

14. Legido-Quigley H, Otero L, La Parra D, Alvarez-Dardet C, Martin-Moreno JM, McKee M. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? *BMJ*. 2013;346:f2363.
15. Lopez Bernal JA, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *European Journal of Public Health*. 2013;23(5):732-736.
16. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*. 2013. DOI:10.1093/eurpub/ckt208.
17. Urbanos-Garrido RM, Lopez-Valcarcel BG. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *European Journal of Health Economics*. 2014. DOI:10.1007/s10198-014-0563-y.
18. 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. *European Journal of Public Health*. 2013;23(1):103-108.
19. Rajmil L, Medina-Bustos A, Fernández de Sanmamed MJ, Mompert-Penina A. Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: a before-after approach. *BMJ Open*. 2013;3(8):e003286. DOI:10.1136/bmjopen-2013-003286.
20. Novoa AM, Ward J, Equip de recerca Sophie. Habitatge i salut en població vulnerable. En: Llar, habitatge i salut acció i prevenció residencial. Barcelona: Caritas Diocesana de Barcelona; 2013. Col·lecció Informes No.2.

FORMA DE CITAR

Borrell C, Rodríguez-Sanz M, Bartoll X, Malmusi D, Novoa AM. El sufrimiento de la población en la crisis económica del Estado español. *Salud Colectiva*. 2014;10(1):95-98.

Las complejas relaciones entre crisis económica y salud: la mortalidad general disminuye pero el problema no está resuelto

The complex relationships between economic crisis and health: general mortality decreases, but the problem is not solved

Facchini, Luiz Augusto¹; Nunes, Bruno Pereira²

¹Doctor en Medicina. Profesor Asociado, Departamento de Medicina Social, Programa de Posgrado en Epidemiología, Universidade Federal de Pelotas, Brasil. luizfacchini@gmail.com

²Doctorando en Epidemiología. Departamento de Medicina Social, Programa de Posgrado en Epidemiología, Universidade Federal de Pelotas, Brasil.

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

El artículo "La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?" de Jose Antonio Tapia Granados (1) es de innegable mérito para fomentar el debate sobre los efectos de la prolongada crisis económica mundial en la salud y en el bienestar de la población. El interés histórico

del tema deriva no solo de la frecuencia y de la gravedad de las crisis económicas en la historia de las sociedades contemporáneas, sino también de la relevancia social y política de los países más afectados, especialmente de Europa y EE.UU.

En el debate del artículo de Tapia Granados destacamos sus contribuciones y analizamos críticamente los interrogantes planteados, buscando una mejor comprensión de los dilemas, enigmas y controversias acerca de los efectos de la crisis en la salud y en el bienestar de la población.

Al denunciar los efectos sociales de la crisis iniciada en 2007, el autor contradice la tesis de que ya se observan efectos negativos en la salud de la población de los países europeos, particularmente donde las políticas de austeridad se aplican con más intensidad. Tapia destaca la actual crisis como una manifestación del ciclo irregular de expansión-recesión de las economías de mercado, y rechaza su comparación con el crecimiento de la mortalidad, que alcanzó el 30% en Rusia, durante la crisis que desmanteló a la URSS y al bloque socialista europeo en la década de 1990. La crisis que determinó la reorganización completa del modo de producción y de los sistemas sociopolíticos de Europa del Este fue contextual e históricamente diferente a la actual (2,3).

Una de las contribuciones del artículo es reforzar la concepción de que las crisis económicas no son todas iguales, tampoco sus efectos sobre la

salud de la población. En términos contextuales e históricos, cabe enfatizar la relevancia del estadio de desarrollo capitalista y de la acumulación de bienes y riquezas en cada nación para delimitar la duración y la intensidad de la crisis económica y sus efectos sobre la salud de la población (4-6).

Los efectos de la crisis en sociedades en las que una gran mayoría de la población tiene un nivel medio de ingresos y que, a pesar de la crisis, logra mantener su posición social, pueden ser muy diferentes a los efectos en sociedades en las que el colapso del sistema sociopolítico, que ampliaba los derechos de la ciudadanía y la cobertura de servicios públicos, dejó a la mayor parte de la población repentinamente en la pobreza y sin asistencia por parte del Estado. Una cosa es el recorte del gasto público, las barreras de acceso y otras medidas de austeridad utilizadas por gobiernos de todos los matices, cuando la población dispone de una infraestructura social instalada, que se mantiene a pesar de los problemas. Otra, muy diferente, es el desmantelamiento de una red de solidaridad y protección social y la privatización de los servicios de salud y bienestar social.

En su contrapunto, el autor sustenta que en las economías capitalistas, los períodos de crisis económica no producen necesariamente daños a la salud y al bienestar de la población, sino que incluso pueden tener efectos positivos (7-10). Igualmente rechaza la tesis de que la calidad de la atención a la salud pueda estar asociada a cambios significativos de la mortalidad a corto plazo (11). Tapia destaca que, a pesar del aumento del desempleo, se produjo una disminución de la mortalidad bruta y un aumento de la esperanza de vida, durante la gran depresión de 1930 en EE.UU.; en el período de 1975 a 1978, en Italia y en España durante la crisis del petróleo y también en la crisis de los países asiáticos entre 1976 y 2003. La tendencia se repite en la actual crisis económica, incluso en países del antiguo bloque soviético, que padecieron el aumento de la mortalidad en la crisis de la década de 1990.

Para el autor, en las naciones capitalistas de las Américas, Europa y Asia, la salud ha evolucionado mejor en las recesiones que en los períodos de expansión económica. En consenso con diversos autores, Tapia afirma que no hay indicios de un efecto nocivo de la crisis en la mortalidad general de los países europeos, incluyendo

a aquellos con graves dificultades económicas (12,13). Por lo tanto, la comprensión de un posible efecto positivo de la crisis sobre la mortalidad en países de altos ingresos es relevante, pero este no se condice necesariamente con un efecto benéfico para la salud. En consecuencia, es equivocada la generalización de un efecto positivo de la crisis y del desempleo para la salud de la población.

La mortalidad posee una compleja red de determinantes que contemplan todo el ciclo vital, desde la concepción hasta la salud de la tercera edad (14). La imposibilidad de analizar la mortalidad en cada país, según características individuales como, por ejemplo, clase económica, ocupación, morbilidades y hábitos de vida, perjudica su uso para evaluar de un modo más profundo la salud de la población y sus consecuencias frente a las crisis económicas. Así, los hallazgos del autor no descartan la necesidad de entender sus eventuales efectos negativos, que pueden manifestarse en otros ámbitos de la salud, en su complejidad biopsicosocial.

Según Tapia y otros autores (15,16), los efectos a corto plazo de las crisis económicas en la mortalidad son pequeños, y pueden ser confundidos con la tendencia histórica de descenso en las defunciones por todas las causas, fenómeno observado antes incluso del desarrollo de medidas sanitarias efectivas, en países europeos y en EE.UU. Desde una perspectiva de largo plazo, el crecimiento económico está asociado con la disminución de la mortalidad (16). Thomas McKeown (6,17) atribuye el aumento de la población mundial a partir de 1700 a los grandes cambios económicos y sociales, más que a las acciones de salud pública o a las intervenciones médicas (17).

El significado de las crisis económicas en un contexto de pobreza significativa es muy diferente de aquel en el que la bonanza es la regla para la gran mayoría de la población. En países más pobres, las evidencias sugieren un aumento de la mortalidad, incluso en las principales causas (18). Por otro lado, en países con profundas desigualdades sociales, con una gran parte de la población que vive en la pobreza, los efectos del crecimiento económico y del desarrollo social son positivos para la salud y el bienestar de la población, incluyendo la seguridad alimentaria y el acceso a los servicios de salud, particularmente si se logra una estratificación de la población por características demográficas y socioeconómicas esenciales (19).

Enfrentar una crisis circunstancial es muy diferente a vivir crónicamente en crisis, sin tener la bonanza ni siquiera como una excepción.

En consecuencia, emergen del debate sobre el artículo de Tapia, cuestionamientos y demandas sobre modelos conceptuales, dimensiones e indicadores más adecuados para evaluar los efectos de las crisis en la salud y en el bienestar de la población, controlando el efecto de los sistemas y servicios de salud.

El autor destaca que las tasas de mortalidad bruta total son fáciles de entender y sus grandes variaciones a corto plazo pueden proveer una indicación aproximada de la evolución de la salud de la población. El estudio de las estadísticas vitales tiene muchas ventajas vinculadas al flujo continuo de registros, a la facilidad de obtención y a la comparabilidad internacional; pero la información sobre la incidencia de las enfermedades son mucho más difíciles de obtener.

No obstante, la mortalidad puede presentar problemas relacionados con la calidad de la información y la excesiva agregación de los datos, sin expresar con precisión los deterioros en la situación de salud de la población producto de la crisis, que tal vez puedan estar mejor caracterizadas por la morbilidad aguda y crónica y por la utilización de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios (20). Como señala el autor, para hacer estimaciones finas de la evolución de la salud de la población, las tasas brutas de mortalidad son insuficientes, porque tienen una importante influencia de la estructura etaria de la población. Una sociedad en proceso de envejecimiento puede generar una alta tasa de mortalidad, aunque las condiciones de salud sean buenas. Además, los efectos negativos de la crisis sobre la salud, incluyendo la mortalidad, pueden ser más evidentes en municipios más pobres y remotos y en poblaciones con menores niveles de ingresos, peor nivel educacional y en migrantes, negros y latinos (5).

Por lo tanto, el hecho de no encontrar un efecto negativo de las crisis económicas en la mortalidad general no quiere decir que no exista. Al contrario, puede indicar que el estudio de medias de mortalidad (tasa bruta) y de bienestar (esperanza de vida) de grandes agregados contextuales, generalmente países y población total, puede esconder el efecto particular de las crisis, frente a la

tendencia histórica de disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida.

En este sentido, se destaca el valor de las encuestas poblacionales de gran alcance y capacidad de detalle, que recolecten datos rápidamente y produzcan resultados con igual velocidad. Las encuestas con datos primarios son más adecuadas para detallar los efectos de la crisis, a corto y a largo plazo, en diferentes grupos socioeconómicos, ocupacionales, etarios, étnicos, de escolaridad y otras características relevantes. Controlando la potencial falacia de los estudios ecológicos (21), se aumenta la probabilidad de identificar los efectos negativos de la crisis, que ciertamente serán más evidentes entre los más pobres y vulnerables. También permiten evaluar las diferencias entre los grupos de comparación, aumentando nuestro entendimiento sobre el potencial de las crisis para exacerbar las inequidades. A pesar de las dificultades y costos, los estudios longitudinales también son recomendados para evidenciar los efectos de la crisis a largo plazo (15).

El artículo de Tapia Granados profundiza el debate sobre los efectos de la crisis en la reducción de la mortalidad al observar la tendencia de las tasas de mortalidad en España y comparar sus oscilaciones en diferentes países y crisis desde 1930. La hipótesis de que la crisis posee efectos benéficos sobre la mortalidad parece bien fundamentada, pero no agota las posibilidades de un estudio más pormenorizado, que permita el entendimiento de los aspectos dudosos, ambiguos, sorprendentes e inesperados que señala el texto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud Colectiva*. 2014;10(1):81-91.
2. Cornia GA, Panicià R. *The mortality crisis in transitional economies*. New York: Oxford University press; 2000.
3. 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.
4. Facchini LA. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. En: Buschinellim JTP, Rocha LE, Rigotto RM. *Isto é trabalho de gente?: Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes; 1993. p. 33-55.
5. Navarro V. Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *Lancet*. 1990;336(8725):1238-1240.

6. McKeown T. The modern rise of population. New York, NY: Academic Press; 1976.
7. Ruhm CJ. Are recessions good for your health? Quarterly Journal of Economics. 2000;115(2):617-650.
8. Gerdtam 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. McKinlay JB, McKinlay SM, Beaglehole R. Trends in death and disease and the contribution of medical measures. En: Freeman HE, Levine S, editors. Handbook of Medical Sociology. 2a ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1989. p. 14-45.
12. 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.
13. 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.
14. Galobardes B, Lynch JW, Smith GD. Is the association between childhood socioeconomic circumstances and cause-specific mortality established?: Update of a systematic review. Journal of Epidemiology and Community Health. 2008;62(5):387-390.
15. Khang YH, Lynch JW, Kaplan GA. Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. International Journal of Epidemiology. 2005;34(6):1291-1301.
16. Rolden HJ, van Bodegom D, van den Hout WB, Westendorp RG. Old age mortality and macroeconomic cycles. Journal of Epidemiology and Community Health. 2014;68:44-50.
17. Colgrove J. The McKeown thesis: a historical controversy and its enduring influence. American Journal of Public Health. 2002;92(5):725-729.
18. Falagas ME, Vouloumanou EK, Mavros MN, Karageorgopoulos DE. Economic crises and mortality: a review of the literature. International Journal of Clinical Practice. 2009;63(8):1128-1135.
19. Facchini LA, Nunes BP, Motta JVS, Tomasi E, Silva SM, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Dilélio AS, Saes MO, Miranda VIA, Volz PM, Osório A, Fassa AG. Insegurança alimentar no Nordeste e Sul do Brasil: magnitude, fatores associados e padrões de renda per capita para redução das iniquidades. Cadernos de Saúde Pública. 2014;30(1):161-174.
20. Kim H, Chung WJ, Song YJ, Kang DR, Yi JJ, Nam CM. Changes in morbidity and medical care utilization after the recent economic crisis in the Republic of Korea. Bulletin of the World Health Organization. 2003;81(8):567-572.
21. Rothman KJ, Greenland S. Modern epidemiology. 2a ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1998.

FORMA DE CITAR

Facchini LA, Nunes BP. Las complejas relaciones entre crisis económica y salud: la mortalidad general disminuye pero el problema no está resuelto. Salud Colectiva. 2014;10(1):98-101.

¿La Gran Recesión como causa de mejoras de la salud? Respuesta a mis críticos

The Great Recession, a cause of health improvement? A reply to my critics

Tapia Granados, José A.¹

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

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

Mi afirmación (1) de que la crisis ha tenido paradójicamente un efecto beneficioso para la salud en Europa ha provocado respuestas que van desde la matización y la puntualización (2,3) hasta el rechazo más o menos rotundo de quienes sugieren que soy un irresponsable por decir tal cosa (4), o señalan que “es equivocada la generalización de un efecto positivo de la crisis” (2). En esta nota contestaré las críticas concretas.

La Parra y Álvarez-Dardet (3) critican que en mi trabajo la posible asociación entre crisis económica y salud “no se analiza mediante ninguna técnica de análisis multivariable o bivariable”, a pesar de lo cual afirmo que hay una “correlación positiva entre la variación del desempleo y el aumento de la esperanza de vida al nacer”. Esta crítica es sorprendente, dado que mi trabajo