir los períodos de desempleo y facilitar redes de seguridad para las poblaciones más frágiles. Lamentablemente no es ésta la dirección dominante en Europa ni en nuestro país, y por ello procede argumentar y promover cambios imprescindibles en las políticas a nivel macro para avanzar en esta dirección.

En un momento en que se imponen las políticas de austeridad, hay que priorizar recortes inteligentes en los servicios. Debe garantizarse una cobertura de prestaciones sanitarias a toda la población y mantener modelos de financiación fundamentalmente públicos para afrontar retos emergentes en salud y equidad. Hay que concebir la atención en salud como un bien de interés público y un derecho a garantizar y proteger. Además, hay que seguir reformando coherentemente los sistemas sanitarios, controlando el gasto excesivo y mejorando la eficiencia. Y todo ello de forma transparente y participativa, contando con los profesionales y con los actores sociales.

Es preciso fortalecer los servicios de atención primaria y las funciones esenciales de la salud pública en promoción de la salud y la prevención de enfermedades, protección de la salud y vigilancia epidemiológica. Además, hay que articular sistemas de información adecuados que permitan monitorizar el impacto de la crisis en la salud y en el desempeño de los sistemas sanitarios. Para ello se necesita reforzar los sistemas tradicionales con nuevos datos e indicadores sensibles a la crisis.

En definitiva, el reto actual para los sistemas sanitarios en Europa, y en particular en España, es garantizar el acceso a servicios y prestaciones en términos de equidad y calidad, al tiempo que introducir políticas que generen ganancias en eficiencia y contribuyan a la sostenibilidad a medio y largo plazo. Este planteamiento adquiere especial relevancia hoy, cuando bajo el discurso de la

austeridad se están instaurando las bases para una tendencia hacia la privatización en la financiación y la provisión de los servicios públicos de salud.

Contribuciones de autoría

Todas las personas firmantes participaron de forma coordinada en la redacción de este manuscrito.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012.
- Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*. 1995;153:529-40.
- Tapia Granados JA, Diez Roux AV. Life and death during the Great Depression. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2009;106:17290-5.
- Stuckler D, Meissner C, Fishback P, et al. Banking crises and mortality during the great depression: evidence from U.S. urban populations, 1929-1937. *J Epidemiol Community Health*. 2012;66:410-9.
- Fishback PV, Kantor S, Haines MR. Births, deaths, and new deal relief during the Great Depression. *Rev Econ Stat*. 2007;89:1-14.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*. 2009;374:315-23.
- Hopkins S. Economic stability and health status: evidence from East Asia before and after the 1990 economic crisis. *Health Policy*. 2006;75:347-57.
- Law TH, Umar RS, Zulkaurnain S, et al. Impact of the effect of economic crisis and the targeted motorcycle safety programme on motorcycle-related accidents, injuries and fatalities in Malaysia. *Int J Inj Contr Saf Promot*. 2005;12:9-21.
- Khang YH, Lynch JW, Kaplan GA. Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *Int J Epidemiol*. 2005;34:1291-301.
- Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, et al. Causes of declining life expectancy in Russia. *JAMA*. 1998;279:793-800.
- Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM, et al. Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*. 1997;350:383-8.
- Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. *Lancet*. 2009;373:399-407.
- Leon DA, Shkolnikov VM. Social stress and the Russian mortality crisis. *JAMA*. 1998;279:790-1.
- Rancans E, Salander Renberg E, Jacobsson L. Major demographic, social and economic factors associated to suicide rates in Latvia 1980-98. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;103:275-81.
- Chenet L. Daily variations in deaths in Lithuania: the possible contribution of binge drinking. *Int J Epidemiol*. 2001;30:743-8.
- Hintikka J, Saarinen PI, Viinamäki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle 1985-95. *Scand J Public Health*. 1999;27:85-8.
- Viinamäki H, Kontula O, Niskanen L, et al. Mental health at population level during an economic recession in Finland. *Nord J Psychiatry*. 2000;54:177-82.
- Chang SS, Gunnell D, Sterne JA, et al. Was the economic crisis 1997-1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time-trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand. *Soc Sci Med*. 2009;69:1322-31.
- Corcoran P, Arensman E. Suicide and employment status during Ireland's Celtic Tiger economy. *Eur J Public Health*. 2010;21:209-14.
- Garcy AM, Vägerö D. The length of unemployment predicts mortality, differently in men and women, and by cause of death: a six year mortality follow-up of the Swedish 1992-1996 recession. *Soc Sci Med*. 2012;74:1911-20.
- Preti A, Miotto P. Suicide and unemployment in Italy, 1982-1994. *J Epidemiol Community Health*. 1999;53:694-701.
- Ruhm CJ, Black WE. Does drinking really decrease in bad times? *J Health Econ*. 2002;21:659-78.
- Ruhm CJ. Healthy living in hard times. *J Health Econ*. 2005;24:341-63.
- Dávalos ME, Fang H, French MT. Easing the pain of an economic downturn: macroeconomic conditions and excessive alcohol consumption. *Health Econ*. 2011;21:1318-35.
- Johansson E, Böckerman P, Prättälä R, et al. Alcohol-related mortality, drinking behaviour, and business cycles: are slumps really dry seasons. *Eur J Health Econ*. 2006;7:215-20.
- Dave DM, Kelly IR. How does the business cycle affect eating habits. *Soc Sci Med*. 2012;74:254-62.
- Bardosono S, Sastroamidjojo S, Lukito W. Determinants of child malnutrition during the 1999 economic crisis in selected poor areas of Indonesia. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2007;16:512-26.
- Hartini TN, Padmawati RS, Lindholm L, et al. The importance of eating rice: changing food habits among pregnant Indonesian women during the economic crisis. *Soc Sci Med*. 2005;61:199-210.
- Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangsarit S, et al. Health impacts of rapid economic changes in Thailand. *Soc Sci Med*. 2000;51:789-807.
- Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, et al. The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS One*. 2011;6:e20724.
- Arinaminpathy N, Dye C. Health in financial crises: economic recession and tuberculosis in Central and Eastern Europe. *J R Soc Interface*. 2010;7:1559-69.
- Stuckler D, King L, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Med*. 2008;5:e143.
- Vitek C, Wharton M. Diphtheria in the former Soviet Union: re-emergence of a pandemic disease. *Emerg Infect Dis*. 1998;4:539-50.
- Randolph S. Tick-borne encephalitis incidence in Central and Eastern Europe: consequences of political transition. *Microbes Infect*. 2008;10:209-16.
- Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, et al. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378:124-5.
- Barr B, Taylor Robinson D, Scott Samuel A, et al. Suicides associated with the 2008-2010 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ*. 2012;345:e5142.
- Kelly BD, Doherty AM. Impact of recent economic problems on mental health in Ireland. *Int Psychiatry*. 2013;10:6-7.
- De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Excess suicides and attempted suicides in Italy attributable to the Great Recession. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67:378-9.
- López Bernal JA, Gasparri A, Artundo C, et al. The effect of the late 2000 financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *Eur J Public Health*. 2013;23:732-6.
- Katikireddi SV, Niedzwiedz CL, Popham F. Trends in population mental health before and after the 2008 recession: a repeat cross-sectional analysis of the 1991-2010 health surveys of England. *BMJ Open*. 2012;2:5.
- Avčin BA, Kučina AU, Sarotar BN, et al. The present global financial and economic crisis poses an additional risk factor for mental health problems on the employees. *Psychiatr Danub*. 2011;(23 Suppl 1):S142-8.
- Economou M, Madianos M, Peppou LE, et al. Major depression in the era of economic crisis: a replication of a cross-sectional study across Greece. *J Affect Disorders*. 2013;145:308-14.
- Gili M, Roca M, Basu S, et al. The mental health crisis of economic crisis in Spain: evidence from primary care centers, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2013;23:103-8.
- Astell-Burt T, Feng X. Health and the 2008 economic recession: evidence from the United Kingdom. *PLoS One*. 2013;8:e56674.
- Vandoros S, Hessel P, Leone T, et al. Have health trends worsened in Greece as a result of the financial crisis? A quasi-experimental approach. *Eur J Public Health*. 2013;23:727-31.
- Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, et al. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *Am J Public Health*. 2013;103:973-9.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania. Lisbon: EMCDDA; 2011.
- 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.
- Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolaou I, et al. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*. 2011;378:1457-8.
- Lai T, Habicht J. Decline in alcohol consumption in Estonia: combined effects of strengthened alcohol policy and economic downturn. *Alcohol Alcohol*. 2011;46:200-3.
- Ásgeirsdóttir TL, Corman H, Noonan K, et al. Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviours. *Econ Hum Biol*. 2014;13:1-9.
- Lock K, Stuckler D, Charlesworth D, et al. Potential causes and health effects of rising global food prices. *BMJ*. 2009;339:b2403.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD). Crisis squeezes income and puts pressure on inequality and poverty. New results from the OECD Income Distribution Database. Paris: OECD; 2013.
- Suh E, Tsang T, Vizard P, et al. Third European Quality of Life Survey - Quality of life in Europe: social inequalities. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2013.
- UCL Institute of Health Equity. The impact of the economic downturn and policy changes on health inequalities in London. London: UCL Institute of Health Equity; 2012.
- Agudelo-Suárez AA, Ronda E, Vázquez-Navarrete ML, et al. Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work. *Int J Public Health*. 2013;58:627-31.
- Falk J, Bruce D, Brustrom B, et al. Trends in poverty risks among people with and without limiting-longstanding illness by employment status in Sweden, Denmark, and the United Kingdom during the current economic recession - a comparative study. *BMC Public Health*. 2013;13:925.
- World Health Organisation. World health report 2010. En: Health systems financing. The path to universal coverage. Geneva: World Health Organisation; 2010.

59. Gostin LO. The Supreme Court's historic ruling on the affordable care act economic sustainability and universal coverage. *JAMA.* 2012;308: 571–2.
60. Real Decreto-Ley de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. RDL 16/2012 de 20 de abril. Boletín Oficial del Estado n° 98 (24 abril 2012).
61. Reino de España. Programa nacional de reformas de España 2013. Gobierno de España; 2013.
62. Repullo JR. Taxonomía práctica de la desinversión sanitaria en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. *Rev Calid Asist.* 2012;27:130–8.
63. Quercioli C, Messina G, Basu S, et al. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy 1993–2003. *J Epidemiol Community Health.* 2013;67:132–8.
64. Minué S, Martín JJ. Gestión privada: ¿más eficiente? Actualización en Medicina de Familia. [edición electrónica]. 2013. (Consultado el 14/01/2014.) Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1098
65. Cylus J, Mladovsky P, McKee M. Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries. *Health Serv Res.* 2012;47: 2204–24.
66. Letwin O. *Privatising the world: a study of international privatisation in theory and practice.* London: Cassell Educational Ltd; 1988.
67. Appleby J. Does poor health justify NHS reform? *BMJ.* 2011;342:d566.
68. Reynolds L, McKee M. Opening the oyster: the 2010–2011 reforms in England. *Clin Med.* 2012;12:128–32.
69. Ibreht T. Privatization processes in health care in Europe – a move in the right direction, a 'trendy' option, or a step back. *Eur J Public Health.* 2009;19: 448–51.
70. Reynolds L, McKee M. 'Any qualified provider' in NHS reforms: but who will qualify. *Lancet.* 2012;379:1083–4.
71. Sauter W. The impact of EU competition laws on national healthcare system. TILEC Discussion Paper No. 2012-032. Tilburg Law School Research Paper No. 12/2012.