



## La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?

The economic crisis and health in Spain and Europe: Is mortality increasing?

*Tapia Granados, José A.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Médico, Doctor en Economía. Profesor Asociado, Departamento de Historia y Ciencias Políticas, Drexel University, Filadelfia, EE.UU. jat368@drexel.edu

**RESUMEN** En publicaciones recientes se ha sugerido que por efecto de la crisis económica la salud de la población se está deteriorando en Europa, lo que se manifestaría en aumentos de la mortalidad, particularmente en los países donde se están aplicando políticas de austeridad. Se ha sugerido también que, como consecuencia de esas políticas, los suicidios se han disparado y que la situación podría derivar en una catástrofe sanitaria como la que ocurrió en los antiguos países de la URSS durante los años noventa. Esas afirmaciones no tienen base en los datos disponibles. Las estadísticas indican que, en los países europeos en general y sobre todo en los más afectados por la crisis, las tasas de mortalidad general han disminuido y la salud de la población ha mejorado durante los años 2007-2010. Paradójicamente, la crisis ha tenido un efecto beneficioso para la salud en estos países. Esto supone una confirmación sustancial de investigaciones previas que han mostrado en diversos períodos y economías de mercado que las recesiones son favorables para la salud, mientras que los períodos de expansión económica son perjudiciales.

**PALABRAS CLAVES** Recesión Económica; Esperanza de Vida al Nacer; Tasa de Mortalidad; Unión Europea.

**ABSTRACT** In recent publications it has been suggested that the health of the European population is deteriorating as a consequence of the economic crisis. Such deterioration would be manifested by an increase in mortality, particularly in those countries applying austerity measures. It has also been suggested that as a consequence of these policies, suicides have skyrocketed and the situation could become a public health catastrophe of the kind that occurred in the 1990s in the countries formerly part of the USSR. These affirmations have no basis in the existing data. Statistics indicate that in European countries in general and especially in those most affected by the crisis, general mortality has decreased and the health of the population has improved in 2007-2010. Paradoxically, the crisis has had a beneficial effect on health in these countries. Such findings are in substantial agreement with previous studies that have shown throughout various periods within market economies that recessions are favorable to health while periods of economic expansion are harmful.

**KEY WORDS** Economic Recession; Life Expectancy at Birth; Mortality Rate; European Union.

## INTRODUCCIÓN

En el clima general de crisis que se vive en muchos países europeos, donde los gobiernos prosiguen sus políticas de austeridad, el desempleo y la caída de ingresos siguen haciendo estragos en el bienestar de la población y se agudizan los conflictos sociales de todo tipo, han surgido voces que sugieren o afirman que ya se están observando efectos negativos sobre la salud de la población, particularmente en los países donde las políticas de austeridad se aplican con más intensidad. En un libro, cuya traducción al castellano se publicó recientemente (1), y en artículos aparecidos en *The Lancet* (2) *The New York Times*, *The Guardian* y *El País*, David Stuckler, Sanjai Basu y otros autores han sugerido que dichos efectos negativos serían debidos, bien a la crisis misma, bien a las políticas de recorte del gasto social y del gasto sanitario en particular, que estarían comprometiendo el acceso a la atención sanitaria o su calidad. Un autor español que se ha hecho eco de dichos argumentos, Manuel Díaz Olalla, opina que en España los efectos de los recortes del gasto social en general y sanitario en particular serían constatables en un incremento de la mortalidad de la población española en 2012 (3). Según Díaz Olalla los datos preliminares de mortalidad reportados para la primera mitad de 2012 por el Instituto Nacional de Estadística rebasan con creces las previsiones más pesimistas y si esas cifras preliminares se confirman, en 2012 habría habido un aumento de la mortalidad de 9,7% respecto a 2011. Para Díaz Olalla “la explicación más plausible” de ese “fenómeno alarmante y, además, la única bien respaldada por el conocimiento científico” sería “el déficit de protección social derivado de los recortes en gasto social.” Si se confirmara ese aumento de la mortalidad en 2012, sería indicativo

...de un desastre en términos de salud y de desarrollo humano de incalculables dimensiones, siendo este un fenómeno que se ha registrado en el mundo en situaciones de crisis muy severas en las que queda inerte en términos absolutos la obligación protectora del Estado, como ha ocurrido [...] en escenarios de cruentas guerras mantenidas en el

tiempo o, como aquí ahora, en el contexto de crisis económicas de gran alcance con restricciones muy severas de la protección social. Esto ocurrió en muchos países del Este de Europa tras la caída de la Unión Soviética... (3 p.6)

Díaz de Olalla no es el único que ha comparado los potenciales efectos sobre la salud de la crisis económica actual en España u otros países europeos y la crisis que tuvo lugar en los países del este de Europa durante la década de 1990, cuando los partidos comunistas fueron desplazados del poder y la economía de planificación central que existía en esos países fue eliminada y rápidamente sustituida por una economía de mercado. Stuckler, Basu y otros autores han hecho esa comparación (1,2), a la vez que han sugerido que la crisis económica en general y las políticas de austeridad en particular están teniendo consecuencias negativas para la salud de la población.

El presente artículo discute esas afirmaciones sobre la evolución reciente de la salud en Europa y muestra que las equiparaciones entre la recesión económica actual y lo ocurrido en Europa del Este en la década de 1990 no son apropiadas por tratarse de fenómenos económica y socialmente heterogéneos y, sobre todo, contrapuestos desde el punto de vista sanitario. A la fecha no hay datos probatorios de un aumento significativo de la mortalidad en España; por el contrario, los datos disponibles indican que la mortalidad disminuyó en el trienio 2007-2010. Por lo demás, raramente es verosímil atribuir un cambio significativo a corto plazo de la mortalidad a una mejora o un deterioro del acceso o la calidad de la atención sanitaria (4).

## LA RECESIÓN ACTUAL Y LA CRISIS EN EUROPA DEL ESTE EN LA DÉCADA DE 1990

Un principio básico de la práctica epidemiológica y de planificación sanitaria es que las descripciones, afirmaciones causales y recomendaciones de política sanitaria se basen en datos sólidos y verificables. Los autores que afirman que en términos sanitarios lo que está ahora ocurriendo en Europa podría ser similar al colapso

económico de las repúblicas sucesoras de la Unión Soviética, colapso que ciertamente tuvo consecuencias devastadoras para la salud de la población, se basan simplemente en la analogía de que en todos los casos se trata de “crisis económicas”, pero no van más allá ni dan datos que apoyen la comparación.

Es cierto que tanto la Gran Recesión que comenzó a finales de 2007 y ha afectado en mayor o menor medida a todos los países del mundo, como la turbulenta transición a una forma clásica de capitalismo que tuvo lugar en los países del anterior bloque soviético en los años noventa son ambas “crisis económicas”, si consideramos como tales los períodos en los que decae y se desorganiza en gran medida la producción y distribución de bienes y servicios. Pero la analogía no va más allá, porque mientras la transición en Europa del Este fue un fenómeno histórico único determinado por una reorganización completa del sistema productivo, acompañada de importantísimos cambios sociopolíticos, la crisis económica que comenzó a finales de 2007 es una manifestación típica del ciclo irregular de expansión-recesión (o prosperidad-crisis) típico de las economías de mercado. Hace ya medio siglo, Paul Samuelson y otros economistas keynesianos proclamaron que la ciencia económica tenía los instrumentos necesarios para eliminar dicho ciclo, que se ha denominado de muy diversas formas (ciclo coyuntural, comercial, industrial, ciclo de crisis, etc.). Las muchas recesiones habidas desde entonces prueban de sobra que esa afirmación no está respaldada por los hechos.

Por otra parte, sugerir un paralelismo en cuanto a efectos sobre la salud de las recesiones que de forma recurrente afligen a las economías de mercado y la crisis de la transición en Europa del Este en los años noventa es especialmente desorientador porque mientras las primeras tienen en general un efecto positivo sobre la salud, la segunda fue un desastre sanitario absoluto al que se pueden atribuir millones de muertes evitables. Durante la transición en Europa del Este a comienzos de la década de 1990 se produjeron incrementos inusitados de la mortalidad (5,6) que, en general, se ha reducido durante las recesiones e incluso depresiones en las economías de mercado (7-15) y que como se muestra a continuación ha disminuido también en los países

europeos desde 2007, especialmente en los países más castigados por la crisis.

Tal como muestra el Cuadro 1, en el período 1990-1993 en los países que pertenecieron a la URSS o al bloque soviético la tasa bruta de mortalidad (o sea, defunciones por 1.000 habitantes) aumentó en saltos sorprendentes (por ejemplo, un 29,5% en Rusia, más del 15% en los países bálticos, un 7,0% en Bulgaria). En cambio, en 1929-1933, durante la Gran Depresión en EE.UU., la mortalidad bruta disminuyó 10,0% y en 1975-1978, durante la recesión de la llamada crisis del petróleo, la mortalidad disminuyó 4,0% en Italia y 4,7% en España (al mismo tiempo que la tasa de desempleo aumentaba del 1,9% al 6,2% en España y del 5,9% al 7,2% en Italia). En 2007-2010, después del comienzo de la Gran Recesión, la tasa de mortalidad

Cuadro 1. Cambio porcentual de la tasa bruta de mortalidad en varios países en épocas de “crisis”.

País	Período y años en que se computa el cambio de la mortalidad	Cambio de la mortalidad (%)
EE.UU.	Gran Depresión 1929-1933	-10,0
Italia	Crisis del Petróleo 1975-1978	-4,0
Grecia	Crisis del Petróleo 1975-1978	-1,5
España	Crisis del Petróleo 1975-1978	-4,7
Grecia	Gran Recesión 2007-2010	-1,7
España	Gran Recesión 2007-2010	-3,5
Reino Unido	Gran Recesión 2007-2010	-4,2
EE.UU.	Gran Recesión 2007-2010	-3,6
Bulgaria	Gran Recesión 2007-2010	-0,9
Hungría	Gran Recesión 2007-2010	-1,3
Rumanía	Gran Recesión 2007-2010	+3,6
Estonia	Gran Recesión 2007-2010	-9,2
Letonia	Gran Recesión 2007-2010	-7,1
Lituania	Gran Recesión 2007-2010	-5,3
Rusia	Gran Recesión 2007-2010	-3,0
Bulgaria	“Gran desastre” 1990-1993	+7,0
Hungría	“Gran desastre” 1990-1993	+3,4
Rumanía	“Gran desastre” 1990-1993	+8,6
Estonia	“Gran desastre” 1990-1993	+14,5
Letonia	“Gran desastre” 1990-1993	+17,1
Lituania	“Gran desastre” 1990-1993	+16,5
Rusia	“Gran desastre” 1990-1993	+29,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de mortalidad para EE.UU. de *Historical Statistics of the United States: Millennial Edition* (16) y *Deaths: Final Data for 2010* (17). Para los demás países las tasas de mortalidad se han tomado de Health for All Database (HFA-DB) de la Organización Mundial de la Salud (18), que a la fecha da tasas de mortalidad bruta para Italia solo hasta 2009.

bruta disminuyó 1,7% en Grecia, 3,5% en España, 3,6% en EE.UU. y más de 5% en los tres países bálticos. Lo anterior demuestra que la crisis de 1990 en Europa del Este fue en términos sanitarios un “Gran desastre” con aumentos sustanciales e inesperados de la mortalidad, mientras que las recesiones en Europa occidental en las últimas tres décadas del siglo XX han sido períodos de descenso de la mortalidad.

### DATOS PROBATORIOS DE LA MEJORA DE LA SALUD DURANTE LA GRAN RECESIÓN

Las tasas brutas de mortalidad total son fáciles de entender y cuando sufren grandes aumentos o disminuciones pueden proporcionar una indicación aproximada de la evolución de la salud de la población en el corto plazo. Así, el Cuadro 1 sugiere que, por ejemplo, en Letonia, los años 1990-1993 fueron muy perjudiciales para la salud de la población, mientras que el período 2007-2010 ha sido una bonanza para la salud medida por la mortalidad general. Sin embargo, para hacer estimaciones finas de la evolución de la salud de la población, las tasas brutas de mortalidad no son adecuadas, porque en ellas tiene una influencia importante la estructura de edades, y el envejecimiento poblacional de la sociedad puede generar una tasa bruta de mortalidad alta, incluso aunque las condiciones de salud sean buenas.

La esperanza de vida al nacer (EVN) es un indicador de salud poblacional que resume la mortalidad específica por edades a todas las edades y que se utiliza cada vez más –por parte de las Naciones Unidas y por otras muchas instituciones y autores (19,20)– como mejor indicador integral de la salud poblacional para comparaciones intertemporales y entre países o grupos. La base de datos Health For All (HFA) de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona datos de EVN para todos los países europeos y para casi todos los años desde 1970 hasta la actualidad. A julio de 2013 hay datos de EVN para casi todos los países pertenecientes a la región europea de la OMS hasta 2010, para muy pocos países hay datos para 2011.

El Cuadro 2 presenta la EVN de 19 países europeos en 2004, 2007 y 2010. El Cuadro excluye los pequeños países como Andorra o San Marino y los países que habían formado parte de la antigua URSS (Ucrania, Belarus, Armenia, etc.), a excepción de los países bálticos, que ahora forman parte de la Unión Europea. El Cuadro también excluye a Islandia, Italia, Francia y otros países que no cuentan con datos de EVN en la base de datos HFA para cualquiera de los tres años 2004, 2007 o 2010.

Como el inicio de la crisis económica mundial que ha sido bautizada Gran Recesión se puede fechar a finales de 2007, la comparación entre lo que sucedió en los trienios anterior y posterior a su inicio (es decir, 2004-2007 y 2007-2010) puede servir para estimar el efecto de la crisis en la salud de la población.

Por ejemplo, como muestra el Cuadro 2, en Grecia la EVN aumentó 6 décimas de año en el período 2004-2007 y casi el doble (1,1 años) en el período 2007-2010. En España, la EVN que había aumentado 0,7 años en el período 2004-2007 se incrementó 1,1 años en 2007-2010. En Lituania, la EVN se redujo un año en 2004-2007, pero aumentó 2,6 años en 2007-2010. Esto indica que en esos tres países, en el período 2007-2010, las tasas de mortalidad disminuyeron más rápido que en el período 2004-2007. En Alemania, la EVN aumentó 0,8 años en 2004-2007 y solo la mitad de esa cifra en el período 2007-2010. En resumen, en el período 2007-2010 la EVN no disminuyó ni en un solo país de los 19 incluidos en el Cuadro 2, mientras que en el período 2004-2007 había disminuido en dos países, Letonia y Lituania. Al comparar los incrementos de EVN en los períodos anterior y posterior al inicio de la crisis, los casos en los que la salud de la población mejoró en mayor medida después de 2007 corresponden a Bulgaria, Estonia, Grecia, Letonia, Lituania, Polonia, Eslovaquia, Eslovenia y España (9 países), mientras que en Austria, la República Checa, Finlandia, Alemania, Irlanda, Países Bajos, Rumanía y Suiza (8 países) la salud de la población evolucionó mejor en el período 2004-2007, es decir antes de la crisis. En el Reino Unido y Suecia, las mejoras de la salud poblacional antes y después del inicio de la crisis son equivalentes. Todas estas “pruebas circunstanciales” son claramente incompatibles con cualquier efecto nocivo

Cuadro 2. Esperanza de vida al nacer (EVN, años), tasa de desempleo (TD, porcentaje de la población activa) en 2004, 2007 y 2010, y aumentos respectivos ( $\Delta$ EVN y  $\Delta$ TD) en 2004-2007 y 2007-2010) en 19 países europeos.

País	Año	EVN	$\Delta$ EVN	TD	$\Delta$ TD
Alemania	2004	79,4	-	11,0	-
	2007	80,2	0,8	8,7	-2,3
	2010	80,6	0,4	7,1	-1,6
Austria	2004	79,5	-	5,0	-
	2007	80,5	1,0	4,4	-0,6
	2010	80,9	0,4	4,4	0,0
Bulgaria	2004	72,6	-	12,0	-
	2007	73,1	0,5	7,3	-4,7
	2010	73,8	0,7	10,2	2,9
Eslovaquia	2004	74,4	-	18,2	-
	2007	74,7	0,3	11,0	-7,2
	2010	75,7	1,0	14,4	3,4
Eslovenia	2004	77,3	-	10,6	-
	2007	78,5	1,2	7,7	-2,9
	2010	80,0	1,5	11,8	4,1
España	2004	80,5	-	11,0	-
	2007	81,2	0,7	9,9	-1,1
	2010	82,3	1,1	20,1	10,2
Estonia	2004	72,3	-	9,7	-
	2007	73,2	0,9	4,7	-5,0
	2010	76,0	2,8	16,9	12,2
Finlandia	2004	79,0	-	8,8	-
	2007	79,7	0,7	6,9	-1,9
	2010	80,3	0,6	8,4	1,5
Grecia	2004	79,0	-	10,5	-
	2007	79,6	0,6	8,3	-2,2
	2010	80,7	1,1	12,5	4,2
Irlanda	2004	78,7	-	4,5	-
	2007	79,8	1,1	4,6	0,1
	2010	80,8	1,0	13,6	9,0
Letonia	2004	71,3	-	8,5	-
	2007	71,2	-0,1	6,0	-2,5
	2010	73,7	2,5	18,7	12,7
Lituania	2004	72,0	-	11,4	-
	2007	71,0	-1,0	4,3	-7,1
	2010	73,6	2,6	17,8	13,5
Países Bajos	2004	79,4	-	5,1	-
	2007	80,5	1,1	3,6	-1,5
	2010	81,2	0,7	4,5	0,9
Polonia	2004	75,0	-	19,0	-
	2007	75,5	0,5	9,6	-9,4
	2010	76,6	1,1	12,4	2,8
República Checa	2004	76,0	-	8,3	-
	2007	77,1	1,1	5,3	-3,0
	2010	77,8	0,7	7,3	2,0
Reino Unido	2004	79,0	-	4,7	-
	2007	79,9	0,9	5,5	0,8
	2010	80,8	0,9	7,8	2,3
Rumanía	2004	71,9	-	8,1	-
	2007	73,3	1,4	6,6	-1,5
	2010	73,8	0,5	7,0	0,4
Suecia	2004	80,6	-	5,5	-
	2007	81,2	0,6	6,6	1,1
	2010	81,8	0,6	8,4	1,8
Suiza	2004	81,4	-	3,9	-
	2007	82,2	0,8	3,6	-0,3
	2010	82,8	0,6	4,5	0,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS (18). Los datos de desempleo para España, Suecia, Bulgaria, Rumanía y el Reino Unido correspondientes al año 2007 no están disponibles en esa base de datos que, sin embargo, sí da las tasas de desempleo para esos países para los años 2006 y 2008. Para evitar el uso de fuentes heterogéneas, el dato de desempleo para esos países en 2007 es una interpolación de los datos para el año anterior y posterior según la base de datos HFA.

de la crisis en las tasas generales de mortalidad, sobre todo en el primer grupo de países en los que el aumento de la EVN, que refleja la disminución de la mortalidad, se aceleró a partir de 2007.

El grupo de países en los que los incrementos de EVN fueron mayores en el trienio recesivo 2007-2010 incluye los países bálticos, donde las tasas de desempleo se dispararon en esos años. Tal como muestra el Cuadro 2, la tasa de desempleo pasó del 4,7% al 16,9% en Estonia, del 6,0% al 18,7% en Letonia y del 4,3% al 17,8% en Lituania. España también pertenece a este grupo de países que muestran buenos resultados en la evolución de la salud, a pesar de que la tasa de desempleo aumentó del 8,5% en 2006 al 20,1% en 2010. En Grecia, Polonia, Eslovaquia y Eslovenia también hubo importantes incrementos de la tasa de desempleo en el período 2007-2010, a la vez que la EVN evolucionaba mejor que en el trienio anterior.

En el grupo de países en los que el avance en el nivel de salud medido por la EVN se desaceleró en el período 2007-2010 en comparación con el trienio anterior a la crisis, encontramos a la República Checa, Alemania, Suecia, Finlandia, los Países Bajos y Suiza, países en los que la crisis económica ha sido muy leve y que han tenido así aumentos muy escasos de la tasa de desempleo entre 2007 y 2010, por ejemplo, del 7,1% al 7,3% en la República Checa, de 4,4% a 4,5% en los Países Bajos (Cuadro 2). En el caso de Alemania, la tasa de desempleo incluso disminuyó, del 8,7% en 2007 al 7,1% en 2010.

Parece pues, que, paradójicamente, cuanto mayor ha sido el aumento de la tasa de desempleo ( $\Delta TD$  en el Cuadro 2), mayor es la ganancia en salud de la población ( $\Delta EVN$ ). Esta impresión se ve respaldada por la correlación entre estas dos variables. Teniendo en cuenta los 19 pares de valores de  $\Delta TD$  y  $\Delta EVN$  para el período 2007-2010, el coeficiente de correlación de Pearson es  $r=0,89$ , estadísticamente significativo al máximo nivel de significación estadística ( $p<0,001$ ). Sin embargo, la correlación también es positiva,  $r=0,50$ , y estadísticamente significativa ( $p=0,028$ ) para los 19 pares de valores  $\Delta TD$  y  $\Delta EVN$  del período 2004-2007. Teniendo en cuenta los 38 pares de valores de  $\Delta TD$  y  $\Delta EVN$  para 2004-2007 y 2007-2010, la correlación es  $r=0,74$  ( $p<0,001$ ). La correlación positiva y significativa es robusta a

la especificación de período en los dos períodos 2004-2007 y 2007-2010. Según la ley de Okun el cambio de la tasa de desempleo se correlaciona negativa y significativamente con el crecimiento del producto interno bruto (PIB). Por lo tanto, estas correlaciones muestran que un mayor crecimiento económico se correlaciona con una desaceleración del progreso de la salud.

## ESTUDIOS PREVIOS ACERCA DE LOS EFECTOS MACROECONÓMICOS SOBRE LA SALUD

Los resultados aquí presentados muestran:

- que los países europeos, en los que la salud ha mejorado más en el período siguiente al comienzo de la Gran Recesión, incluyen las naciones en las que la crisis económica ha sido más grave;
- que los países europeos, en los que el progreso de la salud de la población se frenó después de 2007, son aquellos en los que la crisis ha sido más leve;
- que considerando cualquiera o ambos trienios 2007-2010 y 2004-2007, hay una correlación positiva entre el aumento del nivel de salud de la población y el aumento de las tasas de desempleo.

Los datos indican no solo que la salud de la población medida por la EVN ha evolucionado mejor en los países en los que la crisis económica ha sido más profunda, sino también que cuanto peor ha sido la evolución de la economía –medida por el aumento del nivel de desocupación– mejor ha sido para la salud. Este resultado es obviamente contraintuitivo y sorprendente. Sin embargo, es coherente con un buen número de investigaciones previas que han mostrado, por ejemplo, que las tasas de mortalidad se redujeron fuertemente en EE.UU. en los peores años de la Gran Depresión de la década de 1930 (21), que en Argentina en las décadas de 1980 y 1990 hubo una correlación *positiva* entre el crecimiento económico y el cambio anual de las tasas de mortalidad (14) y que en los países del este de Asia, considerando los años 1976-2003 que incluyen

la “crisis asiática” alrededor del final de siglo, las tasas de mortalidad total y de mortalidad por enfermedades cardiovasculares y otras causas importantes aumentaron respecto a su tendencia secular durante las expansiones de la economía y disminuyeron respecto a dicha tendencia durante las épocas de recesión (15). Estos son solo algunos de los muchos trabajos que han mostrado que en las economías de mercado de América del Norte y del Sur, Europa y Asia, la salud ha evolucionado mejor en las recesiones que en las expansiones (8,10,11,13,14,22,23).

Las investigaciones citadas han mostrado que, en general, las recesiones económicas se asocian con un aumento de los suicidios (24) y con una disminución de las muertes por enfermedades cardiovasculares, infecciosas, del hígado y de las vías respiratorias; también disminuye la mortalidad por siniestros automovilísticos y por lesiones ocupacionales. La consecuencia es una reducción de la mortalidad neta con el consiguiente aumento de la EVN, a pesar del aumento de los suicidios. Los datos presentados aquí sobre la evolución de la salud de la población en 19 países europeos confirman la conclusión de que las recesiones son beneficiosas para la salud. Este hallazgo ha de significar necesariamente que los procesos que favorecen la reducción de la mortalidad son tanto menos intensos cuanto más acelerada se halla la economía. En el caso de la mortalidad por siniestros automovilísticos, que aumenta y disminuye junto con el nivel de crecimiento económico porque más actividad económica significa más tráfico comercial, industrial y recreativo y más heridos y muertos en las carreteras, es claro por qué la mortalidad aumenta en la prosperidad y disminuye cuando la economía “va mal”. Igualmente parece bastante claro por qué aumentan los suicidios cuando la economía “va mal” y muchos pierden su trabajo, o se ven ante la amenaza de una ejecución de hipoteca, una quiebra del negocio o una pérdida sustancial de ingreso (es interesante, sin embargo, que esta fluctuación de los suicidios en España afecta a los suicidios de varones, pero no a los de mujeres) (13). En resumen, entendemos mal las razones por las que la mortalidad total tiende a aumentar en las épocas de expansión y a disminuir en las de recesión. Pero que eso es lo que ocurre es un hecho. Y negar un fenómeno porque no se entienden del

tudo las razones para explicarlo es una actitud anticientífica.

## DATOS DEL CASO ESPAÑOL

El Cuadro 3 y el Cuadro 4 muestran diversos indicadores de salud de la población española según la OMS y el Instituto Nacional de Estadística (INE). La comparación de ambos cuadros muestra que ambas fuentes brindan básicamente la misma información, a pesar de diferencias mínimas en los parámetros reportados. Así, por ejemplo, mientras que según el INE la EVN fue 81,2 en 2008 y 81,6 en 2009, según la OMS las cifras correspondientes fueron 81,5 y 81,9. Si se compara el cambio año a año de las cifras reportadas por ambas fuentes se comprueba que la evolución es casi idéntica. Así pues, no hay problemas graves de conflicto de datos según la fuente.

Según Díaz Olalla (3), los datos del INE indicarían un importante aumento (9,7%) de las defunciones en 2012 con respecto a 2011 y ello anunciaría un aumento catastrófico de la mortalidad como consecuencia del deterioro del gasto público y de la atención sanitaria.

El dato de defunciones para los seis primeros meses de 2012 que cita Díaz Olalla fue dado por el INE en una nota de 12 de diciembre de 2012. En julio de 2013 la página web del INE reportaba una tasa bruta de mortalidad (por 1.000 habitantes) de 8,6 para 2012 y de 8,3 para 2011. Si esas cifras se confirman –lo que estaría por verse porque el INE da la tasa estimada para el 2012 como provisional– el aumento con respecto al año anterior sería de un 3,4%, no el 9,7% que indica Díaz Olalla. Por lo demás, el aumento de la tasa bruta de mortalidad en una población como la española –que en años recientes puede haber envejecido como consecuencia de una tasa de natalidad muy baja y una emigración selectiva de los más jóvenes– puede ser compatible con un aumento de la EVN. Así, según las mismas cifras del INE (Cuadro 4), de 2010 a 2011 la mortalidad bruta aumentó de 8,2 a 8,3 por 1.000 y a la vez la EVN subió de 82,0 a 82,1 años.

Mucho más interesante que fijarse en datos preliminares que pueden cambiar cuando se publican las estadísticas definitivas, es considerar

Cuadro 3. Indicadores de salud de la población española, 2000-2010.

Año	EVN	Tasas de mortalidad general y por causas específicas								
		MI	MM	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad						MB
				Cardio-vascular	Cardiopatía isquémica	Suicidio	Homicidio	Tráfico	Todas las causas	
2000	79,5	4,4	3,8	197,9	65,3	7,3	1,0	14,8	610,7	8,97
2001	79,8	4,1	4,2	191,0	62,7	6,7	1,0	13,8	596,5	8,87
2002	79,9	4,2	3,3	187,5	61,7	7,0	1,0	13,1	592,7	8,92
2003	79,8	3,9	4,5	187,4	61,5	7,1	1,0	13,0	600,1	9,16
2004	80,5	4,0	4,6	173,5	57,3	7,0	1,4	11,3	565,2	8,71
2005	80,4	3,8	3,9	172,0	56,3	6,6	0,8	10,4	568,5	8,93
2006	81,2	3,5	2,9	159,0	51,9	6,2	0,8	9,5	532,4	8,43
2007	81,2	3,5	2,6	157,8	50,4	6,1	0,7	8,7	534,0	8,59
2008	81,5	3,4	4,6	151,3	47,4	6,5	0,8	7,2	519,7	8,47
2009	81,9	3,3	3,4	143,1	45,3	6,3	0,7	5,7	503,7	8,38
2010	82,3	3,2	4,1	137,6	43,8	5,8	0,7	5,1	487,0	8,29

Fuente: Elaboración propia a partir de datos obtenidos en julio de 2013 de Health for All Database (HFA-DB) de la Organización Mundial de la Salud (18).

Nota: La tasa de mortalidad infantil se refiere a muertes de menores de un año y la de mortalidad materna a muertes maternas, ambas por 1.000 nacidos vivos. "Homicidios" se refiere a la tasa de homicidio y lesiones intencionales y corresponde a 100.000 personas de una población europea estándar de edades de menos de 65 años. Las demás tasas de mortalidad estandarizadas por edad corresponden a todas las edades y están referidas a 100.000 personas de una población europea estándar. La tasa de mortalidad bruta son muertes por 1.000 habitantes. EVN = esperanza de vida al nacer, en años. MI = Mortalidad infantil. MM = Mortalidad materna. MB = Mortalidad bruta.

los datos definitivos de indicadores de salud de la población española para la primera década del siglo. Esas cifras, que se presentan en el Cuadro 3, indican que la crisis iniciada en el 2007 no alteró la marcha descendente de la mortalidad general, infantil y de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en general o cardiopatía isquémica en particular, por siniestros automovilísticos y por homicidios. Sin embargo, *sí aumentaron los suicidios y la mortalidad materna*. Esta aumentó de 2,6 a 4,6 muertes maternas por cada 1.000 nacidos vivos, casi triplicándose entre 2007 y 2008, y las tasas de 2009 y 2010 continuaron elevadas, a niveles considerablemente mayores que los previos al comienzo de la crisis. En cuanto a los suicidios, aumentaron entre 2007 y 2008 pero bajaron algo en 2009, y en 2010 estuvieron a niveles inferiores a los del año 2007. Estos aumentos de las tasas de suicidios y de mortalidad materna podrían ser consecuencias de la crisis y dado que tanto las muertes maternas como los suicidios son susceptibles de prevención, podrían indicar un deterioro de los servicios de salud correspondientes. En cualquier caso, lo que muestran los datos es la necesidad de reforzar las medidas de prevención en esos terrenos.

Cómo ha evolucionado la salud en 2011, 2012 y 2013, años en los que sin duda se han deteriorado las condiciones de vida de muchos

sectores de la población española y en los que se han introducido cambios en los servicios de salud que dificultan el acceso y perjudican la calidad de la atención sanitaria, lo dirán las cifras que vayan apareciendo. En principio, la experiencia histórica de ya más de un siglo no sugiere que sean

Cuadro 4. Esperanza de vida al nacer (en años) y tasa bruta de mortalidad (por 1.000) para España, 2000-2012.

Año	EVN	TBM
2000	79,3	8,9
2001	79,7	8,8
2002	79,8	8,8
2003	79,7	9,1
2004	80,3	8,6
2005	80,3	8,8
2006	80,9	8,3
2007	80,9	8,5
2008	81,2	8,4
2009	81,6	8,3
2010	82,0	8,2
2011	82,1	8,3
2012	-	8,6*

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de julio de 2013 del Instituto Nacional de Estadística (INE).

\*Dato reportado como provisional en la página web del INE.

EVN = Esperanza de vida al nacer. TBM = Tasa bruta de mortalidad.



esperables aumentos de la mortalidad general, todo lo contrario. Pero por otra parte, nada nos garantiza con un 100% de certeza que los patrones observados en el pasado hayan de ser exactamente similares a los que se observen en el futuro.

## OBSERVACIONES FINALES

La crisis económica que comenzó en 2007 y que está muy lejos de haberse resuelto en muchos países europeos se ha asociado con aumentos en la salud de la población que han sido particularmente importantes en los países bálticos, España, Grecia y otros países más afectados por la crisis. Entre los 19 países europeos, las tres naciones bálticas han sido las que han tenido los mayores aumentos de EVN (entre 2,5 y 2,8 años) entre el inicio de la crisis en 2007 y los últimos datos disponibles en 2010 (Cuadro 2). Sin embargo, los países bálticos están entre los países miembros de la Unión Europea más duramente golpeados por la crisis. Este dato sorprendente y, más en general, la correlación positiva entre el aumento de la tasa de desempleo y la disminución de la mortalidad (indicada por la correlación positiva entre la variación del desempleo y el aumento de la EVN) ratifica la paradoja de que los períodos de recesión económica tienen efectos beneficiosos sobre la salud. Este hecho, descubierto por Dorothy Thomas y William Ogburn hace ya casi un siglo (22) todavía resulta desconcertante.

En el contexto de una controversia acerca de los efectos de las recesiones sobre la salud, un epidemiólogo se preguntó hace unos años si los profesionales de la salud pública deberían recomendar las recesiones económicas, dado que los períodos de expansión parecen ser nocivos para la salud (25). Era una pregunta retórica, pero que pone de relieve la perplejidad de los investigadores cuando encuentran algo que parece absurdo. La asociación entre una reducción de la mortalidad y un aumento del desempleo parece absurda porque, en apariencia, contradice toda una serie de investigaciones sanitarias que han mostrado: a) que en comparación con quienes tienen empleo, las personas desempleadas tienen peor salud; b) que la salud tiene un intenso gradiente por clase social, siendo en general mejor en los grupos de mayor

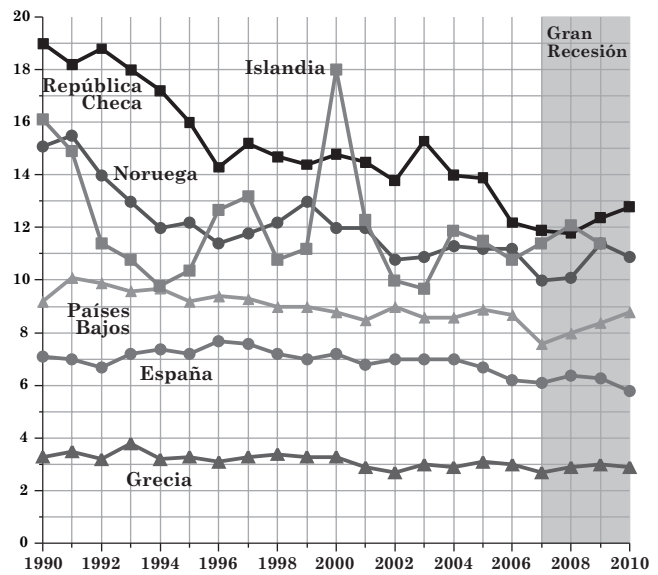


Figura 1. Tasa de suicidios estandarizada por edad en seis países europeos, 1990-2010.

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS (18) obtenidos en julio de 2013.  
Nota: La tasa estandarizada corresponde a defunciones por suicidio o lesiones autoinfligidas, por 100.000 personas de la población europea estándar.

ingreso; c) que la salud es generalmente mejor en los países de mayor PIB *per capita*. Si es así, ¿cómo puede ser cierto que la salud mejora en las recesiones, cuando el desempleo es más frecuente y las reducciones de ingresos son generalizadas? Se han avanzado hipótesis para responder a esta pregunta y así se ha sugerido que la disminución de la contaminación atmosférica y del estrés en el entorno laboral, el aumento del apoyo social y la menor circulación de gérmenes cuando la economía se desacelera podrían ser las causas de que en esos períodos tiendan a disminuir las muertes por enfermedades cardiovasculares, infecciosas y respiratorias (26-31). Pero realmente, la respuesta a esa pregunta es que, a ciencia cierta, no se saben las causas que explican ese fenómeno.

De todas formas, lo que sí se sabe es que los datos disponibles no respaldan las afirmaciones de quienes afirman que en países como Grecia, Italia y España la salud ha evolucionado mucho peor que en países como Alemania, Islandia y Suecia (1,2). Los datos indican (Cuadro 2) que Grecia y España ganaron más de un año de EVN entre 2007 y 2010, mientras que Alemania y Suecia solo ganaron 0,4 y 0,6 años, respectivamente.

Los autores que enfatizan las repercusiones de la crisis en la salud hacen hincapié en el aumento de los suicidios en Europa en años recientes, aumento que se atribuye directamente a la crisis. Probablemente tienen razón, pero las afirmaciones sobre la magnitud de ese aumento deben matizarse. Según Stuckler y Basu, parte de lo que para ellos es el desastre sanitario de Grecia se revela en las tasas de suicidio, “que antes de la crisis estaban entre las más bajas de Europa” y se han duplicado (1). La afirmación parece sugerir aumentos inusitados de los suicidios en Grecia, pero los datos de la OMS (Figura 1) muestran que el único cambio de la tasa de suicidios que podría estar relacionado con la crisis es un aumento moderado en el período 2007-2009. Grecia en 2010 tuvo niveles mucho más bajos de suicidio que, por ejemplo, Islandia y Alemania. En muchos países europeos la tasa de suicidios aumentó a partir de 2007 pero, por ejemplo, ese aumento fue sostenido y pronunciado en los Países Bajos y Alemania, donde la crisis ha sido muy leve y no

ha habido políticas de austeridad. En Grecia y en España, donde la crisis ha sido muy fuerte, hubo un aumento moderado de los suicidios en 2007-2009 pero luego disminuyeron en 2009 y 2010, cuando la crisis seguía en pleno desarrollo. Ello sugiere que factores no directamente relacionados con la economía tienen un papel muy importante en la determinación de las tasas de suicidio.

Muchas naciones europeas están pasando por una época de crisis en la que millones están sin puesto de trabajo o tienen miedo a perderlo en cualquier momento, mientras los salarios sufren recortes significativos, las ejecuciones hipotecarias amenazan con dejar en la calle a quienes no pueden pagar sus deudas y los gobiernos recortan las prestaciones de servicios sociales. Todos esos son motivos suficientes para preocuparse y para que haya protestas y malestar social. No hacen falta razones basadas en exageraciones y mitos sin base en la realidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata: El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Taurus; 2013.
2. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach J, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet*. 2013;381(9874):1323-1331.
3. Díaz Olalla M. Efectos predecibles y ya constatables de los recortes del gasto social en el incremento de la mortalidad de la población española. *Salud 2000*. 2013;XXVI(142):5-6.
4. McKinlay JB, McKinlay SM, Beaglehole R. Trends in death and disease and the contribution of medical measures. In: Freeman HE, Levine S, editors. *Handbook of Medical Sociology*. 2nd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1989. p. 14-45.
5. Cornia GA, Panicià R, editors. *The mortality crisis in transitional economies*. New York: Oxford University Press; 2000.
6. Stillman S. Health and nutrition in Eastern Europe and the former Soviet Union during the decade of transition: A review of the literature. *Economics and Human Biology*. 2006;4(1):104-146.
7. Ruhm CJ. Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics*. 2000;115(2): 617-650.
8. Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. *Economics and Human Biology*. 2006;4(3):298-316.
9. Tapia Granados JA. Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996. *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(6):1194-1202.
10. Ruhm CJ. A healthy economy can break your heart. *Demography*. 2007;44(4):829-848.
11. Tapia Granados JA. Macroeconomic fluctuations and mortality in postwar Japan. *Demography*. 2008;45(2):323-343.
12. Tapia Granados JA. Salud, economía y libertad: Cuarenta años de crecimiento económico, transición política y condiciones de salud en España. *Medicina Clínica (Barcelona)*. 2007;128(12):463-467.
13. Tapia Granados JA. Recessions and mortality in Spain, 1980-1997. *European Journal of Population*. 2005;21(4):393-422.

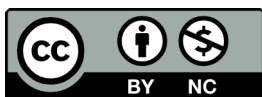
14. Abdala F, Geldstein RN, Mychaszula SM. Economic restructuring and mortality changes in Argentina - Is there any connection? In: Cornia GA, Panicià R, editors. *The mortality crisis in transitional economies*. New York: Oxford University Press; 2000. p.328-350.
15. Lin S. Economic fluctuations and health outcome: A panel analysis of Asian-Pacific countries. *Applied Economics*. 2009;41(4):519-530.
16. Carter SB, Gartner SS, Haines MR, Olmstead AL, Sutch R, Wright G. *Historical statistics of the United States: Millennial Edition Online*. New York: Cambridge University Press; 2006.
17. Centers for Disease Control and Prevention. National Vital Statistics System: Mortality Data [Internet]. 2013 [citado 10 jun 2013]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/deaths.htm>.
18. World Health Organization, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB) [Internet] 2013 [citado 10 jun 2013]. Disponible en: <http://data.euro.who.int/hfad/>.
19. Riley JC. *Rising life expectancy: A global history*. New York: Cambridge University Press; 2001.
20. Sen A. Economic progress and health. In: Leon D, Walt G, editors. *Poverty, inequality, and health: An international perspective*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p.333-345.
21. Tapia Granados JA, Diez Roux AV. Life and death during the Great Depression. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2009;106(41):17290-17295.
22. Ogburn WF, Thomas DS. The influence of the business cycle on certain social conditions. *Journal of the American Statistical Association*. 1922;18(139):324-340.
23. Tapia Granados JA, Ionides EL. The reversal of the relation between economic growth and health progress: Sweden in the 19th and 20th centuries. *Journal of Health Economics*. 2008;27(3):544-563.
24. Luo F, Florence C, Quispe-Agnoli M, Ouyang L, Crosby A. Impact of business cycles on US suicide rates, 1928-2007. *American Journal of Public Health*. 2011;101(6):1139-1146.
25. Catalano R, Bellows B. Commentary: If economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession? *International Journal of Epidemiology*. 2005;34(6):1212-1213.
26. Sterling P, Eyer J. Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In: Fisher S, Reason J, editors. *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: Wiley; 1988.
27. Eyer J. Prosperity as a cause of death. *International Journal of Health Services*. 1977;7(1):125-150.
28. Sterling P, Eyer J. Biological basis of stress-related mortality. *Social Science & Medicine*. 1981;15(1):3-42.
29. Eyer J. Stress-related mortality and social organization. *Review of Radical Political Economics*. 1977;9(1):1-44.
30. Ruhm CJ. Healthy living in hard times. *Journal of Health Economics*. 2005;24(2):341-363.
31. Ionides E, Wang Z, Tapia Granados JA. Macroeconomic effects on mortality revealed by panel analysis with nonlinear trends. *Annals of Applied Statistics*. 2013;7(3):1362-1385.

#### FORMA DE CITAR

Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud Colectiva*. 2014;10(1):81-91.

Recibido: 27 de julio de 2013

Aprobado: 8 de septiembre de 2013



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.