

Julián Espada López

IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA DE 2008-2014 EN LA SALUD DE LOS RESIDENTES EN ESPAÑA: ANÁLISIS DE INDICADORES DE SALUD Y DE DETERMINANTES SOCIALES Y ESTRUCTURALES

IMPACT OF THE 2008-2014 ECONOMIC CRISIS ON THE HEALTH OF RESIDENTS IN SPAIN: ANALYSIS OF HEALTH INDICATORS, AND OF SOCIAL AND STRUCTURAL DETERMINANTS

Resumen

La Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud incluye entre sus recomendaciones principales el análisis de estos determinantes como forma de estudiar las inequidades en salud en cada país. Resulta razonable esperar que una crisis económica pueda influir negativamente en los determinantes sociales de la salud. Este trabajo estudia el impacto de la crisis económica del 2008 al 2014 sobre la salud de los españoles residentes en España a través del análisis y evaluación de 105 determinantes: 30 sociales, 23 estructurales y 52 indicadores de salud. Entre los principales resultados se ha observado que la crisis económica, habiendo impactado en determinantes sociales y estructurales críticos, no incidió negativamente en la salud de los residentes en España. Además, el grado de satisfacción de los residentes en España con el sistema sanitario aumentó continuamente.

Abstract

The World Health Organization's Commission on Social Determinants includes, among its main recommendations, to conduct analyses of resources to assess equity of countries health systems. It can be expected that a financial crisis should negatively influence social determinants of health. This study examines the impact of the 2008-2014 financial crisis on the health of residents in Spain through the analysis and evaluation of 105 determinants: 30 social determinants, 23 structural determinants and 52 health indicators. Among other main results, it was found that the financial crisis, despite its impact on critical social and structural determinants, did not have any impact on the health of residents in Spain. Moreover, their satisfaction with the health system had continuously improved.

1. INTRODUCCIÓN

El modelo sanitario basado en Sistemas Nacionales de Salud, como el español, tiene entre sus principios la equidad y la universalidad. La equidad en salud se ha sustentado históricamente en el acceso al sistema sanitario; aunque la verdadera equidad en salud no se logra solo con ese acceso; sobre todo se logra con una redistribución, justa, de lo que se denomina determinantes sociales de la salud.

La Organización Mundial de la Salud, a través de su Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, los define como “aquellas circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; y destaca que esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, del poder y de los recursos a nivel mundial, nacional y local. Estos determinantes sociales de la salud son responsables fundamentales de las inequidades en salud,” incluyendo entre sus recomendaciones

principales, su justa distribución y el análisis de estos determinantes (Organización Mundial de la Salud, 2009, p. 92).

Resulta razonable esperar que una crisis económica ha de afectar, influir, impactar en estos determinantes sociales de la salud, pudiendo finalmente éstos incidir negativamente en la salud de los residentes en España, ya sea de forma directa, o indirecta, al afectar al Sistema Sanitario de Salud español.

Entendemos que se debería garantizar a todos los ciudadanos la disponibilidad de unos servicios sanitarios que protejan del posible impacto de una crisis económica sobre su salud y es de interés conocer si la crisis económica que tuvo lugar entre 2008 y 2014 ha incidido en la salud. Resulta también de interés identificar sobre qué determinantes sociales y estructurales la crisis económica ha repercutido más significativamente y valorar el potencial impacto de la crisis económica sobre lo que se ha llamado el estado del bienestar.

La economía española, tras quince años consecutivos de expansión, empezó a contraerse en el 2007 y entró en recesión en el último trimestre de 2008 si definimos crisis económica como la caída del producto interior bruto (PIB) de un país durante dos trimestres consecutivos (en nuestro caso tercer y cuarto trimestre de 2008). Técnicamente, dos crisis económicas consecutivas tuvieron lugar en España, la primera arriba referida se prolongó hasta el año 2010, con un segundo y tercer trimestre de ligerísimas subidas del PIB, pero, globalmente, 2010 fue de caída con respecto al PIB del 2011 por lo que consideramos que una única crisis ha perdurado hasta el 2014, cuando el cuarto trimestre de 2013 y primero de 2014 presentaron subidas consecutivas del PIB y el global de 2014 fue superior al PIB de 2013.

Fue precisamente en el año 2014 cuando la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria publicó el *Informe SESPAS 2014*: Indicadores para monitorizar la evolución de la

crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud” (Pérez y otros, 2014, p.92) con el siguiente objetivo: “la vigilancia de los efectos de la crisis económica en la salud y en las desigualdades en salud en nuestro país”. El informe incluyó 28 indicadores (8 socioeconómicos y políticos, 8 sociales y económicos intermedios y 12 indicadores de salud).

Encontramos un manifiesto interés editorial del binomio “crisis económica y salud” al hacer búsquedas anidadas de dichos términos en diferentes buscadores, incluidos *Medline*, *Scopus* y *Web of Science* (WoS); y así, para nuestra propuesta de determinantes e indicadores a estudiar hemos tenido en cuenta lo que las fuentes secundarias nos indican, entre lo que cabe destacar por ser información reiterada en diferentes publicaciones científicas lo siguiente: que existe una relación positiva y bastante lineal entre ingresos económicos y salud (Ettner, 1996, p. 92; Benzeval, y otros, 2001, p. 92; Wilkinson, 1996, p. 92) que a mayor protección social y cobertura sanitaria mejores datos de salud por el efecto modulador de los mismos (Suhrcke y otros, 2011, p. 92; Bambra y otros, 2009, p. 92; Euzéby, 2010, p. 92) que la austeridad aplicada a servicios sanitarios ha provocado un aumento de los ingresos hospitalarios en ciertos países (Kentikelenis y otros, 2011, p. 92); que han sido los datos de mortalidad el mejor método para medir los efectos en salud de las crisis económicas (Reeves y otros, 2012, p. 93; Tapia Granados y Díez Roux, 2009, p. 93; García, 2014, p. 93); que son numerosas las áreas donde encontramos datos ambiguos cuando no contradictorios (salud mental, mortalidad por suicidio, consumo de alcohol y drogas, tabaquismo, accidentes de tráfico, frecuentación hospitalaria) (Fountoulakis y otros, 2012, p. 93; Ayuso-Mateos y otros, 2013, p. 93; Librero y otros, 2014, p. 93; Andrés, 2005 p. 93); que muchas de las muertes que se producen en invierno se deben a enfermedades respiratorias y cardiovasculares, pudiendo éstas estar favorecidas por las condiciones de frío en el interior de las casas siendo evidente el

potencial nexo entre crisis económica y pobreza energética (Legido-Quigley y otros, 2013, p. 93); que hay mayor incidencia de SIDA-VIH así como de enfermedades inmunoprevenibles (Mayoral Cortés, 2013, p. 93); que el empobrecimiento de las familias conlleva malnutrición o malos hábitos alimentarios con esperado impacto negativo en salud (Lock y otros, 2009, p. 24; Hossain y otros, 2011, p. 93) y, por último, también, que las crisis económicas pueden ser una oportunidad de cambio de valores (drogas, alcohol, tabaquismo, actividad física, ocio) si las prestaciones sociales están aseguradas (Ruhm, 2003, p. 93).

Por todo lo dicho y siguiendo las recomendaciones de la Comisión de Determinantes de la OMS, nos propusimos analizar los datos nacionales (España) disponibles desde el año 2000 hasta el último año del que se propone realizar el análisis, 2015, de 105 determinantes e indicadores.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos seleccionado 105 determinantes e indicadores exclusivamente de fuentes primarias de instituciones gubernamentales (Instituto Nacional de Estadística, Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud, Encuesta Nacional de Salud, Indicadores Hospitalarios del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España) y cuya selección es consecuencia del estudio de las fuentes secundarias.

Hemos seleccionado 53 determinantes sociales y estructurales y 52 indicadores de salud según la siguiente clasificación:

- a. 30 Determinantes sociales: 6 Económicos (PIB per cápita, paro, riesgo de pobreza, tasa de pobreza, dificultad para llegar a fin de mes, población cubierta por el SNS); 9 Demográficos (flujo de inmigración y emigración, población residente, tasa de natalidad, esperanza de vida al

- nacer, esperanza de vida a los 65 años, índice de dependencia, nivel de estudios, edad media materna); 10 Preventivos (vacunaciones, incluidas gripe, polio y triple vírica, alcohol, tabaquismo, sedentarismo y consumo de droga); 5 Sociosanitarios (accidentes de trabajo, accidentes de tráfico, víctimas totales y mortales por accidentes, salud autopercebida, satisfacción con el Sistema Sanitario (SNS).
- b. 23 Determinantes estructurales: 5 Infraestructuras (centros hospitalarios y de atención primaria (AP), hospitales (H), camas instaladas, camas en funcionamiento, quirófanos); 9 Personal/Plantilla (enfermería AP y H, médicos AP y H, puestos de hospital de día, matronas, auxiliares de enfermería, médicos internos residentes H, personal total H); 9 Gasto (gasto público en sanidad, incluido por habitante, en H, en AP, farmacéutico, por receta y total de recetas)
- c. 52 Indicadores de salud: 17 Asistenciales (frecuentación en: AP, frecuentación en atención especializada, pediatría, enfermería, hospital de día, ingresos hospitalarios, urgencias hospitalarias, urgencias ingresadas, reingresos, actos quirúrgicos, partos en hospitales, primeras consultas, consultas en hospitales, pacientes y días en espera de intervención quirúrgica no urgente, días de espera consultas especiales, estancia media en hospitales); 35 Clínicos (años de vida saludable, bajo peso al nacer, prematuros, peso insuficiente adultos, sobrepeso en adultos, obesidad en adultos, incidencia de: tuberculosis, enfermedad meningocócica, gripe, hepatitis B, VIH, parotiditis, rubeola, sarampión, tétanos, tosferina, varicela, morbilidad en: asma, diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), trastornos mentales, mortalidad general y otras mortalidades: infantil, neonatal,

perinatal, por cardiopatía isquémica, cerebrovascular, por diabetes, EPOC, neumonía, influenza, suicidio, enfermedad hepática crónica dispensación antidepresivos, hipnóticos y sedantes)

3. METODOLOGÍA DEL ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Hemos realizado en primer lugar un análisis de tendencia usando un modelo de regresión *joinpoint* con el fin de detectar puntos (años), si existieran, en los que se produce un cambio de tendencia. Los valores α o error tipo 1 se obtienen mediante el método de Montecarlo y el nivel de significación global se mantiene en 0,05 mediante la corrección de Bonferroni.

En segundo lugar, hemos realizado un análisis de correlaciones cruzadas en el tiempo entre series de determinantes e indicadores. Hemos estudiado esas correlaciones para diferentes órdenes (k) concretamente para valores de k entre -7 y $+7$. Se ha considerado una relación, o correlación, instantánea entre ambas series si hay correlación significativa (intervalo de confianza al 95%) en el orden $k=0$, esto es, en el mismo año. La relación será dinámica si la correlación es significativa para otros órdenes k; y referiremos el desfase o retardo en el que se produce.

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Determinantes sociales económicos

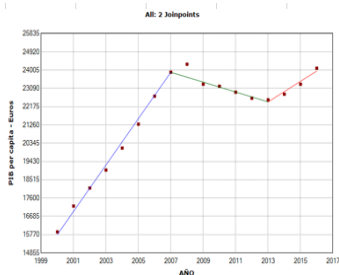
La población residente en España cubierta por el Sistema Nacional de Salud es siempre superior al 98%. El análisis de tendencia de los datos de PIB (producto interior bruto), indica que los puntos de cambio de tendencia del mismo por la crisis se producen en los años 2007 y 2013 con pendientes resultantes

(negativa desde 2007 a 2013, positiva desde 2013 en adelante siendo estadísticamente significativas ($p < 0,004$ y $p < 0,006$ respectivamente). La gráfica resultante del análisis de tendencia de paro presenta imagen invertida a la del PIB con puntos de cambio de tendencia en los años 2007 y 2012 siendo las pendientes resultantes estadísticamente significativas ($p < 0,000$ y $p < 0,000$), (figura 1).

El análisis de tendencia de otros determinantes económicos muestra que la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social aumenta un 5% entre los años 2008 y 2014, con pendiente ascendente estadísticamente significativa ($p < 0,002$). La tasa de pobreza presenta una única pendiente ascendente significativa ($p < 0,002$) desde el 2003 al 2015, al igual que la proporción de población con dificultades y grandes dificultades para llegar a fin de mes ($p < 0,000$), que supone un incremento superior al 10% entre los años 2007 a 2014.

Figura 1: España. Producto Interior Bruto per cápita (Euros)

ANÁLISIS DE TENDENCIAS - GRÁFICAS			
DETERMINANTE SOCIAL / ECONÓMICO			
ESPAÑA PIB per cápita - Euros			
Parameter	Parameter Estimate	Standard Error	Prob > t
Intercept 1	-2,306,638,778,274	78,812,068,377	0.000000
Intercept 2	519,747,045,833	132,338,662,253	0.003472
Intercept 3	-1,012,963,735,417	296,654,310,814	0.007693
Slope 1	1,161,204,613	39,346,994	0.000000
Slope 2	-247,059,375	65,840,114	0.004538
Slope 3	514,346,875	147,222,971	0.006791



Fuente: Instituto Nacional de Estadística de España (INE)

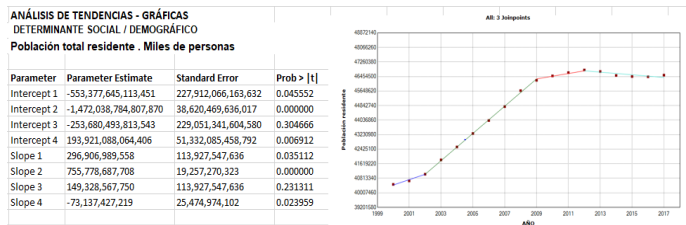
Vemos por tanto que los datos de los determinantes sociales económicos estudiados evidencian el impacto sobre ellos de la crisis económica.

4.2. Determinantes sociales demográficos

De los 9 determinantes demográficos seleccionados son los datos de población total residente y el índice de dependencia los más relevantes ya que los otros determinantes (flujo de emigración, flujo de inmigración, tasa de natalidad, edad media materna y esperanza de vida) dan sentido a los datos de estos dos indicadores.

La población total residente, aunque tiene 4 puntos de cambio de tendencia, presenta un efecto meseta que iría del 2009 al 2017, último año con datos publicados al realizar este trabajo (figura 2).

Figura 2: Población total residente en España (miles de personas)



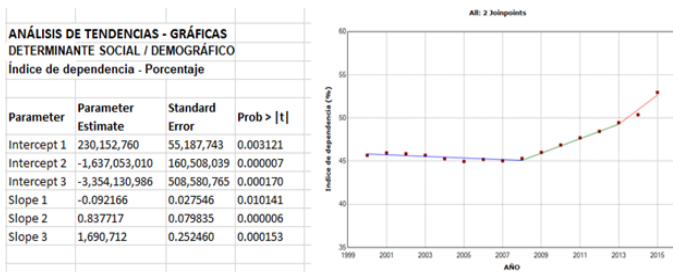
Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Gobierno de España

Confirmamos una correlación estadísticamente significativa, dinámica, de influencia del PIB (V1) en la población residente (V9), con un retardo de 14 años; esto es, a menor PIB menor población residente, que se manifiesta en los siguientes 4 años.

El índice de dependencia, definido por la fórmula: (población < 15 años + población > 64 años / población de 15 a 64 años) x 100, aumenta prácticamente 8 puntos porcentuales como consecuencia de la disminución de la población residente de entre

15 y 64 años. Pasa de 45,02% (2008) a 52,95% (2015), último año del que existían datos publicados para este determinante al realizar este trabajo (figura 3). En efecto, este aumento viene condicionado por el descenso en tasa de natalidad, el impacto de los flujos migratorios y el aumento de la esperanza de vida.

Figura 3: Índice de Dependencia



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. MSSSI. Gobierno de España

Del análisis de correlaciones entre determinantes económicos y demográficos cabe destacar que existen correlaciones cruzadas entre paro y flujos migratorios, estadísticamente significativas e instantáneas (en el mismo año) de tal manera que las mayores cifras de paro están correlacionadas con las mayores cifras de emigración y las menores de inmigración.

Además, estos datos demográficos limitan la financiación estatal ya que se pierden ingresos de personas en edad de cotización con el consiguiente riesgo para el estado del bienestar. Si a ello añadimos los datos de los determinantes económicos analizados resulta razonable considerar que las medidas de reajuste económico pudieron socavar el estado de bienestar. En efecto, dos de las

primeras medidas a este respecto fueron la implementación del “copago farmacéutico” así como la revisión de los criterios de la definición de “asegurado”.

4.3. Determinantes sociales preventivos

Los datos analizados se alinearían mayoritariamente con aquellos autores que manifiestan que las crisis económicas son una oportunidad para el cambio en los valores, siempre y cuando las prestaciones sociales estén aseguradas. Y decimos esto ya que de los 10 determinantes preventivos analizados, tanto el porcentaje de bebedores (alcohol) de riesgo, tabaquismo, sedentarismo, consumo de drogas (cannabis y cocaína) en adolescentes y adultos muestran estimadores puntuales negativos a lo largo de los años sobre los que hay datos oficiales disponibles, incluidos los años de crisis estudiados aunque pendientes estadísticamente significativas tan solo se observan en el consumo de cocaína y la prevalencia de tabaquismo en población adulta.

Al analizar las enfermedades inmunoprevenibles, incluyendo polio, parotiditis, rubeola, sarampión y gripe, tan solo nos parece reseñable indicar lo observado para la tosferina; su incidencia, estudiada como indicador clínico, aumenta desde el año 2001 con un incremento de pendiente estadísticamente significativo ($p < 0,04$) en el 2013 (+ 6 casos año por 100.000 habitantes) si bien el número de casos aumenta notablemente desde 2011 (pasa de 1,9 casos en 2010 a 7 casos en 2011 por 100.000 habitantes, carente de significación estadística).

La incidencia de tuberculosis, enfermedad meningocócica, gripe, parotiditis, rubeola, tétanos y varicela, disminuye a lo largo de los años estudiados si bien en el caso de la parotiditis los valores absolutos muestran brotes en el 2006 y 2007, 2011 y 2012. También aparecen brotes de sarampión en 2011 y 2012. La incidencia de

hepatitis B y de casos notificados de nuevos diagnósticos de VIH disminuyes durante los años de crisis.

El Real Decreto 16/2012 que entró en vigor el 24 de abril del 2012, por el que se tomaron una serie de “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”, podría justificar el incremento de casos de tosferina en el 2013 ya que al revisarse los criterios de “asegurado” en el citado RD, una parte de la población pudo pasar a una situación de irregularidad que generó miedo y estrés condicionando el calendario vacunal para esa población. Este análisis no justificaría el aumento de 2011 ni consideramos que el movimiento social antivacunas dé justificación al dato, aunque esto no sea totalmente descartable.

4.4. Determinantes sociales sociosanitarios

La salud autopercebida y la satisfacción con el sistema sanitario se comentarán más adelante. Tanto los accidentes de trabajo como el número de víctimas mortales de accidente de tráfico disminuyen, pero la pendiente carece de significación estadística. En el caso de víctimas totales de accidentes de tráfico existe un cambio de tendencia (aumento) a partir del 2011 con resultado de pendiente significativa, que pudiera estar condicionado por una menor inversión en medidas de seguridad, directa o indirectamente, así como por el envejecimiento del parque móvil o una posible disminución de las inversiones en infraestructuras.

4.5. Determinantes estructurales

El hecho que 17 de los 23 determinantes estructurales analizados (73,9%) presenten al menos un punto de cambio de tendencia durante los años de crisis y que 10 determinantes presenten 2

puntos de cambio de tendencia (43,4%) durante los años de crisis nos indica, sin duda, que la crisis económica y sus derivados han impactado en la estructura sanitaria en España.

Para los 5 que no presentan ningún punto de cambio de tendencia es reseñable que esta circunstancia se aplica a todo el intervalo de años estudiado, no solo a los años de crisis económica. Además, todas las pendientes son estadísticamente significativas: pendientes negativas para camas en funcionamiento y gasto en farmacia como porcentajes del total del gasto sanitario y pendientes positivas para gasto en atención especializada como porcentaje del total del gasto sanitario, puestos de hospitales de día y número de matronas por 1000 habitantes.

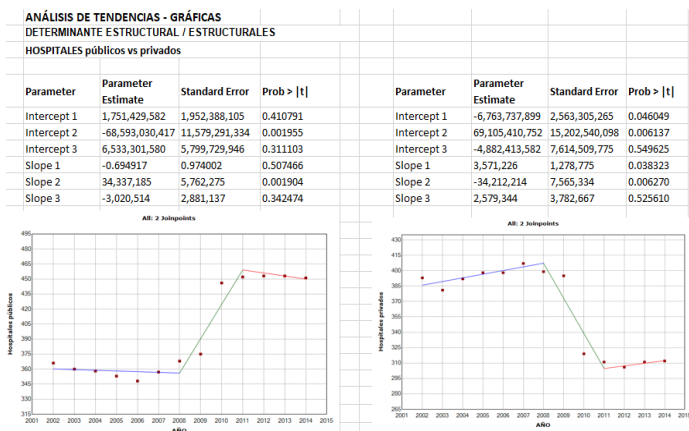
Al analizar determinantes estructurales puros nos encontramos con un cambio de tendencia opuesto a lo que se podía esperar en circunstancias de crisis económica para un determinante que podríamos clasificar como crítico, concretamente el número de hospitales, determinante este que también condiciona al determinante número de camas instaladas (y así los datos lo certifican: el perfil de las gráficas es similar).

Obviamente hay que asumir que las inversiones sobre estos determinantes están aprobadas en años anteriores a la crisis (inversiones de envergadura con fuerte componente mediático y político). Lo interesante surge del análisis sobre los mismos al comparar el ámbito público y el ámbito privado (figura 4).

En efecto, nos encontramos con tendencias opuestas, imágenes especulares, durante los años estudiados, incluidos los de crisis. Incluso los valores absolutos durante los años 2008-2011 son similares, pero de signo opuesto; y así observamos que desde 2008 a 2011 disminuye el número de hospitales privados (34 hospitales año), y aumentan (+34) los hospitales públicos; y en el caso de las camas instaladas el estimador anual para los hospitales públicos es

de +4.146 camas para esos años frente el de hospitales privados que es de 4.130 camas.

Figura 4: Hospitales públicos vs privados



Fuente: Indicadores Hospitalarios. MSSSI. Gobierno de España.

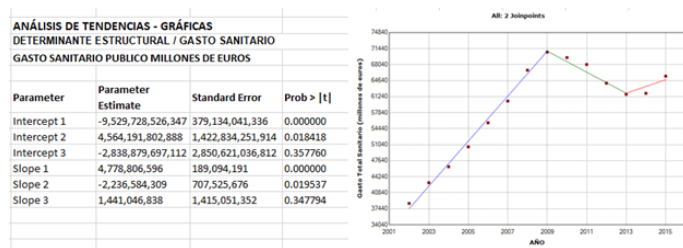
Del análisis de estos determinantes se podría inferir que la gestión privada está alineada con una idea de economía de mercado, que queda muy destacada por la inmediatez en la respuesta, lo cual viene confirmado por el análisis de correlaciones entre PIB (V1) y número de hospitales privados (V32.2): correlación dinámica y de influencia, de orden 1 (retardo de un año): a menos PIB, menos número de hospitales privados.

Paralelamente al incremento en el número de hospitales y camas públicas la gestión pública repercutió fundamentalmente en el gasto sanitario durante los años de crisis. Así el gasto sanitario en

hospitales, incluido el de remuneración de personal hospitalario, presenta tendencia negativa desde 2009, siendo la pendiente negativa de remuneración de personal sanitario hospitalario estadísticamente significativa.

La gestión del gasto público en sanidad (figura 5) fue de inmediatez y calado; determinantes con pendiente positiva de crecimiento desde 2002 hasta 2009 cambia de tendencia (para disminuir) ese año hasta el 2013 de forma significativa.

Figura 5: Gasto Sanitario Público (millones de euros)



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. MSSSI. Gobierno de España

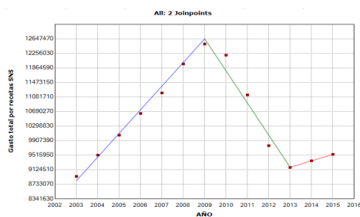
Se observa correlación cruzada entre los determinantes de PIB per cápita (V1) y gasto público en sanidad (V45.1); correlación dinámica de influencia del PIB en el gasto público en sanidad, con un retardo de 12 años, aunque también presenta relación instantánea (correlación de orden “0”) entre ambos determinantes; a menor PIB, menos gasto público en sanidad.

Se observa también correlación cruzada entre los determinantes de PIB per cápita y personal vinculado con hospitales, tanto públicos como privados; correlación dinámica de influencia, con un

retardo de 13 años para los públicos (fundamentalmente a los 2 años, aunque también presenta relación instantánea (correlación de orden “0”) entre ambos determinantes: a menor PIB, menor cantidad de personal vinculado con hospitales públicos y con tan solo 1 año para los privados. La correlación cruzada entre los determinantes de PIB per cápita y personal vinculado con hospitales privados (a menor PIB, menor cantidad de personal vinculado con hospitales privados al siguiente año).

Figura 6: Gasto Total en recetas del SNS (euros)

ANÁLISIS DE TENDENCIAS - GRÁFICAS			
DETERMINANTE ESTRUCTURAL / GASTO SANITARIO			
Gasto total recetas SNS (Euros)			
Parameter	Parameter Estimate	Standard Error	Prob > t
Intercept 1	-1,265,698,127,092,990	41,372,316,816,587	0.000001
Intercept 2	1,750,522,107,598,690	122,716,553,850,658	0.000031
Intercept 3	-340,640,633,278,952	245,860,253,575,778	0.224520
Slope 1	636,309,392,915	20,629,420,003	0.000001
Slope 2	-865,044,631,321	61,022,647,308	0.000031
Slope 3	173,784,350,734	122,045,294,615	0.213764



Fuente: Indicadores Hospitalarios. MSSSI. Gobierno de España

Como hemos comentado anteriormente, uno de los daños colaterales de la crisis sobre los beneficiarios del sistema nacional de salud es resultado de una medida para el control del gasto farmacéutico que se materializó con la implementación del “copago farmacéutico”. Esto introdujo un cambio sustancial en el sistema de participación del usuario en el coste de la prestación farmacéutica, de manera que vinculó los niveles de renta con los porcentajes de copago. El impacto de su entrada en vigor lo analizamos a través del número de recetas y del gasto farmacéutico (figura 6), apreciándose un descenso de ambos parámetros del 12,5% y del 13,4%, respectivamente, para el periodo de junio 2012 a agosto 2013. Sin

embargo, a partir del 2013 el gasto total por recetas del sistema nacional de salud (SNS) muestra un punto de cambio de tendencia con pendiente positiva durante los últimos años, si bien no presenta hasta la fecha significación estadística.

4.6. Indicadores de Salud

Al analizar los 52 indicadores de salud seleccionados (17 asistenciales y 35 clínicos) se observa que no hay cambio alguno de tendencia en los años estudiados para 34 indicadores (65,3% de los mismos), y no existe cambio de signo en sus pendientes en 43 indicadores (82,6%). Este primer análisis indica que el impacto de la crisis económica sobre los indicadores de salud seleccionados ha sido menor del que habríamos podido esperar de acuerdo con las numerosas fuentes secundarias revisadas.

Resaltamos dentro de los indicadores de salud asistenciales: Frecuentación en AP, que disminuye significativamente desde el 2007 al 2015. Frecuentación Pediatría en AP, disminuye significativamente desde el 2007 al 2015. Frecuentación enfermería en AP, disminuye desde el 2007 al 2015. Frecuentación en Atención Especializada, aumenta desde el año 2000 de forma significativa con 2 cambios de tendencia, ambos positivos en el 2008 y 2011. Frecuentación en Hospital de día, aumenta desde el año 2010 al 2015 de forma significativa. Primeras Consultas en Hospitales, aumenta significativamente desde el año 2002. Consultas en Hospitales, aumenta significativamente desde el año 2002. Y estancia media en Hospitales, Disminuye significativamente desde el año 2002.

Aumenta significativamente el número de quirófanos en funcionamiento desde 2002 (+12,5% anual) y disminuyen significativamente las camas en funcionamiento desde el 2002. Aparente contradicción que deja de ser tal por la disminución

significativa de la estancia media en hospitales también desde el 2002.

En el caso de los indicadores de salud clínicos: Incidencia de tuberculosis, enfermedad meningocócica, rubeola, tétanos y varicela: disminuyen significativamente en todos los años estudiados. Morbilidad por asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y trastornos mentales: disminuyen en todos los años estudiados, así como la mortalidad general, infantil, neonatal, por cardiopatía isquémica, cerebrovascular, por enfermedad hepática crónica, por EPOC, por neumonía e influenza. Mortalidad por diabetes mellitus e intrahospitalaria por neumonía: disminuyen en todos los años estudiados. Sobrepeso en adultos: disminuye. Proporción de recién nacidos a término con bajo peso, peso insuficiente en adultos y obesidad en adultos: aumenta.

Es sin duda la salud mental el área que más bibliografía aporta al hacer búsquedas anidadas de los términos crisis económica y salud, indicando una asociación directa o potencialmente directa de las situaciones de crisis económica y deterioro de la salud mental.

En España se ha informado de un aumento de los problemas de salud mental debidos a la crisis económica, lo cual no coincide con nuestro análisis conforme a los datos para este indicador (incidencia de trastornos mentales) en las fuentes primarias seleccionadas, si bien es cierto que solo hay datos en estas fuentes primarias gubernamentales para 2006, 2009, 2011 y 2014.

Por otro lado, y de forma contradictoria nos encontramos que el número total de dosis definidas de antidepresivos, hipnóticos y sedantes aumenta significativamente durante los años estudiados, de nuevo con datos oficiales aportados para pocos años (2012-2016). Pero esta contradicción en salud mental ha quedado también evidenciada en el análisis bibliográfico global.

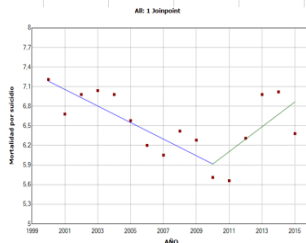
Al comparar nuestros datos con las potenciales expectativas que la OMS refiere en lo que respecta a crisis económica y salud mental,

que pueda aumentar el número de suicidios y tasas de muertes por alcohol, vemos que nuestros datos no lo corroboran.

Las fuentes secundarias muestran evidencia en algunos casos de que la crisis económica (o sus derivados: austeridad fiscal, desempleo y sus consecuencias) puede aumentar la mortalidad por suicidio y los intentos de suicidio, pero también hemos encontrado artículos que, aun reconociendo dichos nexos, no encuentran clara relación entre crisis económica y aumento en la tasa de suicidio.

Figura 7: Mortalidad por suicidio (por 100.000 habitantes)

ANÁLISIS DE TENDENCIAS - GRÁFICAS			
INDICADORES DE SALUD / CLÍNICOS			
Tasa de mortalidad ajustada por edad por suicidio, por 100 000 hab.			
Parameter	Parameter Estimate	Standard Error	Prob > t
Intercept 1	260,854,123	75,143,118	0.005227
Intercept 2	-376,564,199	216,747,234	0.110206
Slope 1	-0.126835	0.037487	0.006105
Slope 2	0.190288	0.107674	0.104876



Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud. MSSSI. Gobierno de España

Con respecto a la mortalidad por suicidio (figura 7) nuestro análisis comprende datos desde el año 2000 al 2015 y se observa una tendencia negativa desde el año 2000 al 2010, estadísticamente significativa, que se interrumpe a partir de 2010. Un reciente estudio nacional publicado en 2017 sobre la asociación entre desempleo y suicidio y su relación con el ciclo económico (1998-2014) encontró una asociación positiva, pero en el periodo previo a la crisis, y tan solo en hombres, pero no encontraron ninguna correlación positiva para el periodo 2008-2014 ni en hombres ni en mujeres.

Es destacable que el grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público presenta una única pendiente positiva, estadísticamente significativa, desde el año 2004 al 2015. En consecuencia, la repercusión de la crisis económica en los determinantes estructurales seleccionados no se ha traducido en una insatisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público.

Los datos de salud autopercebida presentan para los años estudiados una pendiente positiva, estadísticamente significativa, entre los años 2004 y 2011. Se observa correlación cruzada entre los determinantes “dificultades para llegar a fin de mes” y “salud autopercebida”; correlación dinámica e influyente con un retardo de 2 años en el empeoramiento de los datos de salud autopercebida.

CONCLUSIONES

La crisis económica ha repercutido de forma negativa en varios determinantes sociales económicos clave en España, como paro, tasa de pobreza, tasa de riesgo de pobreza o exclusión social y tasa de población con dificultades para llegar a fin de mes y junto al PIB, han influido de forma negativa en determinantes sociales demográficos que confluyen en un estancamiento de la población residente en España, siendo esta en el año 2017 similar a la del año 2009. Los datos de todos los determinantes sociales demográficos analizados condicionaron la financiación estatal con una pérdida de ingresos por cotizaciones a la Seguridad Social. Además, la implementación de medidas legislativas como el “copago farmacéutico” y la revisión de los criterios de “asegurado” han socavado el estado del bienestar.

De todos los determinantes e indicadores estudiados son los determinantes estructurales los que mayor número de puntos de cambio de tendencia presentaron a lo largo de los años de la crisis económica.

Del análisis de los 52 indicadores de salud estudiados se confirma lo siguiente: todos los análisis de mortalidad disminuyen, casi siempre significativamente, en los años estudiados. La mortalidad por suicidio se reduce desde el año 2000 al 2010, Es el ámbito hospitalario (frente a la atención primaria) donde más ha incidido la crisis al detectarse aumentos en la frecuentación a la atención especializada, a hospitales de día y a consultas hospitalarias, así como en reingresos y actos quirúrgicos. Se observa empeoramiento únicamente en los siguientes indicadores de salud: bajo peso al nacer, peso insuficiente en adultos, obesidad en adultos e incidencia de tosferina.

Por lo anterior, se concluye que la crisis económica 2008-2014, habiendo impactado en determinantes sociales y estructurales críticos, no ha incidido negativamente en la salud de los residentes en España durante los años estudiados. Han sido las estructuras del sistema sanitario sobre las que más ha repercutido esta crisis económica. El sistema sanitario español ha sido lo suficientemente robusto para asegurar la salud de los residentes españoles, haciendo frente a los desafíos de la crisis económica de forma efectiva. Además, el grado de satisfacción de los residentes en España con el sistema sanitario ha mejorado ininterrumpidamente desde el año 2004 hasta el año 2015.

BIBLIOGRAFÍA

- Andrés, A. (2005). Income inequality, unemployment, and suicide: A panel data analysis of 15 European countries. *Appl Econ.*, (37): 439-51.
- Ayuso-Mateos, J., Pita-Barros, P. y Gusmao, R. (2013). Financial crisis, austerity and health in Europe. *Lancet*, (382): 391-392.
- Bambra, C. y Eikemo, T.A. (2009). Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship

- between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *J. Epidemiol. Comm. Health*, (63): 92-98.
- Benzeval, M., Judge, K. y Should, S. (2001). Understanding the relationship between income and health: How much can be gleaned from cross-sectional data? *Social Policy & Administration*, (35): 376-396.
- Ettner, S. (1996). New evidence on the relationship between income and health. *Journal of Health Economics*, 15 (1): 67-85
- Euzéby, A. (2010). Crisis económica y protección social en la Unión Europea: más allá de lo evidente, *Revista Internacional de Seguridad Social*, 63(2): 81-97.
- Fountoulakis, K., Grammatikopoulos, I., Koupidis, S., Siamouli, M. y Theodorakis, P. (2012). Health and the financial crisis in Greece. *Lancet*, 379 (9820):1001-1002.
- García, M. (2014). Mortality rates or sociomedical indicators? The work of the League of Nations on standardizing the effects of the Great Depression on health. *Health Policy Plan*. 29 (1): 1-11.
- Hossain, N., Byne, B., Campbell, A., et al. (2011). *The impact of the global economic downturn on communities and poverty in the UK*. York: Joseph Rowntree Foundation. Pp. 1-55.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Papanicolas, I., et al. (2011). Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet*, 378 (9801): 1457-1458.
- Legido-Quigley, H., Otero, L., La Parra, D., et al. (2013). Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*; 346: 2363.
- Librero, J., Segura, A. y López-Valcárcel, V. (2014). Suicides, hurricanes and economic crisis. *Eur. J. Public Health*, 24:183.
- Lock, K., Stuckler, D., Charlesworth, K., et al. (2009). Potential causes and health effects of rising global food prices. *BMJ*, 339: 269-72.
- Mayoral Cortés, J.M. (2013). *Vigilancia epidemiológica en la crisis económica. Sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía*. Madrid: Servicio de Epidemiología y Salud Laboral.

- OMS. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Informe Final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*.
[https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084?locale-attribute=fr&](https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084?locale-attribute=fr)
- Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E. y Borrel, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS, *Gaceta Sanitaria*, 28, Suppl 1:124-131.
- Reeves, A., Stuckler, D., McKee, M., Gunnell, D., Chang, S. y Basu, S. (2012). Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *Lancet*, 380: 1813-1814.
- Ruhm, C.J. (2003) Good times make you sick. *J. Health Econ.*, 22: 637-658.
- Suhrcke, M., Stuckler, D., Suk, J.E., et al. (2011). The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. *PLoS ONE*. 6(6): e20724
- Tapia Granados, J.A. y Díez Roux, A.V. (2009). Life and death during the Great Depression. *PNAS*, 106 (41): 17290-17295.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequalities*. London: Routledge.