

# Evidencias y reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la sanidad

PEDRO GALLO\* Y JOAN GENÉ-BADIA\*\*

## RESUMEN

Los distintos gobiernos de España decidieron impulsar una serie de reformas y políticas sanitarias como respuesta a la crisis económica que, en un principio, se estimaron necesarias a corto plazo, pero que han ido ganando naturaleza de cambio significativo en nuestro sistema de salud. Este trabajo trata de recoger y ordenar para su lectura y análisis esos cambios, así como su impacto sobre la salud de la población. Los estudios publicados hasta la fecha apuntan a impactos tanto positivos como negativos, si bien es esperable que un desempleo y una pobreza sostenida en el tiempo perjudiquen seriamente la salud.

## 1. ANTECEDENTES

Los primeros años de la crisis (2009-2010) impulsaron la aprobación de recortes en el gasto público destinado a sanidad, medidas que se presentaron como necesarias a corto plazo para equilibrar los presupuestos públicos. Se ha argumentado que estas primeras acciones se caracterizaron por un cierto cariz incrementalista, falta de enfoque estratégico, poca visión a largo plazo

\* Universidad de Barcelona, Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones (pgallodep@ub.edu).

\*\* Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample (CAPSE) y Universidad de Barcelona, Departamento de Salud Pública (jgene@clinic.ub.es).

y poca participación de los profesionales o de los usuarios de la sanidad (Gene-Badia *et al.*, 2012). Como resultado de todo ello se observó una reducción significativa en la actividad quirúrgica y clínica, despidos de personal, reducciones salariales, demora en los pagos a los proveedores y una suspensión de las principales decisiones de inversión<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> En 2010, el Congreso aprobó una reducción de sueldos del 5,7 por ciento para todos los funcionarios públicos españoles, incluyendo la mayoría de personal de atención de la salud (BOE, 2010a), dos decretos (BOE 2010a y 2010b) sobre precios de los medicamentos, y un tercero (BOE, 2011) sobre prescripción según principio activo o dispensación farmacéutica de la opción terapéutica más barata. A nivel de comunidad autónoma se impulsaron otras muchas medidas. Por ejemplo, el Gobierno catalán puso en marcha las siguientes: (i) despidos laborales entre los trabajadores temporales en el sector público, en particular en el sector de la salud (a modo de ejemplo, en el principal proveedor público de servicios de salud, el Instituto Catalán de la Salud, la plantilla pasó de 46.000 a 42.000 [García-Rada, 2011]); (ii) una reducción del 6,8 por ciento en el presupuesto catalán de salud 2011, similar a la aprobada en 2007, con la consiguiente racionalización del gasto por parte de los gestores sanitarios públicos; (iii) reducciones en el número de horas-hombre de los médicos que trabajan para el sector público, o, alternativamente, aumento de la actividad sin el correspondiente aumento de sueldo; (iv) cierre de servicios y camas de hospital, tanto en los hospitales públicos como entre los proveedores concertados, a fin de cumplir con topes presupuestarios; (v) en general, un total de 3.200 camas hospitalarias se cerraron durante el período de verano, casi una de cada cuatro. Se reabrieron parcialmente pasado el periodo vacacional; (vi) cierre de la atención primaria de emergencia en las zonas rurales, para favorecer los servicios de urgencias de los hospitales y la atención telefónica; (vii) cambios en los criterios de priorización de listas de espera (Generalitat de Catalunya, 2011) y (viii) una reducción del presupuesto del 5 por ciento en todos los servicios contratados por el sector público, en particular, en el sector de la atención hospitalaria catalán.

Los expertos sanitarios advirtieron de las posibles consecuencias que a largo plazo tendrían esas primeras medidas anticrisis, incluyendo un aumento significativo de las necesidades de atención de salud, mayores listas de espera, un empeoramiento de la situación entre los pacientes crónicos, y un peor estado de salud para la población. La percepción general era crítica con los recortes y con el hecho de que una situación de crisis no estaba siendo aprovechada como una oportunidad para impulsar las reformas necesarias en el sistema sanitario, en cómo se presta la asistencia sanitaria mejor y en cómo se financia el sistema y se hace sostenible.

En noviembre de 2011, el Partido Popular ganó las elecciones generales en España. Los escenarios económicos y sociales heredados del anterior Gobierno socialista incluían, desde una comparativa europea, un gasto bajo en protección social, una alta tasa de desempleo, un gasto en sanidad inferior al promedio de la OCDE, una creciente deuda pública, y un elevado déficit público. Aunque España como país se enfrentaba a un problema de déficit importante, esa situación mostraba ser más una consecuencia de la caída de los ingresos por la crisis que de un exceso en el gasto social (Gallo y Gené-Badía, 2013).

## 2. LAS REFORMAS Y LAS POLÍTICAS EN MATERIA DE SANIDAD 2011-2014

En abril de 2012, el Gobierno popular aprobó el Real Decreto Ley (RDL) 16/2012 etiquetado como de “medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones” (BOE, 2012a). En su conjunto, las medidas contenidas en el RDL apuntan a tres objetivos: (i) aumentar los recursos financieros para el sistema, (ii) controlar el gasto, y (iii) aumentar la eficiencia del sistema de salud. Este RDL podría ser considerado como una de las piezas más importantes de la legislación de política sanitaria española desde la aprobación de la Ley General de Sanidad en 1986.

A continuación, se presentan los principales cambios que se introducen en el sistema, las consecuencias que están teniendo, y los roles desempeñados por los actores y organizaciones más relevantes. Tomando como referencia un marco desarrollado por Mladovsky para el

análisis de las respuestas sanitarias a la crisis en Europa (Mladovsky *et al.*, 2012), se han clasificado las medidas contenidas en el RDL, así como en otras normas relacionadas, en tres grupos: (1) políticas destinadas a cambiar el nivel de las contribuciones a financiar públicamente la atención de salud, (2) políticas destinadas a modificar el volumen y la calidad de la atención sanitaria financiada públicamente, y (3) políticas destinadas a controlar los costes.

- Políticas destinadas a cambiar el nivel de las contribuciones a financiar públicamente la atención de salud

Cabe señalar en primer lugar que el Gobierno central generó nuevos ingresos mediante la introducción de cambios en su política fiscal. Especialmente relevante fue la subida del IVA del 18 al 21 por ciento (tipo estándar), y del 8 al 10 por ciento (tipo reducido). Estos cambios, junto a otras acciones en materia de impuestos directos, indirectos y de sociedades permitió al Gobierno estimar una recaudación adicional de 11.237 millones de euros en 2012 (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2013). Sin embargo, los ingresos de estos impuestos no son finalistas y no se destinan necesariamente a una mejor financiación de la atención sanitaria.

En segundo lugar, los últimos años se han caracterizado por restricciones presupuestarias importantes en el sistema de salud, tanto a nivel nacional como autonómico. Por ejemplo, en 2012 y 2013 los presupuestos sanitarios del Gobierno central se redujeron en 13,7 por ciento y 22,6 por ciento, respectivamente (BOE, 2012b y 2012c). Como es conocido, las comunidades autónomas son las principales responsables de la organización y garantía de provisión de la asistencia sanitaria a su población, y gestionan por tanto la gran mayoría de los recursos disponibles para sanidad. En 2010 las diecisiete comunidades autónomas asignaron conjuntamente 59.767 millones de euros a la atención sanitaria. La cifra para 2014 se quedó 6.700 millones de euros por debajo, acumulando una reducción del 11,4 por ciento desde 2010 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015a).

Por último, refiriéndonos específicamente a las medidas contenidas en el RDL 16/2012, se ha producido un cambio sustancial en las aportaciones económicas que hacen los usuarios de la sanidad pública, el llamado copago sanitario. Esta ha sido probablemente una de las medi-

das más polémicas del RDL. El cuadro 1 muestra los detalles del aumento de la participación del usuario en el coste de los fármacos. En referencia al incremento de los copagos cabe hacer mención a dos cuestiones importantes. En primer lugar, el hecho de vincular el copago a los ingresos individuales parece que mejora la progresividad del modelo anterior. Se debería confirmar con datos este aspecto. En segundo lugar, se desconoce en gran medida el volumen de ingresos que generará esta medida, en qué grado se desincentivará el consumo de fármacos, y qué grupos socioeconómicos se verán más afectados por estos copagos. Las dudas que plantea la medida sobre la equidad del sistema requieren estudios serios de impacto.

Finalmente, de manera adicional, algunas comunidades autónomas –por ejemplo, Cataluña y Madrid– llegaron a aprobar el pago de un cargo añadido de un euro por caja de medicamentos dispensados en la farmacia, con un límite máximo de 61 euros por año y persona. El Tribunal Constitucional estudió las bases legales de este suplemento y acabó dictaminando que esta política debía ser suspendida.

- Las políticas destinadas a modificar el volumen y la calidad de la atención sanitaria financiada públicamente

El gasto público en atención sanitaria está en gran medida condicionado por el volumen de servicios o programas que se ofrecen con cargo al erario público, es decir, aquello que como usuarios tenemos derecho a recibir. A

este respecto, el RDL 16/2012 redefine las Carteras de servicios sanitarios públicos. Una primera Cartera de servicios se etiqueta como “común” y se aplica en todo el país. Esta Cartera común se subdivide a su vez en tres subcarteras: servicios y productos básicos, suplementaria y accesoria. La subcartera básica se refiere a todos los productos y servicios disponibles para las personas que están aseguradas y a sus beneficiarios. La Cartera suplementaria identifica todos aquellos otros servicios y productos que implican algún coste compartido por el usuario, principalmente medicamentos, productos ortoprotésicos y dietéticos. La tercera Cartera se refiere a otros servicios y productos en gran parte coadyuvantes o accesorios; en muchos de estos casos, la participación del usuario está aún por definir y puede llegar a ser del 100 por ciento. En el futuro, los fármacos y algunos servicios específicos tales como los de ambulancia no urgentes, ciertos medicamentos hospitalarios, sillas de ruedas, prótesis o audífonos, entre otros, pueden verse excluidos de la financiación pública al entrar a formar parte de esta Cartera.

Una segunda Cartera de servicios se etiqueta como “complementaria” y se refiere a aquellos servicios y productos adicionales que, al ser definidos por las comunidades autónomas, deben financiarse con cargo a los ingresos propios de esas comunidades autónomas. De hecho, dicha Cartera ya existía en la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Sanitario. Ejemplos de este tipo de servicios podrían ser determinados tratamientos de fertilidad, o de cambio de sexo, entre otros.

CUADRO 1

**PARTICIPACIÓN DEL USUARIO EN EL COSTE DE LOS MEDICAMENTOS EN ESPAÑA (EN PORCENTAJE)**

	TRABAJADORES		PENSIONISTAS	
	Pre-RDL 16/2012	Post-RDL 16/2012	Pre-RDL 16/2012	Post-RDL 16/2012
Desempleados de larga duración y pensiones no contributivas	0	0	0	0
Ingresos < 18.000€/año	40	40	0	10 (Límite 8€/mes)
Ingresos > 18.000€/año	40	50	0	10 (Límite 18 €/mes)
Ingresos > 100.000€/año	40	60	0	60 (Límite 60 €/mes)

Fuente: Elaboración propia a partir del RDL 16/2012 (BOE, 2012a).

Pero, ¿qué es realmente nuevo en todo esto? En primer lugar, una serie de servicios y productos originalmente financiados públicamente ya no están disponibles de forma gratuita al incluirse en cualquiera de las carteras suplementaria o accesorias (que implican copagos de algún tipo por parte del usuario), o simplemente se excluyen<sup>2</sup>. Este es un cambio importante: se dejan de financiar parcial o totalmente productos y servicios, es decir, se reduce la cartera de servicios. En segundo lugar, el RDL redefine quién tiene derecho a la atención sanitaria y quién no (BOE, 2012a y 2012d). Antes de que el RDL fuese aprobado, todos los residentes en el territorio español tenían derecho a la asistencia sanitaria pública (cobertura universal), independientemente del origen y de la condición legal. El RDL vincula explícitamente el derecho a percibir asistencia sanitaria pública a la contribución económica al sistema. Se reemplaza por tanto el concepto de “ciudadanía” por el de “asegurado” (aquel/la que paga o ha pagado algún tipo de contribución a la Seguridad Social) y por el de “beneficiario” (cónyuge e hijos menores de 26 del asegurado/a). Los jóvenes de más de 26 años que nunca han entrado en el mercado de trabajo y los inmigrantes ilegales quedan excluidos por este RDL de percibir la atención médica de la que antes del RDL sí disfrutaban<sup>3</sup>.

En su conjunto, se trata de una reforma importante del modelo sanitario, ya que viene a legitimar y vincular la percepción de un servicio público como el sanitario al hecho de haber contribuido directamente a su financiación vía Seguridad Social y copagos, condiciones más propias de modelos bismarckianos que de los modelos Beveridge o NHS (Durán, 2012; García-Rada, 2012a). Ello resulta cuando menos paradójico, dado que el sistema sanitario español se financia en gran medida a través de impuestos, no a través de contribuciones a la Seguridad Social, y contamos con una tasa de paro muy por encima de la UE.

Con estas medidas, el sistema acaba excluyendo a una serie de grupos –los inmigrantes ilegales son los más numerosos–, que, en realidad, ya están contribuyendo a las arcas públicas.

<sup>2</sup> Con efectos de 1 de septiembre de 2012 se excluyeron de la financiación pública más de 400 medicamentos, dado que convivían con otros con los que compartían principio activo y dosis o que estaban indicados en el tratamiento de síntomas menores (BOE, 2012f; Antoñanzas *et al.*, 2014).

<sup>3</sup> El RDL contiene además otras medidas para prevenir el abuso por parte de los visitantes extranjeros de la atención médica gratuita en España, (BOE 2012a).

De hecho, muchos inmigrantes ilegales pueden tener la residencia en España y pagar los impuestos indirectos propios del consumo de bienes y servicios que hagan. Sin embargo, se les niega la asistencia sanitaria plena al no tener o no haber tenido un contrato laboral. El RDL hace algunas excepciones a esta situación en casos de accidente, enfermedad grave, embarazo, parto, y menores de dieciocho años, pero estos eran beneficios ya contemplados por una ley específica para la población inmigrante (BOE, 2000). Recientemente, y ante la presión de algunas comunidades autónomas que en su momento se negaron a aplicar esta parte del RDL, el Gobierno está reconsiderando devolver a los inmigrantes ilegales la posibilidad de acceder plenamente a la asistencia sanitaria<sup>4</sup>.

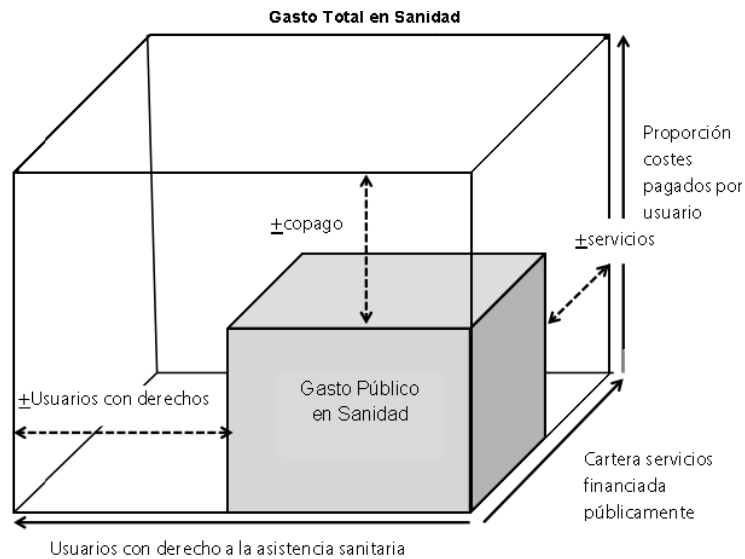
– Políticas destinadas a controlar los costes

Una de las principales políticas de reducción de gasto público en salud ha sido la reducción de los salarios y las condiciones laborales de los trabajadores del sector. En esa dirección se han impulsado medidas tanto a nivel autonómico como estatal. A nivel estatal destaca una reducción del 7,1 por ciento del salario del profesional, una reducción en las horas y días de representación sindical, y un aumento en el número de horas laborales semanales de 35 a 37,5 para los médicos y enfermeras en la atención primaria (BOE, 2012a, 2012c y 2012e). A nivel autonómico, en Cataluña, el Instituto Catalán de la Salud ha restringido complementos salariales fruto de la exclusividad, la formación, la dedicación a tiempo completo, sustituciones, refuerzos, la actividad realizada por la tarde y las horas extraordinarias. Además, los médicos y personal de enfermería han experimentado retrasos en el pago de los complementos por carrera profesional, y vieron reducidos a la mitad los incentivos económicos vinculados al cumplimiento de objetivos (DPOs) (DOGC, 2012). Otros proveedores en el

<sup>4</sup> Es bien sabido que los inmigrantes ilegales con enfermedades tropicales y VIH buscan atención en el sistema demasiado tarde. Se argumenta que su exclusión de la atención regular podría empeorar la situación y, en última instancia, tendría repercusiones para la salud de toda la población (Suhrcke *et al.*, 2011; Pérez-Molina *et al.*, 2012; Díaz-Menéndez *et al.*, 2012). Algunas comunidades autónomas como Canarias, Andalucía, Asturias o País Vasco idearon sistemas para seguir ofreciendo una atención sanitaria completa al colectivo de inmigrantes. Recientemente, algunas comunidades autónomas como la Comunidad Valenciana, Aragón, Baleares o Cantabria anunciaron diferentes regulaciones para devolver a este colectivo el derecho a la tarjeta sanitaria, antes incluso de que el Gobierno central ponga sobre papel una propuesta nueva en este asunto.

FIGURA 1

## GASTO TOTAL Y GASTO PÚBLICO EN SANIDAD



Fuente: Elaboración propia.

sistema catalán –entidades concertadas– no están aplicando todos estos cambios.

El RDL 16/2012 contiene también medidas destinadas a aumentar la eficiencia del sistema, incluyendo la centralización de las compras de los suministros, acciones sobre el ahorro de energía, la adecuación en la presentación de los fármacos y la congelación de precios de ciertos medicamentos. Así, la primera compra centralizada de medicamentos, aprobada en diciembre de 2012 esperaba generar un ahorro de 80 millones de euros (*El País*, 2012b). Muchas de estas acciones dirigidas a mejorar la eficiencia están aún por desplegarse. Por ejemplo, el RDL menciona explícitamente que se ha de considerar el criterio coste-efectividad en la determinación y financiación de los programas y los servicios cubiertos con fondos públicos, y aun siendo un paso adelante en el uso de criterios de racionalización explícitos, hasta la fecha poco se ha hecho en este sentido.

Algunas autonomías han confiado tradicionalmente en una mezcla público-privada para la prestación de atención de salud a su población. Este es el caso en Cataluña, y se ha intensificado en la Comunidad Valenciana y en Madrid. En diciembre de 2012, la Asamblea de Madrid

acordó favorecer la gestión privada de seis hospitales adicionales construidos en 2008 bajo una iniciativa de financiación privada (similar a la *PFI-Private Finance Initiative*<sup>5</sup> en el Reino Unido), así como 27 centros de atención primaria de la comunidad autónoma que prestan asistencia a alrededor de 1,5 millones de personas (*El País*, 2013). El argumento principal del uso de esta iniciativa privada es la esperada reducción de costes, manteniéndose los estándares de equidad y calidad. Sin embargo, hay una sorprendente ausencia de evidencia científica de calidad sobre el mérito de estas iniciativas, mientras que experiencias ya publicadas relativas a la Comunidad Valenciana ofrecen dudas acerca del efectivo control de costes, la optimización de recursos y la supervisión del rendimiento (Peiró y Meneu, 2015).

En resumen, como se aprecia en la figura 1 los cambios más relevantes en el sistema introdu-

<sup>5</sup> La PFI-Private Finance Initiative es una forma de crear iniciativas de colaboración público-privadas mediante la financiación de proyectos de infraestructura pública con capital privado. Se desarrollaron inicialmente por los gobiernos de Australia y el Reino Unido, y sus variantes han sido adoptadas en muchos países como parte de un programa más amplio de privatización y financiación, impulsado por un aumento de la necesidad de la rendición de cuentas, o por la necesidad de acometer la obra o infraestructura pública sin necesidad de reflejar una cantidad importante de deuda en los balances.



cidos recientemente buscan la reducción o contención del gasto público incidiendo en cuatro ámbitos: (i) quién tiene derecho a la asistencia sanitaria, (ii) a qué tiene derecho esa población, (iii) qué parte del coste de los servicios va a recaer en el consumidor/usuario de esos servicios, y (iv) reducción de salarios y condiciones de trabajo en el sector, junto a algunas mejoras de la eficiencia interna.

### 3. ACTORES Y ORGANIZACIONES

#### 3.1. Sistema sanitario

En primer lugar, se ha producido un aumento de las listas de espera en el conjunto de sistema, y de forma importante en algunas comunidades autónomas, una tendencia que parece estabilizarse en el último año 2014. Según datos del Sistema de Información de Listas de Espera del SNS (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2014a y 2015d), las listas de espera quirúrgicas empezaron a subir especialmente a partir de diciembre 2011, disparándose el porcentaje de pacientes en listas de espera quirúrgicas de más de seis meses, que pasó del 9,9 por ciento al 16,5 por ciento (en diciembre de 2012). Desde entonces, esa tasa parece haberse moderado o bajado ligeramente hasta el 13,7 por ciento (diciembre de 2013) y hasta el 9,4 por ciento (diciembre 2014). Asimismo, el tiempo medio de espera ha pasado de 76 días (junio 2012) hasta los 101 días (junio 2013), bajando de nuevo a 87 días (diciembre 2014). En cuanto a las listas de espera para consultas externas y especialistas, el porcentaje de pacientes con citas a más de 60 días ha pasado de 34 por ciento en 2007 a 38,9 por ciento en 2013 y a 38,6 por ciento en 2014, y el tiempo medio de espera de 59 a 67 y a 65 días respectivamente.

En su conjunto, se observa un aumento de las listas de espera que probablemente responde a una menor oferta de servicios quirúrgicos y asistenciales fruto de los recortes sanitarios y de las políticas de austeridad (Urbanos y Puig-Junoy, 2015). Está por ver, no obstante, el impacto en salud de estos mayores tiempos de espera. De momento se puede afirmar que uno de los indicadores de calidad y respuesta del sistema –las listas de espera– ha empeorado de forma evidente.

En segundo lugar, en Cataluña por ejemplo –comunidad autónoma con un sistema centralizado de información sanitaria– parece que los equipos de atención primaria mantienen su capacidad de resolución. Así, la tasa de hospitalizaciones evitables se ha mantenido estable e incluso ha disminuido recientemente, pasando del 10,1 en 2012 al 9,8 en 2014 (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2015a y 2015b). En general, por tanto, el sistema parece estar adaptándose a los recortes, probablemente mirando internamente para mejorar su eficiencia. No obstante, se necesitan datos más detallados para evaluar el efecto a medio y largo plazo de la reducción de la oferta de servicios de salud.

En tercer lugar, el consumo de productos farmacéuticos ha caído como consecuencia de la aplicación de los recortes y copagos. Estas medidas han tenido un efecto tanto sobre el número de recetas totales como sobre el gasto que representan. Así, en octubre de 2013, el importe del ahorro estimado por el Ministerio de Sanidad era de 2.125 millones de euros a los 14 meses de la aplicación del RDL –un 15,58 por ciento– y el descenso en el número de recetas se estimó en 127.226.202 de euros (13,07 por ciento) (Antoñanzas *et al.*, 2014). Los datos del Ministerio de Sanidad sobre recetas y su gasto asociado hasta diciembre de 2014 muestran, en efecto, que se ha reducido significativamente el número absoluto de recetas facturadas en el SNS (20 millones de recetas menos de media al mes), así como el gasto asociado a ellas (200 millones de euros menos de media al mes) desde la aplicación del RDL de julio de 2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015b).

Hay algunos datos, no obstante, que inducen a pensar que esta reducción no ha sido homogénea en todos los fármacos recetados, siendo mayor entre los medicamentos para enfermedades crónicas que entre los de patologías agudas (IMS, 2012). De confirmarse estos primeros indicios sería esperable un aumento en el uso de los servicios hospitalarios en el futuro y un empeoramiento con el tiempo de algunas patologías crónicas debido a decisiones de automedicación inapropiadas.

Por último, las restricciones sobre las finanzas públicas han dado lugar a un retraso importante en el pago a proveedores y han provocado, en consecuencia, numerosas protestas. Los jefes de oficina de farmacia se llegaron a declarar en huelga en Cataluña y la Comunidad Valenciana

(*El País*, 2012c). A su vez, algunas empresas farmacéuticas, un sector muy afectado por los retrasos en pagos, llegaron a amenazar con no cumplir con los pedidos. En la práctica no ha habido escasez de suministros de medicamentos. El retraso en los pagos también afecta a los proveedores de salud concertados, particularmente en Cataluña. Algunos de estos proveedores están tratando a los pacientes por debajo del costo de producción, lo que pronto puede colocarlos en una situación financiera difícil (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2012).

### 3.2. Profesionales

Como consecuencia de los recortes sanitarios, un importante movimiento de protesta se ha extendido por todo el país dirigido por profesionales de la salud y seguido por grandes sectores de la población. La Organización Médica Colegial, que representa a todos los médicos que ejercen en España, advirtió ya en 2013 que los cambios introducidos en el sistema podrían causar un grave daño a la salud de la población (OMC, 2013). Más de 1.300 profesionales en el sistema se declararon “objetores de conciencia” al poco de aprobarse el RDL, afirmando que no iban a excluir a los inmigrantes ilegales de la atención sanitaria (García-Rada, 2012b).

Por otra parte, el anuncio público de la privatización de seis hospitales y centros de atención primaria en la Comunidad de Madrid ha desatado una serie de manifestaciones y protestas profesionales, y un considerable número de directores de atención primaria y administradores del hospital dimitieron de sus cargos (García Rada, 2012c).

### 3.3. Población general

Los recortes en el gasto y los servicios públicos dieron lugar a protestas en la forma de dos huelgas generales en 2012 (12 de mayo y 14 de noviembre) y, literalmente, a miles de manifestaciones locales (*Público.es*, 2013) y movimientos sociales. La percepción social de la crisis y los recortes en sanidad se han reflejado solo parcialmente en los indicadores de opinión que recoge el *Barómetro Sanitario*. La gran mayoría de la población afirma que el sistema sanitario fun-

ciona razonablemente, si bien este porcentaje ha ido en ligero descenso en los últimos siete años, pasando del 50 por ciento al 45 por ciento en el periodo 2006-2013 (Fedea, 2014). El grado de satisfacción con los servicios recibidos desde el año 2006 se ha incrementado, llegando al 55 por ciento la población que declara estar “bastante satisfecha” o “muy satisfecha” con el sistema. Ese aumento se ha observado sobre todo en los primeros años de la crisis (2009-12), bajando ligeramente en el 2013. Si consideramos la categoría adicional de “medianamente satisfecha” el porcentaje de población que muestra satisfacción con el sistema se eleva al 84 por ciento<sup>6</sup>. Quizás el aspecto más negativo recogido por el *Barómetro Sanitario* sea la percepción que tiene la población sobre las listas de espera. En 2011 el porcentaje de población que opinaba que el problema de las listas de espera había empeorado era del 17 por ciento, pasando al 34 por ciento en 2013 (Fedea, 2014) y al 38,9 por ciento en el 2014 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014d).

En general, los ciudadanos se han distanciado considerablemente de los políticos, y el 95 por ciento cree que los partidos políticos protegen a los acusados de corrupción (Garea, 2013). De acuerdo con el *Barómetro* del CIS (septiembre de 2015), la población general afirma que los propios políticos son el cuarto problema importante en el país (21,7 por ciento) después de desempleo (78,6 por ciento), la corrupción y el fraude (39,5 por ciento), y los problemas de índole económica (25,3 por ciento), siendo la sanidad la quinta preocupación de la población (10,7 por ciento)<sup>7</sup>.

## 4. LAS CONSECUENCIAS SOBRE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Probablemente es demasiado pronto para evaluar plenamente el impacto de la crisis finan-

<sup>6</sup> Una explicación plausible del nivel de satisfacción con el sistema sanitario podría ser un cambio en las expectativas de los usuarios. En un modelo de consumo tradicional, un mayor nivel de satisfacción puede estar reflejando menores expectativas sobre los servicios recibidos (Baron-Epel *et al.*, 2001).

<sup>7</sup> A pesar de su desafección hacia la clase política, la población todavía aprecia la asistencia sanitaria pública y abraza la solidaridad, y España sigue siendo el país líder de donación de sangre y de órganos en Europa (Newsletter Transplant, 2012).

CUADRO 2

## EVOLUCIÓN DE UNA SELECCIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD 2007-2012

<i>Indicadores con evolución positiva</i>	<i>Indicadores con evolución preocupante</i>	<i>Indicadores con evolución negativa</i>
- Esperanza de vida al nacer	- Mortalidad infantil	- Problemas y enfermedades crónicas/larga duración
- Esperanza de vida en buena salud	- Bajo peso al nacer	- Variación interanual de altas hospitalarias y mentales
- Número de años perdidos de vida potencial	- Enfermedad crónica	- Obesidad
- Estado de salud percibido	- Altas en general y por enfermedades mentales	- Obesidad infantil
- Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes	- Defunciones según causas de muerte más frecuentes	- Tasa de pobreza y coeficiente de Gini
- Consumo de tabaco	- Número total de horas efectivas trabajadas	- Gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total (países OCDE)
- Víctimas de accidentes de tráfico		
- Accidentes de trabajo		- Listas de espera CC.AA.

Fuente: Fedea, 2014.

ciera y de estas reformas en el nivel de salud de la población. Sin embargo, podemos sintetizar algunas de las evidencias hasta la fecha, siempre alertando a los lectores de que se trata de primeros impactos, y de que en cualquier caso estamos aún lejos de captar en su plenitud los efectos acumulativos y a largo plazo de la crisis y de las políticas de austeridad.

Uno de los estudios más recientes al respecto es el publicado por Fedea (2014). El informe recoge la evolución comparada de un gran número de indicadores de salud para el período 2007-2012, incluyendo esperanza de vida, tasas y causas de mortalidad, mortalidad infantil, estado de salud percibido, enfermedades crónicas, enfermedades mentales, utilización de servicios sanitarios, factores de riesgo, pobreza y desigualdad, gasto sanitario y satisfacción de los usuarios.

La crisis y la austeridad parecen tener tanto luces como sombras. El cuadro 2 recoge los resultados principales del informe Fedea, y en ella se observa que algunos de los indicadores de salud más clásicos no parecen haber sufrido empeoramiento alguno en el periodo 2007-2012/13, más bien al contrario: la esperanza de vida aumenta en 1,3 años, y la esperanza de vida en buena

salud (libre de enfermedad o discapacidad), en 2,3 años. El estado de salud autopercebido por la población también mejora, tanto si miramos los datos oficiales de la OCDE, los del *Barómetro Sanitario* (Fedea, 2014) o los de agencias públicas autonómicas (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2014). Otras investigaciones publicadas confirman estos datos también. Regidor *et al.* (2014), por ejemplo, apuntan que la salud en España ha continuado mejorando durante los primeros cuatro años de la crisis económica a una ratio igual o mayor que los años previos a la crisis.

Respecto a los factores de riesgos para la salud, el hábito tabáquico muestra una evolución muy favorable. En el periodo 2006-2012, muy posiblemente como efecto de las leyes anti-tabaco en España, se produce un descenso en los fumadores diarios del 26 por ciento, aumentando en un 24 por ciento las personas que nunca han fumado. (Fedea, 2014). Las muertes por accidentes de tráfico y laborales también registran datos positivos, con reducciones de 30 por ciento (2009-2012) y 53 por ciento (2007-2012), respectivamente. La obesidad, no obstante, aumenta ligeramente en el periodo de crisis aunque no parece tener demasiada relación con la crisis



económica en sí, sino con una tendencia de hace más de veinte años de crecimiento sostenido.

Otros indicadores de salud no ofrecen un paisaje tan alentador. El mismo informe Fedea establece que los indicadores del estado de salud de la población infantil no presentan una evolución positiva. La mortalidad infantil se ha estancado desde 2009, el peso al nacer ha empeorado durante los años de crisis, la prevalencia de enfermedades crónicas ha aumentado en dos puntos en los tres últimos años disponibles (especialmente preocupante es el salto entre 2011 y 2012), así como la utilización de servicios hospitalarios asociados a diabetes, depresión, ansiedad y otros trastornos mentales.

En efecto, uno de los impactos más negativos de la crisis se ha localizado en la salud mental, especialmente la de la población adulta. Gili *et al.* (2014) apuntan que la recesión ha aumentado significativamente la frecuencia de trastornos mentales y el abuso de alcohol entre pacientes de la atención primaria, especialmente en familias con desempleados y dificultades para hacer frente a la hipoteca. En el informe SESPAS 2014 se estima que los trastornos del estado de ánimo aumentaron un 19 por ciento entre 2006 y 2010, los trastornos de ansiedad un 8 por ciento, y los trastornos por abuso de alcohol un 5 por ciento (este último especialmente en mujeres). El desempleo se apunta como el factor de riesgo más importante para explicar este aumento. Por último, Vicente-Sánchez *et al.* (2013) muestran que el consumo de ansiolíticos e hipnóticos se incrementó en España de 2000-11, siendo el aumento superior incluso al reportado en otros países europeos.

Por su parte, López-Bernal *et al.* (2013) sostienen que la crisis financiera en España se ha asociado con un aumento relativo de los suicidios. Los hombres y las personas en edad de trabajar parecen afrontar, en periodos de crisis económica, un mayor riesgo de suicidio, y podrían, por tanto, beneficiarse de intervenciones específicas. La tasa de suicidios para el periodo 2000-2012 ha aumentado un 4,3 por ciento, y las tasas por cada 100.000 habitantes recuperan valores del año 2005 (INE, 2014). Si bien España es uno de los países con las tasas más bajas de suicidio de Europa (8 suicidios/100.000 habitantes), el suicidio es ya la primera causa de muerte no natural, por delante de los accidentes de tráfico desde 2008, y su ritmo de crecimiento en los últimos tres años

es de más del 10 por ciento anual, lo que apunta a una cierta preocupación.

El impacto de la crisis sobre la mortalidad, más allá de los suicidios, merece un tratamiento cauteloso. Por un lado, encontramos a aquellos autores que defienden que, en una recesión económica en la que aumenta el desempleo y disminuyen en general los niveles de ingresos, sería de esperar que la mortalidad tendiera a aumentar (Brenner, 1983 y 1995). La idea general de que la prosperidad se asocia a la buena salud, mientras que la pobreza, la miseria y el desempleo se asocian a peor salud tiene fundamentos empíricos. En épocas preindustriales, las epidemias y las hambrunas que provocaban picos de mortalidad se asociaban a malas cosechas. Se sabe que existe una relación inversa entre mortalidad y niveles socioeconómicos, y que a mayores ingresos, más alta clase social o más años de escolarización, menor es la mortalidad. Asimismo, se conoce bien la relación entre empleo, calidad del empleo y salud, asociándose el desempleo a peor salud y mayor mortalidad; y se han diseñado modelos conceptuales interesantes de los efectos de las crisis económicas sobre la salud (Dávila-Quintana *et al.*, 2009; Baumbach y Gulis, 2014).

Sin embargo, de forma contraria, Gravelle *et al.* (1981) y Wagstaff (1985), entre otros, indican que son las épocas expansivas, más que las recesivas, las que tienden a tener efectos nocivos sobre la salud; y argumentan que este fenómeno contraintuitivo cuenta con evidencia empírica en Estados Unidos, Japón, Alemania, España, Finlandia, Argentina, México, Corea del Sur, y los 28 países OCDE en su conjunto. En este sentido, Tapia (2011) muestra como la mortalidad mejora con las épocas de crisis económicas. Por su parte, Gerdtham y Ruhm (2006) aportan evidencias de los países de la OCDE en los que la mortalidad aumenta en épocas de bonanza económica, argumentando que el tiempo de ocio se reduce –así como otras actividades saludables– y se observa un aumento del tabaquismo y la obesidad, una reducción de la actividad física, y una peor dieta. Del mismo modo, estiman que durante las expansiones económicas de corta duración aumentan las condiciones de trabajo peligrosas, el esfuerzo físico en el empleo y el estrés relacionado con el trabajo, pudiendo tener efectos negativos, sobre todo, cuando las horas de trabajo se amplían (Baker, 1985; Karasek y Theorell, 1990; Sokejima y Kagamimori, 1998).

Por lo demás, sectores sensibles al ciclo económico, como la construcción, presentan altos índices de accidentes en épocas expansivas, y una alta actividad económica se asocia a una mayor contaminación y el consiguiente riesgo para la salud.

Lo que se evidencia de las posiciones antagónicas descritas brevemente arriba es que entender cómo, en qué dirección y grado se comportan los determinantes de la salud en épocas expansivas y recesivas resulta absolutamente esencial. Desconocemos en gran medida los mecanismos concretos por los que los periodos de expansión o recesión económica breves afectan la salud, y aún tenemos menos claro cómo lo haría una crisis económica sostenida, de larga duración, que impacta fuertemente en el desempleo y la pobreza como determinantes de la salud individual, familiar y poblacional (Urbanos-Garrido y González, 2013). Hoy por hoy, según los últimos datos oficiales disponibles, la tasa de mortalidad bruta para España muestra un ligero empeoramiento en los últimos años. Desde el inicio de la crisis la tasa bruta de mortalidad ha experimentado un decremento, pasando de 847,2/100.000 hab. en 2007 a 825,9/100.000 hab. en 2011. En 2014 se recuperan las tasas precrisis (846,2/100.000 habitantes) (INE, 2015). En cualquier caso, los valores recientes, una vez ajustados por edad, están entre los más bajos observados en España desde que se recogen datos oficiales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015c).

## 5. CONCLUSIONES

Las medidas introducidas recientemente por el Gobierno tienen como objetivo la lucha contra el gasto público en salud en tres formas diferentes. En primer lugar, las medidas establecen límites en el número de personas que tienen derecho a la cobertura mediante la exclusión de los inmigrantes ilegales y otras personas que no contribuyen económicamente al sistema de seguridad social. Estas decisiones crean una situación paradójica en la que el derecho a la asistencia sanitaria pública –financiada por impuestos– viene ahora determinado por las contribuciones de los asegurados al sistema de seguridad social. En segundo lugar, el Gobierno ha aumentado la aportación económica del

usuario/paciente mediante el establecimiento de nuevos y más altos copagos. Por último, estas medidas han significado la exclusión de la cobertura pública de algunos servicios y productos. La contención de costes sigue siendo la principal fuerza impulsora.

Se han apuntado algunas de las consecuencias más importantes sobre la salud y la sanidad de estas políticas anticrisis en España. El balance está lleno de claroscuros. Se necesita más tiempo, como ocurre en otros países europeos, para evaluar plenamente su impacto en la salud de la población, particularmente en términos de equidad, calidad y coste (McKee *et al.*, 2012).

El sistema de salud debe adaptarse a nuevas situaciones y entornos. En los años ochenta, España hizo la transición de la dictadura a la democracia. El debate social y político, así como el consenso, ayudaron a dar forma al modelo de atención sanitaria que tenemos hoy en día. Sin embargo, este modelo tiene sus limitaciones. Ahora es preciso discutir qué tipo de sistema de salud queremos en el futuro y cómo podemos hacerlo sostenible. Los ciudadanos, los profesionales y las distintas administraciones deben participar activamente en este proceso. Sin su complicidad, ninguna reforma podrá jamás ser eficaz.

## BIBLIOGRAFÍA

ANTOÑANZAS, F.; RODRÍGUEZ-IBEAS, R.; JUÁREZ-CASTELLÓ, C.A. y M.R. LORENTE (2014), "Impacto del RDL 16/2012 sobre el copago farmacéutico en el número de recetas y en el gasto farmacéutico", *Revista Española Salud Pública*, 88: 233-249.

ARCIA-RADA, A. (2011), "Wages are slashed and waiting lists grow as Catalonia's health cuts bite", *British Medical Journal*, 343: d6466.

BAKER, D.B. (1985), "The Study of Stress at Work", *Annual Review of Public Health*, 6: 367-381.

BARON-EPEL, O.; MARINA DUSHENAT, M. y N. FRIEDMAN (2001), "Evaluation of the consumer model: relationship between patients' expectations, perceptions and satisfaction with care", *International Journal for Quality in Health Care*, 13(4): 317-323.

BAUMBACH, A. y G. GULIS (2014), "Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe", *The European Journal of Public Health*, 24(3): 399-403.

BOE (2000), "Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social", N.10, 12 de enero.

— (2010a), "Real Decreto Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público", N.126, 24 de mayo.

— (2010b), "Real Decreto Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud", N.75, 27 de marzo.

— (2011) "Real Decreto Ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011", N.200, 20 de agosto.

— (2012a), "Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones", N.98, 24 de abril.

— (2012b), "Ley 17/2012 Presupuestos Generales del Estado 2013", N.312, 28 de diciembre.

— (2012c) "Ley 2/2012 Presupuestos Generales del Estado 2012", N.156, 30 de junio.

— (2012d), "Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud", N. 186, 4 de agosto.

— (2012e), "Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad", N.168, 14 julio.

— (2012f), "Resolución de 2 de agosto de 2012, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Far-

macia, por la que se procede a la actualización de la lista de medicamentos que quedan excluidos de la prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud", N.187, 17 de agosto.

BRENNER, M.H. (1983), "Mortality and economic instability: detailed analyses for Britain and comparative analyses for selected industrialized countries", *International Journal of Health Services*, 13(4): 563-620.

— (1995), "Political economy and health", en A.C. AMICK *et al.*, *Society and health*, Oxford University Press, Nueva York.

CIS (2015), *Barómetro. Percepción de los principales problemas de España, septiembre 2015* ([http://www.cis.es/cis/opencms/ES/NoticiasNovedades/InfoCIS/2015/Documentacion\\_3109.html](http://www.cis.es/cis/opencms/ES/NoticiasNovedades/InfoCIS/2015/Documentacion_3109.html)).

DÁVILA-QUINTANA, C. y B. GONZÁLEZ (2009), "Crisis económica y salud", *Gaceta Sanitaria*, 23(4): 261-265.

DÍAZ-MENÉNDEZ, M.; PÉREZ-MOLINA, J.A.; SERRE, N.; TREVIÑO, B.; TORRÚS, D.; MATARRANZ, M.; MARTÍN, E.; ROJO-MARCOS, G.; AGUILERA, P.; RICO, A.; SUÁREZ-GARCÍA, I.; LÓPEZ-VÉLEZ, R. y GRUPO DE TRABAJO DE +REDIVÍ (2012), "Infecciones importadas por inmigrantes y viajeros: resultados de la Red Cooperativa para el estudio de las Enfermedades Importadas por Inmigrantes y Viajeros +Redivi", *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 30(9): 528-534.

DOGC (2012), "Llei 1/2012, del 22 de febrero, de pressupostos de la Generalitat de Catalunya per al 2012", 6075, 27 de febrero.

DURAN, A.; KUTZIN, J. y J.M. MARTÍN-MORENO (2012), "Understanding health systems: scope, functions and objectives". En J. FIGUERAS, M. MCKEE, y N. MENABDE (eds), *Health systems, health and wealth: assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Londres, Open University Press.

EL PAÍS (2012a), "El Tribunal Constitucional avala la atención sanitaria a los sin papeles", *El País* ([http://politica.elpais.com/politica/2012/12/17/actualidad/1355747839\\_925962.html](http://politica.elpais.com/politica/2012/12/17/actualidad/1355747839_925962.html)).

— (2012b) "El Gobierno lanza la primera compra centralizada de fármacos", 27 de diciembre.

— (2012c) “Ocho de cada 10 farmacias secundan una jornada de huelga sin precedentes”, 26 de octubre.

— (2013) “Madrid aprueba el mayor plan privatizador de la sanidad pública”, *El País*, 28 de diciembre.

FEDEA (2014), *El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Primer Informe Observatorio de Sanidad Fedea* (editado por S. JIMÉNEZ-MARTÍN y A. VIOLA), Madrid.

GALLO, P. y J. GENÉ-BADIA (2013), “Cuts drive health system reforms in Spain”, *Health Policy*, 113(1-2): 1-7.

GARCIA-RADA, A. (2012a), “New legislation transforms Spain’s health system from universal coverage to one based on employment”, *British Medical Journal*, 344: e3196.

— (2012b), “Spanish doctors protest against law that excludes immigrants from public healthcare”, *British Medical Journal*, 345: e5716.

— (2012c), “Privatisation in Spain provokes protests among doctors”, *British Medical Journal*, 345: e7655.

GAREA, F. (2013), “El 95 por ciento asegura que los partidos protegen y amparan a los acusados de corrupción”, *El País* ([http://politica.elpais.com/politica/2013/01/12/actualidad/1358017896\\_990807.html](http://politica.elpais.com/politica/2013/01/12/actualidad/1358017896_990807.html)).

GENÉ-BADIA, J.; GALLO, P.; HERNÁNDEZ-QUEVEDO, C. y S. GARCÍA-ARMESTO (2012), “Spanish health care cuts: penny wise and pound foolish?”, *Health Policy*, 106(1): 23-28.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2011), “El nou model de gestió de l’activitat quirúrgica prioritza els pacients en funció de la gravetat i la qualitat de vida”, *Nota de premsa de la Generalitat de Catalunya*.

GERDTHAM, U.G. y C.J. RUHM (2006), “Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD”, *Economics and Human Biology*, 4(3): 298-316.

GILI, M.; GARCIA-CAMPAYO, J. y M. ROCA (2014), “Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014”, *Gaceta Sanitaria* (<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005>).

GRAVELLE, H.S.; HUTCHINSON, G. y J. STERN (1981), “Mortality and unemployment: A critique of Brenner’s time-series analysis”, *Lancet*, 2, 8248: 675-679.

IMS (2012), Evolución del mercado farmacéutico desde la implantación del copago. IMS Report ([http://www.farmaindustria.es/Farma\\_Public/Noticias/Medios/FARMA\\_119186?idDoc=FARMA\\_119186](http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/Noticias/Medios/FARMA_119186?idDoc=FARMA_119186)).

INE (2014), *Tasas de suicidio* (<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft18%2Fp427&file=inebase&L=0>).

— (2015), *Indicadores de Mortalidad, Resultados nacionales, Tasa Bruta de Mortalidad* (<http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1411>).

KARASEK, R.A. y T. THEORELL (1990), *Healthy work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*, Nueva York, Basic Books.

LÓPEZ BERNAL, J.A.; GASPARRINI, A.; ARTUNDO, C.M. y M. MCKEE (2013), “The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis”, *European Journal of Public Health*, 23(5): 732-736.

MCKEE, M.; KARANICOLOS, M.; BELCHER, P. y D. STUCKLER (2012), “Austerity: a failed experiment on the people of Europe”, *Clinical Medicine*, 12(4): 346-350.

MINISTERIO DE HACIENDA y ADMINISTRACIONES PÚBLICAS (2013), Conferencia de prensa, 30 de enero (<http://www.arndigital.com/economia/noticias/4884/las-medidas-fiscales-aportaron-11237-millones-a-las-arcas-publicas/>).

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2014a), *Sistema de información sobre listas de espera en el SNS: Situación a 31 de diciembre de 2013. Secretaría General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación* ([https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS\\_PUBLICACION\\_DIC13.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/LISTAS_PUBLICACION_DIC13.pdf)).

— (2014b) Barómetro Sanitario 2014. *Estudio N.8814* ([http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS\\_2014/es8814mar.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2014/es8814mar.pdf)).

— (2015a), *Presupuestos iniciales para sanidad de las Comunidades Autónomas, la Adminis-*



tración Central y la Seguridad Social (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/presupuestosIniciales.pdf>).

— (2015b), *Facturación de recetas médicas* (<http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/home.htm>).

— (2015c), *Patrones de mortalidad en España 2012*, Madrid.

— (2015d), *Sistema de información sobre listas de espera en el SNS: Situación a 31 de diciembre de 2014*. Secretaria General de Sanidad. Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación (<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/listaEspera.htm>).

MLADOVSKY, P.; SRIVASTAVA, D.; CYLUS, J.; KARANIKOLOS, M.; EVETOVITS, T.; THOMSON, S. y M. MCKEE (2012), *Health policy responses to the financial crisis in Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies, Ginebra, WHO.

NEWSLETTER TRANSPLANT (2012), "International figures on donation and transplantation", 17(1), septiembre.

OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA (2012), *Central de Resultats Àmbit hospitalari, Dades 2012*, Barcelona, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

— (2014), *Determinants socials i econòmics de la salut. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya*, Barcelona, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

— (2015a), *Central de Resultats. Àmbit d'atenció primària. Dades 2014*, Barcelona, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

— (2015b), *Central de Resultats. Àmbit hospitalari. Dades 2014*, Barcelona, Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, Departament de Salut, Generalitat de Catalunya.

OMC (2013) "La crisis provoca el aumento de las desigualdades en salud. Médicos y Pacientes", Consejo General de Colegios de Médicos, N.1708, 2 de marzo.

PEIRÓ, S. y R. MENEU (2015), *Eficiencia en la gestión hospitalaria pública: directa vs privada por concesión* ([www.econ.upf.edu/~jimenez/my-public-files/REPLICA.pdf](http://www.econ.upf.edu/~jimenez/my-public-files/REPLICA.pdf)).

PÉREZ-MOLINA, J.A.; PULIDO ORTEGA, F.; y COMITÉ DE EXPERTOS DE GEISIDA (2012), "Evaluación del impacto del nuevo marco legal sanitario sobre los inmigrantes en situación irregular en España: el caso de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana", *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 30(8): 472-478.

PUBLICO.ES (2013), *2012, el año en que la crisis empujó a los ciudadanos a la calle*. *Publico.es 12/1/2013* (<http://www.publico.es/espana/448791/2012-el-ano-en-que-la-crisis-empujo-a-los-ciudadanos-a-la-calle>).

REGIDOR, E.; BARRIO, G.; BRAVO, M.J. *et al.* (2014), "Has health in Spain been declining since the economic crisis?", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58: 280-282.

SOKEJIMA, S. y S. KAGAMIMORI (1998), "Working Hours as a Risk Factor for Acute Myocardial Infarction in Japan: A Case-Control Study", *The British Medical Journal*, 317: 775-780.

SUHRCKE, M.; STUCKLER, D.; SUK, J.E.; DESAI, M.; SENEK, M.; MCKEE, M. *et al.* (2011), "The impact of economic crises on communicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence", *PloS ONE*, 6(6): e20724.

TAPIA, J.A. (2011), "La mejora de la salud durante las crisis económicas: un fenómeno contra intuitivo", *Papeles de relaciones ecosociales y cambio global*, 113: 121-137.

URBANOS-GARRIDO, R.M. y B. GONZÁLEZ (2013), "Desempleo y salud: Un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españoles", *Estudios de Economía Aplicada*, 31-2: 303-326.

URBANOS-GARRIDO, R.M. y J. PUIG-JUNOY (2015), "Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014", *Gaceta Sanitaria*, 14(S1): 81-88.

VICENTE-SANCHEZ, M.P.; MACIAS, D.; DE LA FUENTE, C.; GONZALEZ, D.; MONTERO, D. y F. CATALÀ-LÓPEZ (2013), "Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011", *Revista Española de Salud Pública*, 87: 247-255.



WAGSTAFF, A. (1985), "Time series analysis of the relationship between unemployment and mortality: a survey of econometric critiques and replications of Brenner's studies", *Social Science & Medicine*, 21(9): 985-996.