

Crisis financiera, austeridad y salud en Europa

Marina Karanikolos, Philipa Mladovsky, Jonathan Cylus, Sarah Thomson, Sanjay Basu, David Stuckler, Johan P Mackenbach, Martin McKee...



La crisis financiera en Europa ha planteado importantes amenazas y oportunidades a la salud. Trazamos los orígenes de la crisis económica en Europa y las respuestas de los gobiernos, examinamos su efecto en los sistemas de salud y repasamos los efectos de las crisis económicas anteriores en la salud para predecir las posibles consecuencias para el presente. A continuación, comparamos nuestras predicciones con los datos disponibles sobre los efectos de la crisis en la salud. Aunque se previeron aumentos inmediatos en el número de suicidios y reducción en las muertes de tráfico, otras consecuencias, tales como brotes de VIH, no lo fueron, y se explican mejor como consecuencia de los recortes públicos. Grecia, España y Portugal adoptaron una estricta austeridad fiscal; sus economías continúan decreciendo y el estrés de sus sistemas de sanidad es cada vez mayor. Cada vez son más frecuentes los suicidios y los brotes de enfermedades infecciosas en estos países, al mismo tiempo que los recortes presupuestarios han restringido el acceso a los servicios de salud. Por el contrario, Islandia rechazó la austeridad mediante votación popular y la crisis financiera parece haber tenido pocos o ningún efecto discernible sobre la salud. Aunque hay muchas diferencias que pudieran confundir entre los países, nuestro análisis sugiere que, a pesar de que las recesiones suponen riesgos para la salud, la interacción de la austeridad fiscal con la crisis económica y la debilidad de la protección social es lo que parece en última instancia acrecentar la crisis sanitaria y social en Europa. Las decisiones políticas sobre la forma de responder a las crisis económicas tienen efectos profundos e imprevistos en la salud pública. Sin embargo, la opinión de los profesionales y usuarios de la sanidad pública no se ha escuchado durante la crisis económica.

Introducción

La crisis económica que sufre Europa desde 2008 ha generado preocupación por la salud de la gente común. A pesar de más de 100 años de investigación sobre los efectos de las turbulencias económica en la salud, no se comprende por completo la relación entre ambas. Se revisan brevemente los orígenes de la crisis financiera y examinamos lo que los países europeos han hecho en términos de política sanitaria para responder, con especial atención a los cambios en los sistemas sanitarios. En ausencia de datos completos sobre la salud durante esta crisis, adelantamos lo que puede esperarse que ocurra sobre la base de experiencias anteriores, y revisamos lo que ha ocurrido en realidad (en la medida que se puede determinar). Se concluye con recomendaciones para el desarrollo de una epidemiología de la resiliencia/1-

es decir, la comprensión de cómo las personas, los hogares, las comunidades y las sociedades en su conjunto hacen frente a circunstancias económicas difíciles y las crisis, y cómo las políticas de sanidad pública puede mejorar los resultados de salud en este contexto.

Las causas de la crisis financiera

La crisis financiera era evitable. La Comisión de Investigación de la Crisis Financiera /2 del Gobierno de los EE.UU. ha realizado el análisis más exhaustivo de la crisis económica. Se centró en los acontecimientos en los EE.UU., pero es ampliamente aceptado que los mismos provocaron la crisis en Europa; sin embargo, los problemas específicos de los países europeos agravaron la situación. La Comisión Investigadora de la Crisis Financiera llegó a la conclusión de que la crisis fue causada por un exceso de inversiones en valores respaldados por hipotecas en base a las valoraciones de las hipotecas de alto riesgo que fueron mal administradas (a veces de manera fraudulenta). En una reacción en cadena, el aumento de las tasas de interés provocó quiebras de los deudores, lo que llevó a la quiebra de los bancos y al derrumbe de los mercados de la vivienda y la bolsa (panel 1). A principios de 2008, casi 9 millones de propietarios de viviendas en Estados Unidos debían más que el valor de

sus propiedades /3. Más y más propietarios de viviendas dejaron de pagar sus préstamos y el valor de los títulos respaldados por hipotecas se hundió /4. Dado que muchos títulos con garantía hipotecaria se vendieron en Europa, la crisis en el sector inmobiliario de EE.UU. se extendió rápidamente a los bancos europeos. Países como Irlanda, España e Italia, en los que se habían desarrollado las llamadas burbujas inmobiliarias infladas de manera similar por tipos de interés artificialmente bajos (en parte debido a su pertenencia a la zona euro), se encuentran entre los más afectados, ya que la demanda de viviendas cayó de golpe y los bancos se derrumbaron a continuación.

Estas crisis financieras condujeron rápidamente a las crisis económicas. En 2009, el producto interno bruto (PIB) se redujo en términos reales en todos los países de la Unión Europea (UE), excepto Polonia; el descenso medio fue del 4,3%, pero las pérdidas oscilaron entre el 1,9% en Chipre y el 17,7% en Letonia /5. Entre 2007 y 2010, el desempleo aumentó considerable y rápidamente: por ejemplo, un 3% en Portugal, Eslovaquia y Bulgaria, 4% en Dinamarca, Hungría y Grecia, 5% en Islandia, el 9% en Irlanda, 12% en España y Estonia, 13 % en Letonia, y 14% en Lituania /5.

La caída de los ingresos fiscales y el aumento del gasto (especialmente en el rescate de los bancos, pero en cierta medida por los costes del desempleo) en los países afectados aumentaron los déficit públicos. Algunos países adoptaron políticas de austeridad, e hicieron grandes recortes en el gasto público. Las políticas de austeridad, incluyendo recortes a gran escala y las reformas del sector público, se impusieron como condición previa por la llamada troika (es decir, el Fondo Monetario Internacional, la Comisión Europea y el Banco Central Europeo) para los paquetes de rescate financiero, en los países en los que eran necesarios, es decir, Grecia, Irlanda y Portugal.

Las políticas de austeridad aplicadas han sido muy controvertidas (panel 2), y el más reciente informe del Fondo Monetario Internacional sobre las *Perspectivas Económicas Mundiales* /9 demuestra que la austeridad ha afectado el crecimiento económico mucho más negativamente que lo que se creía, aconsejando relajar estas políticas. En particular, los países que optaron por estímulos fiscales (por ejemplo, Alemania) se han recuperado con mayor rapidez: un hallazgo interpretado por muchos comentaristas como prueba de que hay una alternativa a la austeridad (figura 1) /11.

Efectos sobre los sistemas de salud

Se han hecho muchos trabajos de investigación para establecer cómo la crisis económica afecta a los indicadores de salud, pero se ha investigado poco hasta ahora lo que puede suceder a los sistemas de salud /12. Por lo tanto, hay que desarrollar hipótesis comprobables teóricas para contrastarlas con los datos empíricos. Cuando se enfrentan a una crisis fiscal, los responsables políticos se ven presionados para mantener, disminuir o aumentar el gasto público en salud (y también para reasignar fondos dentro del sistema de salud) /13. Los cambios en los presupuestos públicos en sanidad pueden implicar varios instrumentos de

política (o combinaciones de los mismos), que tienen efecto en la prestación de servicios financiados públicamente.

En un estudio /13 de las respuestas de los sistemas de salud a la crisis financiera global (a partir de marzo o abril de 2011), se envió un cuestionario a expertos en políticas de salud (la mayoría de ellos en universidades, oficinas nacionales de la OMS, y ONGs) en todos los estados miembros de la región europea de la OMS para reunir información sobre las reacciones políticas, es decir, aquellas decididas directamente, en parte, o tal vez en respuesta a la crisis. Estos datos fueron analizados y verificados, y demostraron que los países europeos han respondido a la crisis financiera de varias maneras. Dentro de la UE, algunos países (por ejemplo, la República Checa, Estonia, Italia, Lituania, Eslovaquia), estaban mejor preparados que otros, debido a las medidas fiscales adoptadas antes de la crisis. Estos países fueron capaces de recurrir a políticas anticíclicas, pudiendo utilizar reservas financieras destinadas a la salud o vinculando las subvenciones de los gobiernos a los grupos económicamente inactivos a ganancias de años previos /14. En otros países, los presupuestos de salud fueron protegidos (Bélgica, Dinamarca) o congelados (el Reino Unido, aunque el gasto real disminuyó, a pesar de las afirmaciones del gobierno), mientras que otros sectores experimentaron recortes /13.

Algunos países utilizan la crisis para reducir costes, especialmente en el sector farmacéutico y hospitalario. Por ejemplo, los gobiernos de Austria, Letonia, Polonia y Eslovenia fortalecieron su posición en las negociaciones de precios con las compañías farmacéuticas, y los de Dinamarca, Grecia, Letonia, Portugal y Eslovenia aceleraron la reestructuración de su sector hospitalario /13. Algunos países (por ejemplo, Chipre, Grecia, Irlanda, Lituania, Portugal, Rumania) recortaron o congelaron (por ejemplo, Inglaterra, Eslovenia) los sueldos de los profesionales de la salud, o redujeron la tasa de incremento salarial (por ejemplo, Dinamarca) /13. Estas políticas podrían exacerbar los desequilibrios salariales entre países (según el cambio relativo de los salarios en los países de inmigración neta en comparación con los países de emigración neta) o dentro de los países (si los salarios del sector salud caen a un ritmo diferente de los salarios del sector privado), lo que podría aumentar la fuga de cerebros de trabajadores de la sanidad.

Inicialmente no se hicieron cambios importantes en el ámbito de las prestaciones (es decir, el paquete de los servicios prestados a la población que están cubiertos por el estado) o los beneficiarios (es decir, la población cubierta por el Estado) de la cobertura de salud, aunque se hicieron algunas reducciones (generalmente de menor importancia). Así, en algunos países, ciertos servicios se han retirado de la cartera de prestaciones (por ejemplo, la fertilización *in vitro* y la fisioterapia en los Países Bajos) /13. En algunos países los beneficios para los grupos de bajos ingresos se han ampliado (por ejemplo, Moldavia) /13. Sin embargo, otros países -en concreto, la República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Letonia, los Países Bajos, Portugal, Rumania y Eslovenia- redujeron la extensión de la cobertura mediante el establecimiento o el aumento de co-pagos o tasas por algunos servicios de salud en respuesta a la crisis. En la mayoría de los países la escasez de datos y los posibles efectos retardados implica que la evaluación de los efectos de estas reformas en el acceso a la atención y los indicadores de salud aún no es posible. Sin embargo, la evidencia de la literatura médica más amplia sugiere consecuencias probables. Los aumentos en las tarifas de los usuarios son una causa particular de preocupación, ya que aumentan la carga financiera de los hogares /15 y, probablemente, reducen el acceso a prestaciones de alto valor y de bajo valor por igual, sobre todo de las personas con ingresos bajos y de usuarios frecuentes de los servicios de salud, aun cuando las tasas de co-pago son bajas /16 /17. La introducción o el aumento del co-pago y tasas a los usuarios en la atención primaria o ambulatoria especializada podría empeorar los indicadores de salud y dar lugar a un mayor uso de servicios intensivos pero gratuitos, por ejemplo los servicios de emergencia, pero requiere muchos recursos. Por lo tanto, el ahorro de costes tiene poca incidencia en una mayor eficiencia.

Algunos países han aumentado los impuestos sobre el alcohol o el tabaco, o ambos. Detrás de estas medidas suele haber una combinación de motivos, como el aumento de los ingresos fiscales y la promoción de la salud. Por ejemplo, en 2012, aumentaron los impuestos al alcohol en Finlandia y el Reino Unido, donde la mortalidad relacionada con el alcohol ha aumentado en la década del 2000 /18 /19. Los cigarrillos y el alcohol tienen una elasticidad de precio menor a uno. El aumento de los impuestos en ambos genera ingresos adicionales y reduce el consumo,

ofreciendo así una doble ventaja a los gobiernos que se enfrentan a una caída de los ingresos públicos y el aumento de problemas relacionados con el alcohol debido a la crisis financiera /20. Algunos países (por ejemplo, Finlandia, Francia, Hungría) han introducido impuestos sobre los refrescos, pero estos impuestos son pequeños, y, en Francia, el impuesto es explícitamente una medida de recaudación de ingresos y no de promoción de la salud (se aplica igualmente a las bebidas con edulcorantes artificiales).

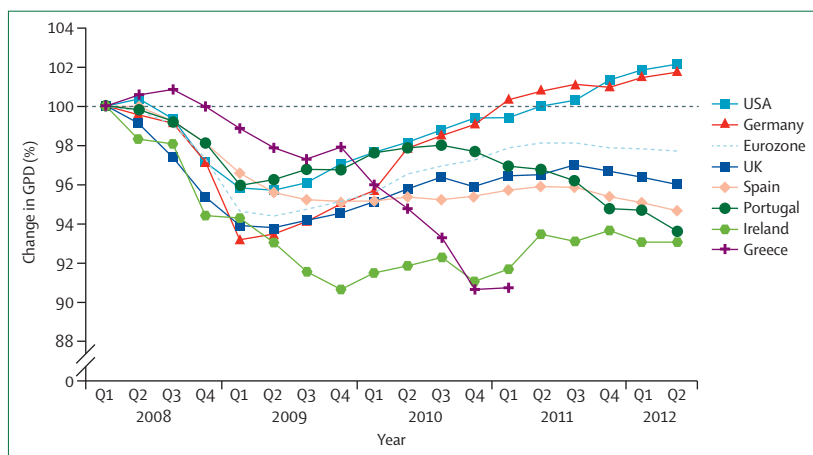


Figura 1: Cambios en el PIB de los países seleccionados, 2008-12

PIB en el 1er trimestre de 2008 = 100%. Fuente: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico /10. PIB = Producto Interno Bruto. Q = trimestre.

Las crisis económicas anteriores y las expectativas sobre las consecuencias para la salud

La investigación sobre los efectos en la salud de las recesiones anteriores ha producido resultados que pueden parecer contradictorios. Algunos datos agregados muestran que las fases de recesión económicas podrían tener pocos efectos adversos en la salud en general en los países de altos ingresos, e incluso que la mortalidad podría disminuir cuando la economía se ralentiza y aumentar cuando recupera su crecimiento /21 /24. Estos efectos sobre la salud se han observado a corto plazo, en varios entornos; el alcance de los efectos varía según el grupo de edad /25, sexo/ 26 y enfermedad / 27 y depende de los indicadores utilizados para medir los cambios económica /28-31. Aunque estos resultados se han considerado contraintuitivos por algunos investigadores /32, una posible explicación es que las recesiones mejoran los comportamientos relacionados con la salud, proporcionando un aumento del sueño y el tiempo de ocio, que se pueden utilizar para actividades que mejoran la salud (por ejemplo, ejercicio), y hacen que las personas reduzcan el consumo de alimentos poco saludables y el alcohol (porque tienen menos dinero) y conducen menos (lo que resulta en un menor número de muertes por accidentes de tráfico).

Otra investigación sobre las fluctuaciones económicas en Europa, que también se basan en datos agregados /33 muestran que el empeoramiento del empleo y otros indicadores económicos (PIB por persona, horas trabajadas y mediciones alternativas del paro), inciden en la mortalidad por causas específicas de diferentes maneras. Un aumento del desempleo del 1% se asoció con un aumento de los suicidios y los asesinatos, pero disminuyen las muertes por accidente de tráfico, mientras que un aumento del 3% o más se asoció con un aumento de las muertes relacionadas con el alcohol. Los efectos del aumento del desempleo no fueron uniformes y se podrían haber mitigado sustancialmente con programas de protección social /33. Dos países, Finlandia y Suecia, destacan especialmente porque disociaron rápidamente el rápido aumento del desempleo en la década de 1990 con las tasas de suicidio (que continuaron disminuyendo) /32 /34. Ambos países mostraron un fuerte compromiso de apoyo social durante épocas de crisis -por ejemplo, a través de programas activos de inserción en el mercado laboral-, y estos programas podrían haber tenido efectos protectores en la salud de la población /35 /36.

Se pueden obtener resultados similares a través de investigaciones específicas, lo que demuestra que el desempleo afecta negativamente a la salud. Por ejemplo, la prevalencia de problemas psicológicos en las personas desempleadas (34%) es más del doble que en las personas empleadas (16%) /37 y los efectos negativos del desempleo sobre la salud mental son menores en los países con un fuerte sistema de protección del empleo que en aquellos con escasa protección laboral. Los problemas de salud en los grupos de desempleados es en parte resultado de la reducción de los recursos financieros /38 /39, ya que la pérdida de ingresos puede conducir a una mala nutrición y, potencialmente, a problemas de acceso a la atención sanitaria. Martikainen y Valkonen /40 han demostrado que, cuando los factores demográficos y socioeconómicos se mantienen invariables, los desempleados tienen un mayor índice de mortalidad que los que tienen trabajo. Según Morris y sus colegas /41, la duración del desempleo se correlaciona con un mayor riesgo de mortalidad. El desempleo se asocia con un aumento de conductas poco saludables /41-43 y afecta a la salud mental /44, con un aumento de desórdenes psicológicos y de conducta /41 /45 y el incremento del riesgo de enfermedades psicosomáticas y suicidios /39 /46 /47.

El contraste de los resultados a nivel individual y generales de algunos estudios han generado controversia, sobre todo porque algunas de las mejoras en salud observadas en los análisis de las crisis económicas no corresponden a mecanismos biológicos obvios, como por ejemplo la reducción de las muertes por cáncer. Los efectos adversos sobre los grupos más vulnerables de la población pueden ser enmascarados por las mejoras en otros grupos /48.

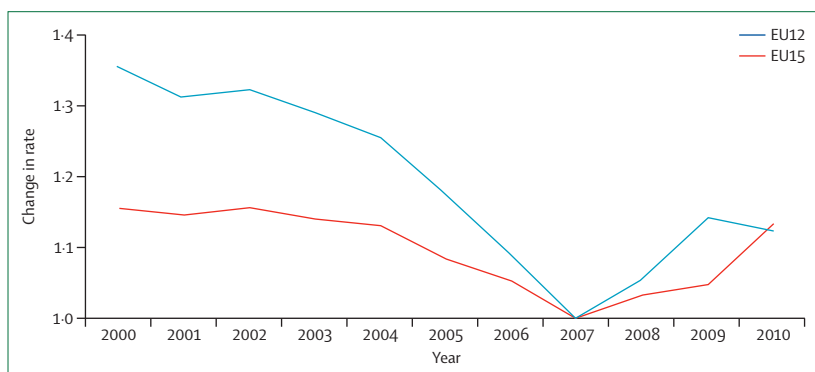


Figura 2: Las tasas de suicidio antes y después de 2007 en la UE-12 y UE-15

Fuentes: Base de Datos de Mortalidad OMS /62 y Eurostat (de Francia, Grecia y Luxemburgo para 2010) /5. No hay datos disponibles para Italia y Dinamarca para 2010. Tasa de suicidio en 2007 = 1. Los datos se ajustaron con respecto a las poblaciones de los países.

Hay que tener cuidado al extrapolar los cambios habituales en el ciclo económico a las crisis económicas a gran escala. El análisis de las grandes crisis previas en el siglo XX podría ayudar a anticipar los efectos sobre la salud de las grandes crisis económicas. La investigación acerca de la salud de los estadounidenses durante la Gran Depresión puso de manifiesto que, a pesar de que los suicidios se hicieron más comunes, la mortalidad total se redujo (impulsada por la disminución de las enfermedades infecciosas y los accidentes de tráfico) /49. El análisis a nivel estatal mostró que los suicidios y las muertes de tráfico se asociaron con quiebras de bancos locales. Sin embargo, investigaciones anteriores estudiaron los índices de mortalidad en toda la nación, lo que enmascaró el aumento de suicidios porque se reducían al mismo tiempo las enfermedades infecciosas y no transmisibles, como resultado de la transición epidemiológica que no estaba relacionado con la crisis financiera /50.

La desintegración de la Unión Soviética fue seguida por el colapso económico en las repúblicas sucesoras /51 /52, que tuvo consecuencias devastadoras en la salud de la población en toda la región. La mortalidad aumentó hasta en un 20% en algunos países. Las caídas en la esperanza de vida era mayor en los países donde las transiciones socioeconómicas eran más rápidas /53, y fueron causadas por las políticas de choque privatizadoras (un hallazgo similar a los de las diferentes regiones de Rusia y la ex Unión Soviética /54. En cierta medida, las consecuencias adversas fueron mitigadas en los países con altos niveles de afiliación a

sindicatos, grupos religiosos, o clubes deportivos, los cuales son ampliamente utilizados como indicadores del capital social.

El efecto de los cambios económicos en la salud depende de en que medida las personas están protegidas de sí mismas, de los daños que puedan infligirse. La Gran Depresión coincidió con la prohibición del alcohol en los EE.UU., lo que hizo difícil obtener bebidas alcohólicas. Por el contrario, después de la desintegración de la Unión Soviética, la amplia disponibilidad de alcohol barato en diversas formas alentó una cultura de consumo excesivo de alcohol en un momento de rápido cambio económico y social /55.

La anticipación de cualquier efecto sobre la incidencia de las enfermedades infecciosas es difícil debido a la compleja interacción entre las personas y los agentes patógenos y las muchas maneras en las que los agentes patógenos pueden ser afectados por los cambios económicos. Sin embargo, una revisión sistemática /56 mostró deterioro de los indicadores de enfermedades infecciosas durante la recesión económica, a menudo como resultado del empeoramiento de las condiciones de vida, el acceso restringido a la atención sanitaria o el mal seguimiento del tratamiento. Los bebés y las personas mayores de 65 años fueron los más susceptibles a infecciones, y algunos grupos de alto riesgo (por ejemplo, los emigrantes, las personas sin hogar, los presos) eran víctimas especialmente vulnerables de epidemias.

El mantenimiento del gasto en otros sectores podría ser tan importante como el de los presupuestos de sanidad para la protección de la salud de la población. Un estudio histórico /57 durante 25 años de países seleccionados de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico mostró que cada incremento de 100 dólares por persona/año en el gasto social se asoció con una disminución del 1,19% en los índices de mortalidad por cualquier causa. En los países que gastan menos de 70 dólares por persona -por ejemplo, España y los países que ingresaron en la UE desde 2004 (en su mayoría de Europa del Este) – hay una correlación entre el deterioro de la economía y el aumento de los suicidios. Pero en Finlandia y Suecia, en donde al menos se gastaron 300 dólares por persona, el cambio económico no tuvo efectos perceptibles a corto plazo sobre la salud de la población en general/33. Es importante señalar que estos hallazgos se refieren específicamente al gasto social más que al gasto público en general. El aumento del gasto social redujo significativamente la mortalidad por enfermedades relacionadas con circunstancias sociales (tales como las muertes relacionadas con el alcohol), mientras que el gasto sanitario no lo hizo. Por lo tanto, la reducción se debió a los gastos en áreas distintas a la salud, lo que sugiere que algunos aspectos de la salud de la población (por ejemplo, la salud mental) son más sensibles en el corto plazo al gasto en asistencia social que al gasto en sanidad. Un estudio /58 sobre el bienestar social y los suicidios en Europa mostró que un elevado gasto social disminuía los índices de mortalidad por suicidio y que la confianza de la población en los programas de bienestar social tenían un efecto preventivo en relación con el suicidio. El cambio económico provoca amenazas adicionales a la salud mental, como el desempleo, la pérdida de ingresos y la creciente deuda de los hogares. Aparte de asegurar servicios de salud mental accesibles y eficaces, estos riesgos pueden ser mitigados por los programas de bienestar social y apoyo familiar /59.

Los cambios en la salud

En contraste con la rapidez con la que se publican los datos económicos, a menudo transcurren varios años antes de que esté disponible la información sobre la salud de las poblaciones. Los datos más completos y precisos son las estimaciones de mortalidad. Los datos detallados por causas, grupos de edad y diferentes grupos de población pueden ayudar a detectar cambios en la mortalidad. Los datos de prevalencia de la enfermedad y la incidencia son menos precisos y más difíciles de comparar entre países que los datos de mortalidad, y, en muchas ocasiones, simplemente no están disponibles. El retraso de unos 2 años en la publicación de los índices de mortalidad y otros datos de salud significa que sólo los primeros efectos de la crisis son evidentes. Muchos países de Europa han sufrido recesiones prolongadas, y los recortes de los presupuestos de sanidad probablemente afectarán a los servicios y el bienestar económico de la población en el futuro. Por lo tanto, el alcance de las consecuencias en los países gravemente afectados se hará evidentes sólo dentro de algunos años.

Algunos efectos, sin embargo, ya son claros. La incidencia de los trastornos mentales se ha incrementado en Grecia y en España /60 /61 y la percepción subjetiva de la salud en general y el acceso a los servicios de salud han empeorado en Grecia /60. El número de suicidios en personas menores de 65 años ha crecido en la UE desde 2007, revirtiendo una tendencia a disminuir constante en muchos países (figura 2) /63. En los Estados miembros que se adhirieron a la UE en o después de 2004, los suicidios alcanzaron su punto máximo en 2009 y el índice se mantuvo alto en 2010, mientras que se observó un nuevo aumento en 2010 en los 15 Estados miembros de la UE anteriores a 2004. En Inglaterra, el aumento de los suicidios en 2008-10 se asoció significativamente con el aumento del desempleo, y dio lugar a unas 1,000 muertes adicionales según estimaciones /64.

Las personas más vulnerables son las de los países que se enfrentan a los mayores recortes en los presupuestos públicos y al aumento más importante del desempleo. Tanto la pérdida del empleo como el miedo a perderlo tienen efectos adversos sobre la salud mental /65, y la reducción de ingresos, el incremento de los costes de la atención sanitaria, y los recortes en los servicios sanitarios dificultan que los pacientes tengan acceso a tiempo a los mismos. Estos efectos se han observado en Grecia, España y Portugal (paneles 3-5). En Irlanda, que también fue rescatada por la troika, los efectos sobre la salud no son claros hasta ahora, pero la cobertura de salud para los pacientes mayores de 70 años se ha reducido (el derecho a las tarjetas sanitarias, que permiten a los titulares acceder a algunos servicios de forma gratuita, se ha eliminado para las personas con altos ingresos), se ha introducido el co-pago farmacéutico para los hogares de bajos ingresos y los beneficios de odontología se han reducido, lo cual probablemente afectará el acceso a estos tratamientos /89.

Tales efectos no son, sin embargo, inevitables. Islandia fue uno de los primeros países europeos en ser golpeado por la crisis financiera. Su ratio de deuda respecto al PIB aumentó del 28% en 2007, al 130% en 2011, y el valor de su moneda se redujo en un 35% antes de que se suspendiese la cotización. Sin embargo, en todas las fases de su respuesta, Islandia rechazó la ortodoxia económica que defiende la austeridad, se negó a hacerse responsable de la irresponsabilidad de unos pocos banqueros, y ha invertido en su gente por lo que, según los datos, han tenido muy pocas consecuencias adversas para la salud (cuadro 6). La opción de políticas de Islandia podría haber sido influenciada por las protestas generalizadas, en las que participó aproximadamente el 10% de la población, lo que sugiere una gran cohesión social. Sin embargo, los efectos en la salud y económicos de las opciones de política pueden ser evaluados de forma independiente a los factores determinantes. El estudio continuo de los países europeos más gravemente afectados por la crisis se justifica, ya que cada uno de ellos ha atravesado por circunstancias singulares. Grecia, durante muchos años, presentó datos falsos sobre el estado de sus finanzas públicas /93; Irlanda tenía un problema bancario importante, y el crecimiento económico se había estancado desde hace una década en Portugal.

Una crisis financiera podría provocar un aumento de las conductas saludables (por ejemplo, caminar, andar en bicicleta) y la reducción de las conductas de riesgo (por ejemplo, el consumo de menos alcohol o de tabaco). El aumento de los impuestos sobre el alcohol y el tabaco pueden favorecer la disminución del consumo de bebidas peligrosas /94 y de tabaco /95 /96. Un análisis /97 de los efectos de las políticas sobre el alcohol y la recesión económica en Estonia sugieren que la reducción en el consumo de alcohol desde 2008 fue el resultado de los efectos combinados de la crisis económica y el endurecimiento de las políticas sobre el alcohol desde 2005. Sin embargo, se observó una situación más compleja en un estudio /98 sobre la crisis económica en los EE.UU., en el que el número de personas totalmente abstemias ha disminuido, pero las borracheras han aumentado.

De acuerdo con la experiencia previa /33 /49, las muertes por accidentes de tráfico están disminuyendo en muchos países /63, porque los conductores utilizan un transporte más barato o reducen el número de viajes. La disminución de accidentes se manifiesta también en la escasez de donaciones de órganos y trasplantes en España, normalmente un país líder en ambos /99. La donación de órganos también ha disminuido considerablemente en Irlanda /100.

La excepción es el Reino Unido, donde se ha invertido una tendencia a la disminución a largo plazo de las muertes por tráfico, a pesar de que este cambio coincide con el abandono por parte del gobierno de objetivos de seguridad vial /101.

Mirando hacia el futuro

Se observaron los primeros signos de recuperación en el sector financiero global en 2009 /102. Sin embargo, la economía de muchos países aún no se ha recuperado, y el crecimiento de 2012 se prevé que sea mínimo en países como Francia, Alemania y el Reino Unido, y negativos en Islandia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal y España, entre otros. No se espera que Grecia comience a recuperarse antes de 2014. La ausencia de crecimiento económico significa la pérdida de ingresos y de empleo, y la reducción de la asistencia social para la gente común, lo que tiene consecuencias que pueden durar muchos meses, tiempo durante el cual la protección de la salud y el acceso a los servicios de atención social y sanitarios de los miembros más vulnerables de la sociedad son particularmente importantes.

Se pueden aprender varias lecciones. En primer lugar, en flagrante contraste con la disponibilidad de información sobre la economía, la falta de datos sobre morbilidad y mortalidad hasta la fecha hacen imposible determinar claramente los efectos inmediatos de la crisis en la salud de la gente, y la atención política se centra en los aspectos económicos. En segundo lugar, muy poco se ha investigado sobre las consecuencias sanitarias de la crisis y gran parte de lo que se ha hecho ha sido gracias a investigadores individuales sin financiación adicional. Los principales financiadores de la investigación en salud han estado ausentes de este esfuerzo. Existe una agenda de investigación potencialmente importante, y debe incluir la investigación de por qué algunas poblaciones parecen hacer frente y recuperarse de la crisis económica mejor que otras. La crisis financiera ha provocado una serie de crisis económicas que dieron lugar a muy diversas respuestas políticas y diferentes resultados en términos de salud, por lo que ha sido lo que se podría llamar un experimento cuasi natural para futuras investigaciones sobre los efectos de los cambios económicos en la salud y que respuestas políticas pueden mitigar los riesgos. Se pueden ampliar los indicadores múltiples de los conceptos de resiliencia -es decir, cómo los individuos, comunidades y sociedades enteras se adaptan positivamente a los impactos externos y crisis-, para incluir más determinantes sociales y económicos de la salud pública /103 . Esta concepción global de la resiliencia proporciona un marco explicativo que implica el bienestar físico, factores psicosociales y económicos que ayudan a las poblaciones a resistir y adaptarse a las amenazas para la salud pública, tales como la crisis económica.

Por último, las voces de la salud pública han estado en gran medida ausentes del debate sobre cómo responder. Muchos ministerios de sanidad han permanecido en silencio. La Dirección General de Sanidad y Protección de los Consumidores de la Comisión Europea, a pesar de su obligación legal de evaluar los efectos sobre la salud de las políticas de la UE, no ha evaluado los efectos de las políticas de austeridad de la troika y, en su lugar, ha limitado las declaraciones de la UE a consejos sobre cómo los ministerios de sanidad pueden recortar sus presupuestos. Una pequeña fuente de optimismo es que las organizaciones de la sociedad civil europea, incluidos los organismos profesionales, se han pronunciado acerca de los efectos adversos para la salud de los recortes presupuestarios a la sanidad y el gasto social /104. La pregunta es si alguien va a escuchar.

Mensajes clave

- Los efectos de salud pública de la crisis económica ya son visibles, sobre todo en los países más afectados por la recesión; sin embargo, Islandia ha evitado hasta ahora los efectos negativos para la salud.
- Los mecanismos de protección social fuertes (tanto formales como informales) pueden mitigar algunos de los efectos negativos de la recesión en la salud, como el aumento de los suicidios.
- Las medidas de austeridad pueden agravar en el corto plazo los efectos en la salud pública de la crisis económica, por ejemplo, a través de la reducción de costes o el aumento de la participación o co-pago en los costes de atención de la salud, lo que reduce el acceso y desplaza la carga financiera a los hogares.
- Las respuestas políticas a un conjunto similar de crisis económicas varían según los países y han dado lugar a diferentes resultados en la salud, creando el potencial para futuras investigaciones sobre cómo los cambios económicos afectan a la salud, las respuestas

políticas que puedan mitigar los riesgos, y por qué algunas sociedades son más resistentes que otras.

- Las crisis económicas y sus contramedidas tienen efectos pronunciados e imprevistos en la salud pública; sin embargo, los expertos en salud pública han permanecido en silencio en gran medida durante la crisis.

Panel 1: Las causas de la crisis financiera veredicto en los EE.UU.

- Fallos generalizados en la regulación y supervisión financiera resultaron devastadores para la estabilidad de los mercados financieros
- Hubo fallos sustanciales de gestión empresarial y gestión de riesgos en muchas instituciones financieras de importancia sistémica.
- Se sumaron un excesivo endeudamiento, inversiones de riesgo, y poca transparencia.
- El gobierno de EE.UU. no estaba preparado, y su respuesta inconsistente incrementó la incertidumbre y el pánico en los mercados financieros
- Hubo una ruptura sistémica en la responsabilidad y la ética.
- Colapsaron las normas para los préstamos hipotecarios y el mecanismo de titulización hipotecaria.
- Los derivados financieros a corto contribuyeron sustancialmente
- Las agencias de calificación crediticia fallaron

Fuente: Comisión de Investigación de la Crisis Financiera EE.UU. /2

Panel 2: enfoques adoptados por la troika en Grecia

En Grecia, el objetivo principal de la troika es lograr un superávit del 4,5% del producto interno bruto (PIB) en los próximos 3 años. En concreto, en 2012, Grecia tiene que aplicar recortes en el gasto del 1,5% del PIB, lo que equivale a 3,3 mil millones €. También tiene que ahorrar adicionalmente el 5,5% del PIB en 2013-2014 /6.

El plan de austeridad incluye importantes reformas en la fuerza de trabajo del sector público, con una reducción de 150.000 puestos de trabajo entre 2011 y 2015, 15.000 puestos de trabajo en 2012, y la congelación del empleo público. Los salarios mínimos se han reducido en más de un 20%.

El gasto social supone una proporción significativa del gasto público en Grecia y, por lo tanto, la mayor parte de las medidas de austeridad se llevarán a cabo en este sector. Las reducciones de las transferencias sociales se espera supongan un ahorro de alrededor de 4% del PIB, y se logrará principalmente a través de recortes de las pensiones, las prestaciones sociales y la eliminación de programas de apoyo social.

A pesar de que la salud se considere una cuestión de gobernanza interna, la troika ha exigido que el gasto público en sanidad no debe ser superior al 6% del PIB, estableciendo un precedente para la Unión Europea en la imposición del control sobre los sistemas nacionales de salud en estados miembros individuales /7. Los recortes principalmente provienen de la reducción del gasto público en medicamentos, la disminución de la fuerza de trabajo y cambios en la compra de servicios sanitarios. El objetivo era lograr un ahorro sustancial, en comparación con el año 2010, para finales de 2012, incluyendo una reducción del 25% en el gasto en bienes y servicios médicos a través de acuerdos de precios por volumen, la reducción del 50% en el personal administrativo en el sistema de seguridad social central y 25%

reducción de los médicos contratados por el sistema, la reducción de 30% en los costes de los servicios subcontratados a proveedores privados, la reducción de 15% en los costes hospitalarios, y la reducción de 25% en los salarios y tarifas de los médicos /8.

La reestructuración del sector hospitalario público en 2011, para generar nuevos ahorros y aumentar la eficiencia, incluye la eliminación o fusión de 370 unidades especializadas, la reducción de camas en los hospitales públicos de 35.000 a 33.000 (y otras 500 camas fueron designados para el uso prioritario de pacientes privados), la congelación de la contratación de nuevos médicos, y de la subcontratación de médicos privados por el sistema de salud pública para trabajar en los hospitales públicos una vez a la semana /8.

Panel 3: Consecuencias para la salud en Grecia

Se está acumulando evidencias del empeoramiento de la salud mental en Grecia en los últimos dos años. El Ministerio de Salud griego informó de un aumento del 40% de los suicidios entre enero y mayo de 2011, en comparación con el mismo período en 2010 (aunque a partir de una tasa inicial baja) /66. El resultado /67 de dos estudios transversales en todo el país, realizados en 2008 y 2009, respectivamente, mostraron que la prevalencia de 1 mes de trastornos depresivos mayores se duplicó durante este periodo y que las personas que enfrentan dificultades económicas graves son las que están en mayor riesgo.

Un estudio de Kentikelenis y colegas /60 demostró que la percepción subjetiva de la salud en general se ha deteriorado, más personas declararon su estado de salud como "malo" o "muy malo" en 2009 en relación con 2007. El deterioro de la percepción de la propia salud se informó también se comparó en un estudio transnacional a partir de 2006 con otro de 2011. La proporción de personas que sintieron que necesitaban, pero no pudieron tener acceso a la atención médica aumentó significativamente; los largos tiempos de espera, la distancia del viaje y la decisión de posponer la consulta hasta sentirse mejor fueron las principales razones para no buscar atención médica. Estas respuestas están fundamentadas en informes sobre recortes del 40% de los presupuestos de los hospitales, la escasez de personal y suministros médicos, y la corrupción en el sistema de salud /60. Los datos de utilización de los servicios de salud en 2009-11 mostraron aumentos en las admisiones a los hospitales públicos y caídas en las de los hospitales privados, ya que los pacientes no podían permitirse pagar un seguro privado de salud /69 /70. Aunque Grecia ha conseguido precios más baratos para muchos medicamentos genéricos mediante negociaciones con las empresas farmacéuticas, la escasez de medicamentos es general en las farmacias porque los proveedores mayoristas buscan mercados con mayores ganancias. Mientras tanto, los seguros de salud han retrasado el reembolso a las farmacias, lo que resulta en la acumulación de deudas, lo que obligó a las farmacias a pedir a los pacientes pagar los medicamentos en efectivo y posteriormente ser reembolsados por sus seguros. Este proceso continuó hasta que el Ministerio de Salud se comprometió a pagar algunos de las deudas /71 a las farmacias.

Un brote de VIH en usuarios de drogas inyectables que se inició en 2011 empeoró en 2012. Entre 2007 y 2010, se notificaron anualmente entre 10 y 15 nuevos casos de infección por VIH en usuarios de drogas inyectables en Grecia. El número de infecciones aumentó a 256 en 2011, y 314 en los primeros 8 meses de 2012 /72. La carencia de medios de prevención ha sido un importante factor a la hora de contribuir al aumento de la transmisión del VIH, y las organizaciones no gubernamentales informaron de la interrupción de los programas de intercambio de agujas y otras iniciativas de prevención desde el año 2008.

Las tarifas a los usuarios para las consultas externas han aumentado de € 3 a 5,73 € y muchos centros de salud los han cerrado /74. Los informes en la prensa sobre las consecuencias sociales negativas, como la falta de vivienda, la delincuencia creciente /75 /76 y la entrega de niños en centros de acogida se han vuelto más comunes /77.

El paquete de rescate prescrito por la troika llegó acompañado de condiciones de austeridad estrictas, incluyendo recortes en el bienestar social, la educación y la salud durante los próximos cinco años, dejando a Grecia con muy pocas opciones para contrarrestar la crisis social creciente.

Panel 4: España

Entre 2006 y 2010 /61, la prevalencia de trastornos de salud mental en las personas que acuden a la atención primaria se incrementaron de manera significativa, especialmente los de estado de ánimo, ansiedad, somatoformes y trastornos relacionados con el alcohol; el mayor aumento es el de la prevalencia de depresión grave. Gili y colegas /61 estiman que al menos la mitad del aumento de la asistencia a trastornos de salud mental puede ser atribuidos al desempleo individual o en la familia y las dificultades para pagar la hipoteca. La pérdida de ingresos de la familia afecta especialmente a los miembros más débiles y vulnerables de la sociedad. En Cataluña, entre 2005 y 2010, la proporción de niños en riesgo de pobreza aumentó del 20,6% al 23,7%, y de los que viven en familias sin empleo del 3,7% al 11,2% /78. Las familias están recurriendo cada vez más a organizaciones no gubernamentales para la alimentación, la vivienda, el empleo, el asesoramiento jurídico y el apoyo psicológico /78.

Se han producido cierres de servicios de salud y reducciones en el número de camas en los hospitales y las horas de trabajo en Cataluña /79. Se ha introducido el copago de los medicamentos para los jubilados y así como aumentos del coste compartido de medicamentos para las personas con ingresos más altos /80. Un Decreto Ley en abril de 2012 ha modificado la cobertura de salud universal por una cobertura en base al contrato al trabajo (sin intervención del parlamento). Una consecuencia de este Decreto ley es que cientos de miles de inmigrantes ilegales tendrán acceso únicamente a urgencias, maternidad y pediatría /81.

Panel 5: Portugal

El memorando de entendimiento entre la troika y el gobierno portugués establece entre sus condiciones un ahorro total de 670 millones de € en la atención sanitaria portuguesa y el gasto de medicamentos /82. Su objetivo son el gasto farmacéutico, recetas, mano de obra y el copago.

El objetivo para el gasto público en medicamentos es reducirlo al 1,25% del PIB para finales de 2012 (frente al 1,55% en 2010) y el 1% a finales de 2013. Los principales ahorros se han realizado en el gasto público farmacéutico minorista a través de medidas que incluyen la reducción de los precios, la promoción de la competencia, la prescripción y el control electrónico de las recetas /83. Además del congelamiento del salario en 2010, los ingresos de los empleados del sector público se redujeron en 2011 y 2012 .

Desde enero de 2012, el Gobierno portugués ha aumentado los copagos de los ciudadanos para las consultas de atención primaria de € 2,25 a 5,00 €, mientras que el coste de las visitas de emergencia subió de € 3,80 a 10,00 € en la atención primaria y de € 9.60 a € 20.00 en la secundaria %84. Aunque estos aumentos aparentemente se han introducido para reducir las visitas no urgentes e inapropiadas, alrededor del 15% de la población portuguesa no tiene acceso a los médicos generalistas, y dependen de los servicios de emergencia /84. Las tasas de usuario tienen un límite de 50 € por visita, pero hay excepciones para las personas con bajos ingresos, discapacidad y enfermedades crónicas (si la visita tiene que ver con su enfermedad), que están exentas de tasas /82. Los niños están exentos de estos costes en el sistema sanitario. Sin embargo, su bienestar pelagra debido a que los gastos de apoyo a las familias se redujeron en un 30% en 2011, y en enero de 2012 67.000 familias perdieron su derecho a la atención sanitaria pediátrica /85.

Las muertes en invierno de personas mayores de 75 años aumentó en un 10% en 2012 en comparación con 2011, lo que causó una fuerte alarma; posteriormente, sin embargo, el aumento se atribuyó a un mayor número de casos de gripe y una climatología inusualmente fría /86. Sin embargo, persiste la preocupación, ya que más del 40 % de los portugueses mayores de 65 años que viven solas son incapaces de mantener sus hogares con la adecuada calefacción /87. Algunos profesionales de la salud han sugerido que la reducción del acceso a los servicios de salud y la mala alimentación puede haber contribuido al aumento de las muertes, pero este punto de vista es discutido /88.

Panel 6: Islandia

¿Qué hubiera pasado si los gobiernos europeos se hubieran negado a rescatar a los bancos en quiebra? Cada país es diferente, pero la experiencia de Islandia es instructiva. A mediados de 1990, unos cuantos banqueros y políticos islandeses decidieron que la futura prosperidad de su país dependía de convertirse en un centro financiero internacional. Las estrictas regulaciones bancarias existentes fueron anuladas y los bancos atrajeron inversionistas de muchos países gracias a unas tasas de interés que parecían demasiado buenas para ser verdad. Algunos expertos, como el economista británico Robert Wade /90 predijeron los problemas, pero estas advertencias fueron desestimadas por las autoridades financieras internacionales. Cuando el mercado de hipotecas *subprime* de EE.UU. se derrumbó, los bancos islandeses se enfrentaron a pérdidas masivas. El Fondo Monetario Internacional (FMI) fue llamado en su ayuda y le recetó un paquete de rescate por lo que el Gobierno de Islandia asumiría la responsabilidad por las pérdidas de los bancos, lo que suponía pagos equivalentes al 50% de la renta nacional entre 2016 y 2023 a los gobiernos del Reino Unido y Holanda. El Gobierno de Islandia aceptó, pero el presidente se negó a firmar el acuerdo. Se llevó a cabo un referéndum, y el 93% de la población rechazó el plan de rescate. Los acreedores de los bancos islandeses estaban furiosos, el gobierno del Reino Unido invocó la legislación antiterrorista para congelar los activos de Islandia. Islandia dejó que el valor de su moneda, króna, se hundiera, por lo que el precio de las importaciones se dispararon, y muchos islandeses sufrieron importantes reducciones de ingresos. Sin embargo, los efectos sobre la salud fueron casi imperceptibles. Los suicidios no aumentaron. Cuando estalló la crisis, la frecuencia de las situaciones de emergencia cardíaca aumentaron ligeramente, pero este pico disminuyó en una semana /91. Una encuesta nacional sobre salud y bienestar muestra que la crisis tuvo pocos efectos en las percepciones de felicidad de la nación /92.

¿Cómo se puede explicar la ausencia de efectos adversos? En primer lugar, Islandia ignoró el consejo del FMI, y por el contrario invirtió en protección social. Esta inversión fue acompañada de medidas activas para que la gente volviese a trabajar. En segundo lugar, la dieta mejoró. McDonald abandonó el país a causa del aumento del coste de importación de cebollas y tomates (los ingredientes más caros en sus hamburguesas). Los islandeses comenzaron a cocinar más en casa (especialmente pescado, aumentando los ingresos de la flota pesquera del país). En tercer lugar, Islandia mantiene sus políticas restrictivas en materia de alcohol, una vez más en contra de los consejos del FMI. Por último, los islandeses se apoyaron en sus fuertes reservas de capital social, y todo el mundo se sintió más unido en la crisis. Aunque la extrapolación a otros países debe realizarse con cuidado, Islandia, al desafiar la ortodoxia económica en cada paso de su respuesta a la crisis, ha demostrado que existe una alternativa a la austeridad.

Colaboradores

MK redactó el documento sobre la base de un esquema desarrollado por MM y SD. MK, PM, y JC investigaron las respuestas a la crisis de los gobiernos europeos, con el aporte de ST y MM. MK analizó los datos y escribió los estudios de casos de países. El documento fue revisado por todos los autores.

Conflictos de interés

Los firmantes declaramos que no tenemos ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

DS obtuvo una subvención del proyecto EU-FP7DEMETRIQ.

Notas:

1 Luthar S, Cicchetti D, Becker B. The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev* 2000; 71: 543–62.

2 The Financial Crisis Inquiry Commission. The financial crisis inquiry report. Washington, DC: US Government Printing Office, 2011.

- 3 Andrews E, Uchitelle L. Rescues for homeowners in debt weighed. <http://www.nytimes.com/2008/02/22/business/22homes.html?pagewanted=all> (accessed Feb 7, 2013).
- 4 Obstfeld M, Rogoff K. Global imbalances and the financial crisis: products of common causes. Federal Reserve Bank of San Francisco Asia Economic Policy Conference; Santa Barbara, CA, USA; Oct 18–20, 2009.
- 5 European Commission. Eurostat statistics database 2012. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database (accessed Feb 12, 2013).
- 6 European Commission. The second economic adjustment programme for Greece. Occasional papers 94. Brussels: European Commission, 2012.
- 7 Fahy N. Who is shaping the future of European health systems? *BMJ* 2012; 344: e1712.
- 8 Economou C. The performance of the Greek healthcare system and the economic adjustment programme: “economic crisis” versus “system-specific deficits” driven reform. *Int J Soc Political Theory* 2012; 2: 33–68.
- 9 International Monetary Fund. World economic outlook, October 2012. Coping with high debt and sluggish growth. Washington, DC: International Monetary Fund, 2012.
- 10 Organisation for Economic Co-operation and Development. Statistics database, <http://www.oecd.org/statistics/> (accessed Feb 7, 2013).
- 11 McKee M, Karanikolos M, Belcher P, Stuckler D. Austerity: a failed experiment on the people of Europe. *Clin Med* 2012; 12: 346–50.
- 12 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.
- 13 Mladovsky P, Srivastava D, Cylus J, et al. Policy summary 5. Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: World Health Organization (on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies), 2012.
- 14 WHO Regional Office for Europe. Interim report on implementation of the Tallin Charter. Copenhagen: World Health Organization, 2011.
- 15 Wagstaff A, van Doorslaer E, Calonge S, et al. Equity in the finance of health care: some international comparisons. *J Health Econ* 1992; 11: 361–87.
- 16 Newhouse JP, Rand Corporation Insurance Experiment Group. Free for all?: lessons from the Rand Health Insurance Experiment. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1993.
- 17 Gemmill MC, Thomson S, Mossialos E. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity? Evidence from high-income countries. *Int J Equity Health* 2008; 7: 12.
- 18 Makela P, Osterberg E. Weakening of one more alcohol control pillar: a review of the effects of the alcohol tax cuts in Finland in 2004. *Addiction* 2009; 104: 554–63.
- 19 Davies SC. On the state of the public’s health 2011. London: Department of Health, 2012.
- 20 Lhachimi SK, Cole KJ, Nusselder WJ, et al. Health impacts of increasing alcohol prices in the European Union: a dynamic projection. *Prev Med* 2012; 55: 237–43.
- 21 Ruhm CJ. Are recessions good for your health? *Q J Econ* 2000; 115: 617–50.
- 22 Ruhm CJ. Good times make you sick. *J Health Econ* 2003; 22: 637–58. Gerdtham UG,
- 23 Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol* 2006; 4: 298–316.
- 24 Ruhm CJ. A healthy economy can break your heart. *Demography* 2008; 44: 829–48.
- 25 Joyce T, Mocan N. Unemployment and infant health: time-series evidence from the state of Tennessee. *J Hum Resour* 1993; 281: 185–203.
- 26 Chang SS, Gunnell D, Sterne JA, Lu TH, Cheng AT. 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; 68: 1322–31.
- 27 Waters H, Saadah F, Pradhan M. The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan* 2003; 18: 172–81.
- 28 Economou A, Nikolau A, Theodossiou I. Are recessions harmful to health after all? Evidence from the European Union. *J Econ St* 2008; 35: 368–84.
- 29 Svensson M. Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality? *Soc Sci Med* 2007; 65: 833–41.
- 30 Stuckler D, Meissner CM, King LP. Can a bank crisis break your heart? *Global Health* 2008; 4: 1.
- 31 Gerdtham UG, Johannesson M. Business cycles and mortality: results from Swedish microdata. *Soc Sci Med* 2005; 60: 205–18.
- 32 Catalano R, Bellows B. Commentary: if economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? *Int J Epidemiol* 2005; 34: 1212–13.
- 33 Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet* 2009; 374: 315–23.
- 34 Jantti M, Martikainen P, Valkonen T. When the welfare state works: unemployment and mortality in Finland. In: Cornia A, Panizza R, eds. *The mortality crisis in transitional economies*. Oxford: Oxford University Press, 2000: 351–69.

- 35 Vuori J, Silvonen J. The benefit of a preventive job search program on re-employment and mental health at two years follow-up. *J Occup Organ Psychol* 2005; 78: 43–52.
- 36 Westerlund H, Theorell T, Bergstrom A. Psychophysiological effects of temporary alternative employment. *Soc Sci Med* 2001; 52: 405–15.
- 37 Paul K, Moser K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. *J Vocational Behav* 2009; 74: 264–82.
- 38 Creed P. Improving the mental and physical health of unemployed people: why and how? *Med J Aust* 1998; 168: 177–78.
- 39 Ungváry G, Morvai V, Nagy I. Health risk of unemployment. *Central Eur JOEM* 1999; 5: 91–112.
- 40 Martikainen PT, Valkonen T. Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* 1996; 348: 909–12.
- 41 Morris J, Cook D, Shaper G. Loss of employment and mortality. *BMJ* 1994; 308: 1135–39.
- 42 Schuring M, Burdorf L, Kunst A, Mackenbach J. The effects of ill health on entering and maintaining paid employment: evidence in European countries. *J Epidemiol Community Health* 2007; 61: 597–604.
- 43 Hammarström A. Health consequences of youth unemployment—review from a gender perspective. *Soc Sci Med* 1994; 38: 699–709.
- 44 Stern J. The relationship between unemployment, morbidity and mortality in Britain. *Popul Stud (Camb)* 1983; 37: 61–74.
- 45 Theodossiou I. The effects of low-pay and unemployment on psychological well-being: a logistic regression approach. *J Health Econ* 1998; 17: 85–104.
- 46 Moser KA, Jones DR, Fox AJ, Goldblatt PO. Unemployment and mortality: further evidence from the OPCS longitudinal study 1971–81. *Lancet* 1986; 327: 365–67.
- 47 Junankar PN. Unemployment and mortality in England and Wales: a preliminary analysis. *Oxford Econ Papers* 1991; 43: 305–20.
- 48 Suhrcke M, Stuckler D. *Recession and health in Europe: what to expect?* London: London School of Economics and Political Science, 2009.
- 49 Fishback P, Haines M, Kantor S. Births, deaths, and new deal relief during the Great Depression. *Rev Econ Stats* 2007; 89: 1–14.
- 50 Stuckler D, Meissner C, Fishback D, Basu S, McKee M. Banking crises and mortality during the Great Depression: evidence from US urban populations, 1929–1937. *J Epidemiol Community Health* 2012; 66: 410–19.
- 51 Sachs J. *Understanding 'shock therapy'*. London: SM Foundation, 1994.
- 52 Wedel J. *Collision and collusion: the strange case of western aid to eastern Europe*. New York: Palgrave, 2001.
- 53 Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet* 2009; 373: 399–407.
- 54 Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L, Leon DA. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ* 1998; 317: 312–18.
- 55 Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, McKee M. The health implications of financial crisis: a review of the evidence. *Ulster Med J* 2009; 78: 142–45.
- 56 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.
- 57 Stuckler D, Basu S, McKee M. Budget crises, health, and social welfare programmes. *BMJ* 2010; 340: c3311.
- 58 Yur'yev A, Varnik A, Varnik P, Sisask M, Leppik L. Role of social welfare in European suicide prevention. *Int J Soc Welfare* 2011; 21: 26–33.
- 59 Wahlbeck K, McDaid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry* 2012; 11: 139–45.
- 60 Kentikelenis A, Karanikolos M, Papanicolas I, Basu S, McKee M, Stuckler D. Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy. *Lancet* 2011; 378: 1457–58.
- 61 Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health* 2013; 23: 103–08.
- 62 WHO (2012) Detailed mortality database. <http://www.who.int/whosis/mort/download/en/index.html> (accessed Feb 7, 2013).
- 63 Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet* 2011; 378: 124–25.
- 64 Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: time trend analysis. *BMJ* 2012; 345: e5142.
- 65 Reichert A, Tauchmann H. *The causal impact of fear of unemployment on psychological health*. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, 2011.
- 66 Economou M, Madianos M, Theleritis C, Peppou LE, Stefanis CN. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. *Lancet* 2011; 378: 1459.
- 67 Madianos M, Economou M, Alexiou T, Stefanis C. Depression and economic hardship across Greece in 2008 and 2009: two cross-sectional surveys nationwide. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 943–52.

- 68 Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health* 2012; published online Oct 23. DOI:10.1093/eurpub/cks143.
- 69 Karamanoli E. Debt crisis strains Greece's ailing health system. *Lancet* 2011; 378: 303–04.
- 70 Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *Eur J Public Health* 2012; 22: 4–5.
- 71 Karamanoli E. Greece's financial crisis dries up drug supply. *Lancet* 2012; 379: 302.
- 72 European Centre for Disease Prevention and Control. Risk assessment on HIV in Greece. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/20121130-Risk-Assessment-HIV-in-Greece.pdf> (accessed Feb 11, 2013).
- 73 Zarocostas J. Rise in user fees in Greece could reduce access to healthcare, charity warns. *BMJ* 2011; 342: d200.
- 74 Carassava A. Euro crisis: why Greece is the sick man of Europe. <http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-16256235> (accessed Feb 7, 2013).
- 75 Lowen M. Meeting the 'new homeless' on Greece's freezing streets. <http://www.bbc.co.uk/news/world-europe-16878756> (accessed Feb 8, 2013).
- 76 Glader P. Greeks vexed by growing crime. <http://www.spiegel.de/international/europe/a-symptom-of-the-crisis-greeks-vexed-by-growing-crime-a-796733.html> (accessed Feb 8, 2013).
- 77 Hadjimatheou C. The Greek parents too poor to care for their children. <http://www.bbc.co.uk/news/magazine-16472310> (accessed Feb 8, 2013).
- 78 Rajmil L. Destruction of a less developed welfare state and impact on the weakest, the youths (rapid response to McKee M, Stuckler D: The assault on universalism: how to destroy the welfare state). <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973?tab=responses> (accessed Feb 8, 2013).
- 79 Gene-Badia J, Gallo P, Hernandez-Quevedo C, Garcia-Armesto S. Spanish health care cuts: penny wise and pound foolish? *Health Policy* 2012; 106: 23–28.
- 80 Casino G. Spanish health cuts could create "humanitarian problem". *Lancet* 2012; 379: 1777.
- 81 Garcia Rada A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment. *BMJ* 2012; 344: e3196.
- 82 Pita Barros P. Health policy reform in tough times: the case of Portugal. *Health Policy* 2012; 106: 17–22.
- 83 Pita Barros P. Pharmaceutical market reforms in Portugal under the memorandum of understanding. *Eurohealth* 2012; 18: 33–36.
- 84 Augusto GF. Cuts in Portugal's NHS could compromise care. *Lancet* 2012; 379: 400.
- 85 Muiznieks N. Report of the Commissioner for Human Rights of the Council of Europe following his visit to Portugal from 7 to 9 May 2012. Strasbourg: Council of Europe, 2012.
- 86 Mazick A, Gergonne B, Nielsen J, et al. Excess mortality among the elderly in 12 European countries, February and March 2012. *Eurosurveillance* 2012; 17.
- 87 WHO Regional Office for Europe. Environmental health inequalities in Europe. Assessment report. Copenhagen, World Health Organization, 2012.
- 88 Quieroz M. Winter of crisis killing the elderly in Portugal. <http://www.ipsnews.net/2012/03/winter-of-crisis-killing-the-elderly-in-portugal> (accessed Feb 7, 2013).
- 89 Thomas S, Keegan C, Barry S, Layte R. The Irish health system and the economic crisis. *Lancet* 2012; 380: 1056–57.
- 90 Wade R. From global imbalances to global reorganisations. *Cambridge J Econom* 2009; 33: 539–62.
- 91 Guethjonsdottir GR, Kristjansson M, Olafsson O, et al. Immediate surge in female visits to the cardiac emergency department following the economic collapse in Iceland: an observational study. *Emerg Med J* 2012; 29: 694–98.
- 92 Gudmundsdottir D. The impact of economic crisis on happiness. *Soc Indic Res* 2013; 110: 1083–101.
- 93 Rauch B, Gottsche M, Braehler G, Engel S. Fact and fiction in EU-governmental economic data. *German Econom Rev* 2011; 12: 243–55.
- 94 Rabinovich L, Brutscher P, de Vries H, Tiessen J, Clift J, Reding A. The affordability of alcoholic beverages in the European Union. Cambridge, RAND Europe, 2009.
- 95 Ahmad S, Franz GA. Raising taxes to reduce smoking prevalence in the US: a simulation of the anticipated health and economic impacts. *Public Health* 2008; 122: 3–10.
- 96 Townsend J. Price and consumption of tobacco. *Br Med Bull* 1996; 52: 132–42.
- 97 Lai T, Habicht J. Decline in alcohol consumption in Estonia: combined effects of strengthened alcohol policy and economic downturn. *Alcohol Alcoholism* 2011; 46: 200–03.
- 98 Bor J, Basu S, Coutts A, McKee M, Stuckler D. Alcohol use during the great recession of 2008–2009. *Alcohol Alcoholism* 2013; published online Jan 29. DOI:10.1093/alcac/agt002.
- 99 De Lago M. Organ donors and transplantations decrease in Spain, the leading country in both. *BMJ* 2011; 342: d242.
- 100 Houston M. Ireland has record fall in number of organ donations. *BMJ* 2011; 342: d982.

101 British Broadcasting Corporation. UK road deaths rise puts government under pressure.

<http://www.bbc.co.uk/news/uk-politics-18881049> (accessed Oct 30, 2012).

102 International Monetary Fund. Global Financial Stability Report. Washington, DC: International Monetary Fund, 2009.

103 Castleden M, McKee M, Murray V, Leonardi G. Resilience thinking in health protection. J Public Health (Oxf) 2011; 33: 369–77.

104 European Public Health Alliance. Open letter to the European Council. EU leaders must focus on sustainable equitable Europe that fosters, and is sustained by, a healthy population. <http://www.>

[eph.org/IMG/pdf/FINAL_letter_to_European_Council_SECURED.pdf](http://www.eph.org/IMG/pdf/FINAL_letter_to_European_Council_SECURED.pdf) (accessed Oct 30, 2012).

Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud (M Karanikolos MSc, J Cylus MSc, Profesor M McKee MD), **Centro Europeo para la Salud de las Sociedades en Transición** (M Karanikolos, Prof M McKee), **Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres**, Reino Unido; **Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud**, Escuela de Economía y Ciencias Políticas de Londres, Reino Unido (P Mladovsky MSc, J Cylus, S Thomson PhD); **Centro de Investigación de Prevención del Departamento de Medicina de la Universidad de Stanford**, CA, EE.UU. (S Basu PhD), **Departamento de Sociología de la Universidad de Cambridge**, Reino Unido (D Stuckler PhD), y el **Departamento de Salud Pública, Centro Médico Universitario Erasmus de Rotterdam**, Países Bajos (Prof J P Mackenbach PhD). Correspondencia a: Prof Martin McKee, Escuela de Londres de Higiene y Medicina Tropical, 15-17 Tavistock Place, Londres WC1H 9SH, Reino Unido martin.mckee@lshtm.ac.uk

Traducción para www.sinpermiso.info: Gustavo Buster

sinpermiso electrónico se ofrece semanalmente de forma gratuita. No recibe ningún tipo de subvención pública ni privada, y su existencia sólo es posible gracias al trabajo voluntario de sus colaboradores y a las donaciones altruistas de sus lectores. Si le ha interesado este artículo, considere la posibilidad de contribuir al desarrollo de este proyecto político-cultural realizando una **DONACIÓN** o haciendo una **SUSCRIPCIÓN** a la **REVISTA SEMESTRAL** impresa.

The Lancet, 27 de marzo de 2013