

Autores:

Juan Luis Ruiz-Giménez. Centro de Salud Vicente Soldevilla–SERMAS. Responsable autonómico del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Madrid
Daniel García Blanco. Movimiento ATD Quarto Mundo España
Marta Sastre Paz. CMS Villaverde. Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid
Edith Pérez Alonso. Centro Salud Nájera. La Rioja

Para contactar:

Juan Luis Ruiz-Giménez
jluis@nodo50.org

Introducción

El derecho a la salud es más amplio que el derecho a la atención sanitaria. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) define que la salud depende en gran medida de la cantidad y calidad del trabajo, de la vivienda, de la alimentación, de la educación y del bienestar social dentro de un ambiente de paz y desarrollo social. Por tanto, la salud de cualquier población depende mucho más de intervenciones económicas, sociales y políticas que de las intervenciones meramente sanitarias, y la estrategia más eficaz en la reducción de la mortalidad y morbilidad es precisamente la reducción de las desigualdades sociales.

Sin embargo, el modelo de desarrollo y de acumulación capitalista, junto con las orientaciones neoliberales predominantes de los diferentes poderes públicos, aprovechando el contexto de crisis económica, tienen un gran impacto en la salud de las personas y de las comunidades.

Criterios de análisis

Crisis económicas, modelo desarrollo y riesgos para la salud

Una primera reflexión es si la situación de crisis económica plantea, en el modelo de desarrollo, cambios que afronten los riesgos que para la salud tiene dicho modelo, como son los «problemas de salud del crecimiento», como por ejemplo hábitos nocivos para la salud (sobrepeso, alcohol, tabaco, sedentarismo, competitividad, violencia, etc.), más tráfico con accidentes y contaminación y más riesgos laborales y medioambientales. Pero desgraciadamente no parece que para solucionar la crisis se esté pensando en hacer un replanteamiento del modelo desarrollo y buscar alternativas para conseguir un mundo más sostenible y equitativo.

Hay un debate interesante sobre el tema como bien señala Javier Segura en su blog¹: «La mejora de la salud durante las crisis económicas: un fenómeno contraintuitivo». Durante la década anterior se repitió el mantra de que las crisis económicas eran buenas para la salud. Así lo señalaban Ruhm²; Suhrcke, Stuckler³ e, incluso, Tapia Granados⁴. Este último estimó que un incremento del 5% de la tasa de paro en el Estado español se asociaba a una reducción del 0,55% de la mortalidad, lo que suponía que se habían salvado 1.800 vidas. En cuanto a la relación entre desempleo y mortalidad por causas, encontró en España una asociación estadística, que confirmaron posteriores estudios basados en datos de varios países europeos: la mortalidad por accidentes de tráfico es procíclica (más muertes por tráfico en momentos de expansión económica) y los suicidios son contracíclicos (más suicidios en momentos de recesión económica).

Pero todos estos estudios eran agregados (ecológicos) y estaban sujetos a la falacia ecológica; así que quizá pueden servir para elaborar hipótesis, pero para confirmarlas hacen falta estudios que eliminen los factores de confusión.

Existen estudios⁵ recientes, en concreto sobre el caso de Grecia, cuyos resultados muestran el efecto combinado de la recesión y las políticas de «austeridad» impuestas por la troika (Comisión Europea, Fondo Monetario Internacional [FMI] y Banco Central Europeo) sobre la mortalidad. La tasa de suicidios aumentó un 17% y la cifra de homicidios se duplicó en 2007-2009, mientras que han disminuido las muertes por accidentes de tráfico.

También se han acumulado evidencias epidemiológicas sobre el impacto para la salud de las crisis y cuáles son las mejores políticas para minimizar el daño. Según estos estudios de Stuckler y McKee⁶, las crisis económicas tienen impactos adversos en la salud cuando se dan tres circunstancias:

**NO PARECE QUE
PARA SOLUCIO-
NAR LA CRISIS SE
ESTÉ PENSANDO
EN HACER UN
REPLANTEAMEN-
TO DEL MODELO
DESARROLLO**

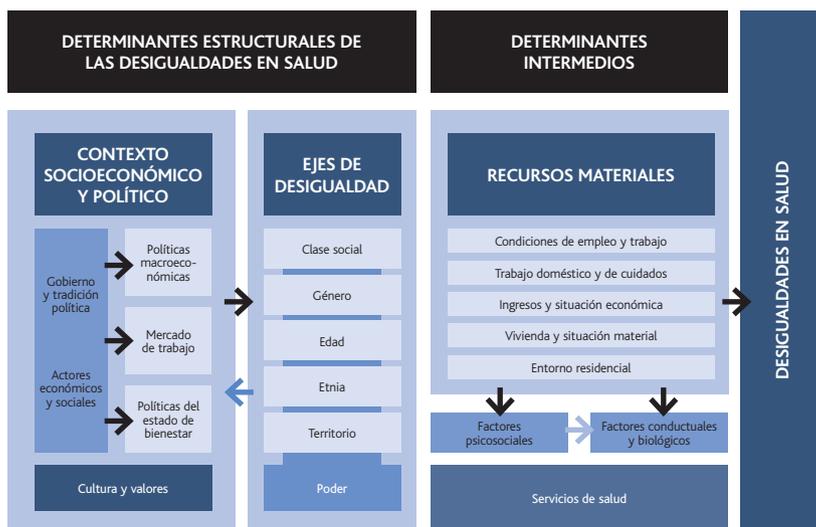


Figura 1. Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en: Solar e Irwin, 2007.

En España hemos entrado en una dinámica que recoge estos tres puntos: políticas de ajuste rápido, disminución del gasto social y debilitamiento de las redes de prevención y apoyo (social, educativo y de salud). Vamos de cabeza a un escenario de aumento de la morbimortalidad.

Desigualdades sociales en salud: sus determinantes

Las desigualdades sociales en salud son aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Estas desigualdades son el resultado de las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud entre los colectivos socialmente menos favorecidos.

Basándonos en el modelo que adoptó¹⁰ la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España¹¹, para señalar los factores determinantes de las desigualdades en salud (figura 1), podemos distinguir entre determinantes estructurales, contexto socioeconómico y político, y determinantes intermedios, que afectan a la estratificación social y la distribución de poder y los recursos, que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud, y por tanto van a impactar directa o indirectamente en la salud, influyendo en procesos psicosociales, como la falta de control, la autorrealización o las situaciones de estrés, y en las conductas con influencia en la salud.

Mirando la figura y analizando las políticas económicas y sociales actuales, es fácil comprender y ver los efectos perjudiciales que van a tener al aumentar los factores que influyen en las desigualdades sociales en salud. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son enormes y responsables de un exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos. Las personas de clases desfavorecidas y los inmigrantes de países de renta baja presentan peor salud percibida, más enfermedades y más mortalidad, y esto va a deteriorarse. Es importante remarcar que las desigualdades en salud no afectan solo a quienes están en una situación de mayor exclusión y pobreza, sino que existe un gradiente social en salud que atraviesa

NUMEROSOS ESTUDIOS CIENTÍFICOS MUESTRAN QUE LAS DESIGUALDADES EN SALUD SON ENORMES

- a) **Los cambios económicos son rápidos.** Como se pudo comprobar en la crisis económica y social que siguió al derrumbe de la Unión Soviética (1989-1999)⁷, cuando disminuyó en gran medida la esperanza de vida de la ciudadanía.
- b) **Capacidad de amortiguación débil.** Las crisis económicas tienen un menor coste en salud si las redes sociales formales e informales de bienestar social consiguen amortiguar el efecto. Estamos hablando de las redes sociales informales (familia, amigos, vecinos, voluntariado social, afiliación vecinal y sindical, etc.), políticas de protección social y de empleo y de los programas preventivos para los sectores de mayor vulnerabilidad. En España, los estudios sociológicos⁸ muestran que en el Estado español la fortaleza del apoyo informal de las redes sociales, y en especial la familiar, es todavía muy potente y un activo esencial para amortiguar los efectos de la crisis. La cohesión social es buena para la salud.
Obedecer a rajatabla las directrices de ajuste económico del Banco Mundial y el FMI en la crisis del Sudeste asiático (1997)⁹ tuvo un coste: la mortalidad aumentó en Tailandia e Indonesia, pero no así en Malasia, donde no se había reducido el gasto social
- c) **Facilidad de acceso a drogas y alcohol.** La crisis post-Unión Soviética coincidió con un abaratamiento del alcohol y el aumento de las patologías asociadas al abuso de alcohol (intoxicaciones etílicas, hepatitis, cirrosis, etc.).

toda la escala social y que determina que los niveles de salud para cada grupo social sean peores que los de quienes están por encima y mejores que los de quienes están por debajo (figura 2). Además, en aquellos ámbitos donde se ha estudiado, estas desigualdades van en aumento, ya que la promoción de la salud es mayor en las clases sociales más aventajadas¹². Pero esto no es algo irreversible, ya que de hecho hay evidencia de que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas¹³.

Sistema sanitario

El Sistema de Salud es uno más de los determinantes sociales de salud, y aunque no es el más relevante ni por sí solo puede reducir las desigualdades sociales en salud, no debe desestimarse su potencial contribución a este objetivo. Una igualdad en el acceso a los servicios sanitarios, una atención proporcional a las necesidades y el trabajo conjunto con otros sectores pueden conseguir un efecto estimable en el camino hacia la equidad efectiva en salud¹⁵. Asimismo, una limitación en el acceso al sistema sanitario puede convertirse en causa de un aumento de la brecha social y en salud entre los más y los menos favorecidos.

Los sistemas basados en la AP han mostrado que contribuyen con mayor efectividad a reducir las desigualdades que otros modelos, como bien señaló Barbara Starfield¹⁶.

Sin embargo, desde hace dos décadas se produce una infiltración progresiva de las tesis neoliberales con respecto a los «derechos», la solidaridad, el valor de los servicios públicos y la supuesta mayor eficiencia del sector privado. Se busca un cambio de modelo sanitario que se agudiza con la excusa de la crisis.

Este cambio se concreta en el campo de la sanidad en:

- Financiación del sector sanitario público insuficiente. Se ha acordado disminuir el gasto de la sanidad pública del 6,4% del producto interior bruto (PIB) actual al 5,5 del PIB de entre 2012 y 2014, lo que nos coloca en niveles del siglo pasado. Esto nos lleva a un déficit y una deuda sanitaria progresiva, y por tanto a la justificación de más medidas restrictivas y de recortes presupuestarios para ir disminuyendo progresivamente el sector de servicio sanita-

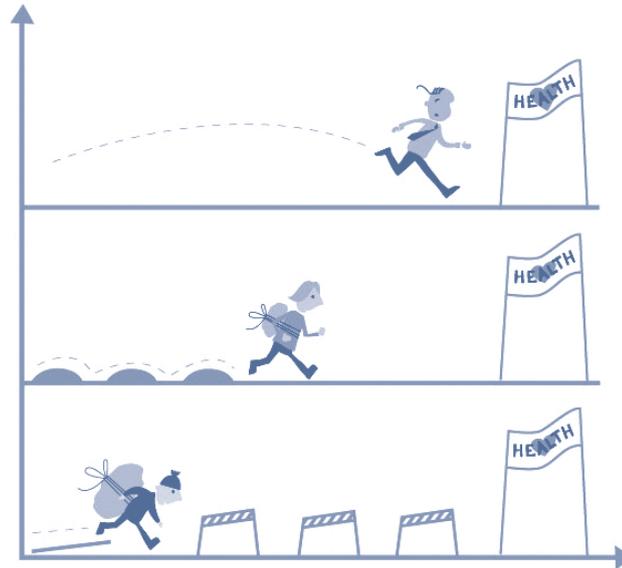


Figura 2. Diferencias de esfuerzo para alcanzar la salud según sector social. Fuente: Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2006.

rio público. Todo ello lleva a una progresiva deslegitimación social (por listas de espera, inseguridad, yatrogenias, trato «cansino» y deshumanizado, etc.).

- Limitar la amplitud del derecho a la asistencia sanitaria de los ciudadanos residentes en el país según diversos criterios y categorías y restringir la amplitud de las prestaciones sanitarias incluidas en el sistema público. El Real Decreto Ley 16/2012, de 20 abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud introduce medidas que cambian el modelo sanitario en varios aspectos esenciales. Esto promueve la exclusión social y sanitaria de un sector social más vulnerable y deteriora su salud.
- Cercenar y/o limitar el derecho de la ciudadanía a la participación comunitaria en la planificación y control del sistema en su conjunto y de los servicios. Por ejemplo, se han eliminado los órganos de participación y control sanitario en los territorios y servicios.
- Privatización del «sector público»: aumentar el peso y la influencia del sector privado y de los agentes económicos y del mercado en el sector de los servicios sanitarios a través de diversos instrumentos a pesar de que se ha demostrado que las instituciones privadas con ánimo de lucro son más ineficaces, ya que solo presentan mejores resultados en confort y lista de espera¹⁷.
- Cambios de valores sociales con respecto a la salud y sus determinantes, la culpabilización

LOS SISTEMAS
BASADOS EN
LA ATENCIÓN
PRIMARIA HAN
MOSTRADO QUE
CONTRIBUYEN
CON MAYOR EFEC-
TIVIDAD A REDUCIR
LAS DESIGUALDA-
DES QUE OTROS
MODELOS

SI SE DEBILITAN LAS REDES SOCIALES FORMALES, LAS REDES INFORMALES, COMO LA FAMILIA, SE SOBRECARGAN AÚN MÁS PARA AMORTIGUAR EL GOLPE

del enfermar, la relación con las nuevas tecnologías, la medicalización de la vida, el valor de lo público y su estigmatización y el papel del ciudadano.

Efectos en España

Aumento de las desigualdades en salud entre grupos sociales

En estos tiempos de crisis, la pobreza y la desigualdad se han agravado considerablemente. En 2011, el 21,8% de la población española vivía bajo el umbral de la pobreza, lo que supone un incremento del 2,2% sobre 2008.

En cuanto a la desigualdad, en este período, la distancia entre la renta del 20% más rico de la población y el 20% más pobre ha aumentado más que en cualquier otro país de la Unión Europea. De hecho, ha aumentado el doble que en Francia y el triple que en Alemania. En otros países, en situación más similar a la española, como Portugal, Grecia e Irlanda, la desigualdad ha disminuido en este período. De manera gráfica (figura 3), la desigualdad de renta entre el 20% más rico de la población y el 80% más pobre ha evolucionado de esta manera:

- Deterioro de la red de centros, profesionales y organizaciones de intervención social y comunitaria y aumento de la carga del apoyo informal. El aumento de las desigualdades sociales en salud unido a la disminución de acciones comunitarias que se está dando ya (reducción de servicios y dispositivos sociales, educativos y sanitarios) favorece que la brecha existente sea cada vez mayor.

Si se debilitan las redes sociales formales, las redes informales, como la familia, se sobrecargan aún más para amortiguar el golpe. En una cultura como la nuestra, en la que la mujer es la que principalmente se hace cargo de este apoyo familiar (cuida a los hijos mayores que no encuentran trabajo, a los padres ancianos, normalmente en casa), con una menguada ayuda del Estado, es de prever un impacto importante en la salud (física, pero sobre todo mental) de las mujeres españolas. La vuelta de personas ancianas de las residencias a los hogares y la pérdida de ayudas para la dependencia y el cuidado de niños incrementarán las desigualdades de género, obligando a un porcentaje de mujeres a renunciar a su desarrollo profesional para poder hacer frente a las tareas de cuidados⁸.

- Aumento de la morbilidad de la población por deterioro de las condiciones de vida y por déficit del sistema de protección social. Esto propicia un aumento de la vulnerabilidad de los sectores sociales más bajos en la escala social y un incremento de la pobreza, la marginación y los hábitos insalubres. Se ha calculado que por cada 80 euros recortados por persona en ayudas a personas desempleadas, con discapacidad, jubiladas, familias e infancia, la mortalidad general puede incrementarse casi un 1% (0,99%), la debida a problemas relacionados con el alcohol puede subir un 2,8%, las muertes por tuberculosis aumentarían un 4,3% y la mortalidad cardiovascular un 1,2%¹⁸.

En países como Finlandia y Suecia, cuando el desempleo subió, bajó la tasa de suicidio. Muy al contrario de lo que ocurre en España, donde la tasa de suicidio ha sido positiva, y con el máximo valor de la serie: 0,59. Stuckler y su equipo llegaron a la conclusión de que la diferencia se debía a los niveles de protección social. Cuando la inversión en políticas activas de empleo en los países de la Unión Europea supera los 140 euros per cápita, un aumento del 3% en el desempleo no afecta a las tasas de suicidio¹⁹.

- Aumento de los «malestares de la vida cotidiana», con disminución de los recursos personales y sociales para abordarlos, lo que promueve el aumento de la patología de salud mental como sufrimiento, ansiedad, depresión, suicidio, etc., y el incremento de hábitos tóxicos y dependencia a drogas. En España, los datos más recientes de suicidio disponibles son de 2008, y se manifiesta un repunte importante en el marco de una tendencia descendente desde 1997. El grupo

S80/S20

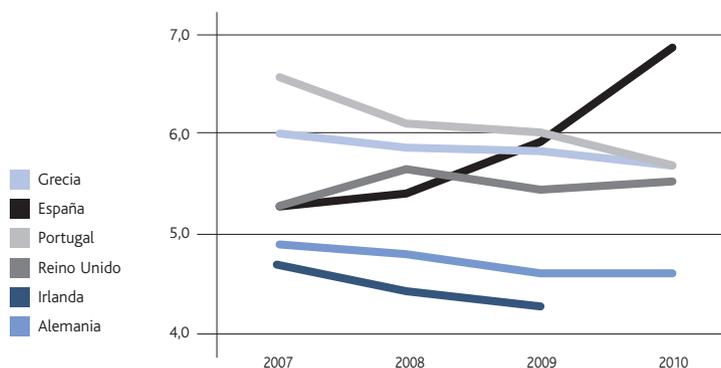


Figura 3. Desigualdades de renta entre el 80% más pobre de la población y el 20% más rico. Fuente: Eurostat.

que ha sufrido un mayor aumento en la tasa (dos puntos y medio más) es el de 45 a 54 años.

- Incremento de la incidencia de enfermedades infecciosas. En este momento se está dando un repunte de la incidencia de la tuberculosis, de la infección por VIH y de infecciones de transmisión sexual, habiendo un riesgo manifiesto de que las limitaciones en el acceso y en el enfoque de la atención den lugar a un problema de salud pública.
- El aumento del estrés está propiciando alteraciones inmunológicas y sus consecuencias.
- Incremento de los factores de riesgo cardiovascular con aumento de la morbimortalidad cardiovascular y cerebrovascular.
- El deterioro de las condiciones laborales y de la seguridad de los trabajadores y la precariedad en el empleo producen enfermedad por aumento de accidentes y enfermedades profesionales, como *mobbing* o ir a trabajar en malas condiciones de salud. Los estudios sobre este tema son escasos y contradictorios.
- Puede llegar a producirse, o ya se está produciendo, un deterioro en el funcionamiento del Sistema Sanitario Público que puede tener las siguientes consecuencias:
 - Retraso en acudir a la asistencia y las consecuencias que pueda tener en la salud del ciudadano y en la salud pública de la población (mayor morbilidad y mortalidad).
 - Aumento de la mortalidad sanitariamente evitable. Es decir, aquellas causas de mortalidad que actualmente no deberíamos permitir, al ser evitables con una eficaz y básica atención sanitaria (muertes maternas, perinatales, por apendicitis, hernias, infección intestinal, tuberculosis, etc.). Ésta sería la última frontera entre crisis y mortalidad.
 - Fragmentación de la asistencia en diversos servicios con discontinuidad en la misma y falta de integralidad y coordinación.
 - Pérdida de capacitación, desmotivación y cansancio de profesionales y trabajadores sanitarios con implicaciones en el quehacer profesional.
 - Deterioro del trato personalizado y humanizado de las relaciones entre profesionales y ciudadanía.
 - Insatisfacción ciudadana. Aumento del porcentaje de población que siente que el sistema no le satisface y debe modificarse y que busca otras soluciones alternativas.
 - Incremento de los efectos adversos del sistema sanitario en la población como las yatrogenias, listas de espera que se convierten en

riesgos, utilización inadecuada de recursos y deterioro de la calidad asistencial.

- Ineficiencia en la utilización de los servicios y recursos. Acudir más a urgencias y hospitales y menos a los centros de AP; etc.

Consideraciones finales

Existe evidencia del daño que la situación actual está generando. Es innecesario, injusto, insolidario y no ético, y los más perjudicados son los que más ayuda necesitan (los que «menos tienen»). Es, además, un daño evitable. No es cierto lo que nos quieren vender de que «no hay otra opción» y de que solo se pueden hacer así las cosas. Es urgente y necesario investigar sobre el posible impacto sobre la salud que tendría la adopción de medidas políticas de control de la economía financiera y medidas de redistribución económica.

Hace falta crear o fortalecer un sistema de información sanitaria que permita ver y analizar los efectos y sus consecuencias en los distintos sectores sociales.

La toma de conciencia sobre la importancia de los determinantes sociales en la salud a los que puede conducir la situación actual nos debe empujar a ampliar el campo de visión de lo sanitario, de manera que se puedan ir desarrollando estrategias de trabajo en red con otros ámbitos, profesionales y ciudadanos comprometidos en campos tan esenciales para la salud como la educación, la vivienda, el trabajo, lo social, etc.

Es un momento para fortalecer el modelo público, pero mejorándolo. Hacerlo de verdad sostenible (modelo público educativo, social y sanitario). Defendemos el derecho universal a la salud y al Sistema Sanitario Público, ya que con él lograríamos mejorar la salud de todas las personas.

El sector profesional debe comprometerse activamente y hacer abogacía por la salud y labor de *lobby*. Tenemos una clara responsabilidad ética.

Bibliografía

1. Segura J. Mortalidad y crisis económica: una compleja relación. En blog Salud pública y algo más. Disponible en: <http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/03/11/133156>. [Consulta: 10 de septiembre de 2012.]

EXISTE EVIDENCIA
DEL DAÑO QUE LA
SITUACIÓN ACTUAL
ESTÁ GENERANDO

2. Ruhm CJ, Are recessions good for your health? Quarterly Journal of Economics. 2000;115:617-50.
3. Suhrcke M, Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. Soc Sci Med. 2012 Jan 4. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 22226605.
4. Tapia J. Recessions and mortality in Spain, 1980-1997. Eur J Popul. 2005;21:393-422.
5. Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. Lancet. 2011 Oct 22;378(9801):1457-8. Epub 2011 Oct 9.
6. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. Ulster Med J. 2009 Sep;78(3):142-5.
7. Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. Lancet. 2001;357:917-21.
8. Durán MA. El trabajo no remunerado en la economía global. Madrid: Fundación BBVA; 2010.
9. Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis. Lancet 2009;373(9661):399-407.
10. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health, April 2007.
11. Borrell C, Malmusi D, Artazcoz L, Díez E, Pasarín M, Rodríguez-Sanz M. Comisión para Reducir Desigualdades en Salud en España. Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones de la Comisión. Rev Comunidad. 2011;(13):77-82.
12. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
13. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health n° 2. Denmark; 2006.
14. Norwegian Ministry of Health and Care Services. National strategy to reduce social inequalities in health. Report No. 20 (2006-2007) to the Storting; 2006.
15. Hernández I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26(S):6-13.
16. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83:457-502.
17. Devereaux PJ. A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals. CMAJ. 2002 May 28;166(11):1399-406.
18. Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. BMJ. 2010;340:c3311.
19. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health impact of economic crises and alternative policy responses in Europe: An empirical analysis. Lancet. 2009;374(9686):315-23.



Boletín de suscripción

Suscríbese a la única revista especializada en acción comunitaria

¡POR SÓLO 12 EUROS!



Nombre/Apellidos		
Entidad	NIF/NIE	
Domicilio	Población	CP
Provincia	Teléfono	
E-mail (mayúsculas)		
Profesión	Centro de trabajo	
FORMA DE PAGO		
<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria a semFYC	Código cuenta cliente: 2100 0965 56 0200082705	
<input type="checkbox"/> Domiciliación bancaria	Código cuenta cliente:	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Visa	<input type="checkbox"/> Mastercard
Nº		Caducidad
SI PRECISA OTRA FORMA DE PAGO, NO DUDE EN CONTACTAR CON NOSOTROS. semFYC TEL.: 933 17 03 33		
Este boletín debe ser remitido debidamente cumplimentado a semFYC. C/ Diputació 320, Bajos, 08009 Barcelona. También puede solicitarlo por fax: 933 17 77 72		
Condiciones: Revista 9,5 € (IVA incluido). Gastos de envío 2,5 €		