



Diputación de Palencia



Universidad de Valladolid

Escuela de Enfermería de Palencia

“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2016-2017)

Trabajo Fin de Grado

LO QUE LA CRISIS NOS DEJÓ:

SALUD Y SANIDAD.

Alumno: Marcos A. Capellán Moral

Tutora: D^a Ana Rosario Martín Herranz

Julio, 2017

Índice	Página
Resumen	1
Introducción	3
Justificación	5
Objetivos.....	6
Material y Métodos	7
Resultados y discusión	12
Conclusiones	30
Bibliografía.....	31
Anexos.....	41
- Anexo I <i>PIB España 2008-2017</i>	41
- Anexo II <i>Gasto en sanidad año 2000-2014</i>	41
- Anexo III <i>Gasto sanitario total como % del PIB. Países seleccionados OCDE. 2007,2012-2014</i>	42
- Anexo IV <i>Pirámide de población 2015</i>	42
- Anexo V <i>Esperanza de vida al nacer. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2014</i>	43
- Anexo VI <i>Principales indicadores de mortalidad, 2014</i>	43
- Anexo VII <i>Determinantes desigualdades sociales en salud. Comisión para reducir desigualdades en salud en España, 2010</i>	44
- Anexo VIII <i>Recomendaciones reducir las desigualdades sociales en salud en España</i>	45
- Anexo IX <i>Coeficiente de GINI (ingreso disponible equivalente) y tasa de pobreza. Países seleccionados Europa.2007 y 2012-2015</i>	46
- Anexo X <i>Evolución tasa de paro total 2002-2016</i>	47
- Anexo XI <i>Consumo de antidepresivos en España 2000-2013</i>	47
- Anexo XII <i>Evolución de la tasa de natalidad española entre 2002 y 2015, más antecedentes de los años 1976, 1986, 1996, 2000 y 2001</i>	48
- Anexo XIII <i>Jóvenes (15-29 años) en riesgo de pobreza y exclusión social. España y UE-28</i>	48
- Anexo XIV <i>Ratio enfermera por 1.000 habitantes en los países de la OCDE</i>	49
- Anexo XV <i>Evolución de la localización de las infecciones nosocomiales. EPINE 1990-2016</i>	49

Resumen

Introducción: La crisis económica es un evento adverso que produce un gran impacto sobre las sociedades modernas. En España, este periodo de crisis se produjo en los años comprendidos entre 2008 y 2014. Las primeras consecuencias post-crisis han evidenciado un descontento popular que ocasionó, a su vez, una profunda crisis política sin precedentes en la democracia del país.

Justificación: El hecho de que la sostenibilidad del sistema sanitario se haya puesto en tela de juicio por el "elevado" gasto que produce y la gran pérdida que supondría uno de los grandes logros conseguidos por nuestra sociedad.

Objetivos: El objetivo general de esta revisión es analizar las repercusiones de la crisis económica en el Sistema Nacional de Salud de España y en la salud de su población.

Material y métodos: Se realiza una revisión bibliográfica de estilo narrativo, durante los meses de abril a junio de 2017, a través de una búsqueda en diferentes bases de datos de ciencias de la salud y otros recursos disponibles en la web. Se define una estrategia de búsqueda siguiendo el modelo PICO y se seleccionan diversos documentos incluidos en esta revisión, siguiendo unos criterios de inclusión.

Resultados y discusión: Los diferentes datos y observaciones acerca de las repercusiones que ha tenido la crisis sobre el Sistema Nacional de Salud y la salud de la población, señalan que la crisis sí ha tenido un impacto negativo y arrojan distintas percepciones sobre las medidas político-económicas que se adoptaron para reducir su impacto sobre la población. Conseguido el objetivo de salir de la recesión, nos encontramos ante una sociedad en la que han aumentado las desigualdades que afectan a los determinantes de la salud.

Palabras Clave: Sistema Nacional de Salud, crisis económica, salud, España

Abstract

Introduction: The economic crisis is an adverse event that has a great impact on modern societies. In Spain this period of crisis occurred in the years between 2008 and 2014. The first post-crisis consequences have revealed a popular discontent that, at the same time, led to a deep political crisis without precedents, unknown in the country's democracy.

Justification: The fact that the sustainability of the health system has been challenged by its high cost, and the great loss it would entail one of most important achievements of our society.

Goals: The general objective of this review is to analyze the consequences of the economic crisis on the National Health System of Spain and the health of the Spanish population.

Resources and methods: A narrative style bibliographic revision was developed during the months of April to June 2017, through a search in different Health Sciences databases and other resources available on the web. The search strategy was defined following the PICO model and various documents included in this review were selected, following inclusion criteria.

Results and discussion: The different data and observations about the repercussions that the crisis had on the National Health System and the health of the population, point out that the crisis had a negative impact, and shows different perceptions about the political and economic measures that were adopted to reduce the impact on the population. Once the goal of getting out of the recession was achieved, we are in front of a society in which the inequalities that affect the determinants of health have increased.

Keywords: National Health System, economic crisis, health, Spain

Introducción

Cerca de cumplir una década desde que en España se declarara la crisis económica, allá por el año 2008, y dada por concluida esta fase de recesión, según los datos financieros mundiales, en el año 2014 (Anexo I), se puede hablar e, incluso, debatir, de cómo esta crisis sufrida ha supuesto un cambio en diferentes sectores. Podemos referirnos no solamente al modo de vida, debido a sus repercusiones sobre el denominado Estado de Bienestar; sin lugar a duda, uno de los sectores más castigados por las políticas de ajuste, afectando, no solamente a los derechos sociales de la población, sino también al enfoque o visión personal acerca del tema en cuestión. Estas diferentes visiones o enfoques se tradujeron, a posteriori, en una profunda crisis política sin precedentes en la democracia española.

El Estado de Bienestar es un concepto político-económico que otorga el derecho de todos los integrantes de una sociedad al acceso a una serie de servicios básicos e indispensables, que el Gobierno debe de gestionar y garantizar para proteger al grueso de una población, en su mayoría empobrecida; para minimizar, en la medida de lo posible, las terribles consecuencias que suponían las crisis económicas ocasionadas, generalmente, por los conflictos bélicos que se produjeron en Europa durante el siglo XX, con el fin de reducir las desigualdades y las injusticias generadas dentro de una misma sociedad ⁽¹⁾.

Uno de los pilares fundamentales que conforman este Estado de Bienestar, presente en las sociedades democráticas, es el acceso y mantenimiento de un Sistema Sanitario de garantías.

En España, este derecho se recoge dentro la norma suprema del ordenamiento jurídico español, en condiciones de libertad, justicia e igualdad -La Constitución Española ⁽²⁾-. En su monografía del año 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, resume el derecho a la protección de la salud, la configuración del Sistema Nacional de Salud y las competencias del Estado en materia de sanidad, todavía vigente:

“La Constitución Española de 1978 establece, en su artículo 43, el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. La regulación de las acciones que permiten hacer efectivo el derecho a la protección de la salud se recoge en un conjunto de normas con rango de Ley: Ley General de Sanidad (1986), Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (2003), Ley de garantías y uso racional del medicamento (2006), Ley General de Salud Pública (2011) y el Real Decreto-Ley de medidas urgentes para la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y la seguridad (2012). Los principios y criterios sustantivos que permiten el ejercicio de este derecho son:

- Financiación pública, universalidad y gratuidad de los servicios sanitarios en el momento del uso.
- Derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos.
- Descentralización política de la sanidad en las comunidades autónomas.
- Prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad, debidamente evaluados y controlados.
- Integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud.

El Sistema Nacional de Salud -SNS- se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas, que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Competencias del Estado en materia de sanidad:

- Bases y coordinación general de la sanidad.
- Sanidad exterior y las relaciones y acuerdos sanitarios internacionales.
- Legislación y autorización de medicamentos y productos sanitarios ⁽³⁾."

En los años que precedieron a la crisis económica, debido a la época de bonanza que vivía el país, añadido a diversos factores como, por ejemplo, el aumento de la población residente o cambios demográficos y epidemiológicos propios de la sociedad, la inversión en el Sistema Nacional de Salud se vio en la necesidad de ser incrementado con las consiguientes mejoras en infraestructuras, atención y cobertura (Anexo II).

Se nos enorgullecía el alma a los españoles y se nos "llenaba la boca" cuando presumíamos del Sistema Sanitario Público del que gozaba el país: "gratuito y universal".

A pesar de que la inversión en sanidad es de las más elevadas de su corta historia y sumado a la ya difícil situación que atravesaba España, siendo uno de los países de Europa más castigados por la crisis y con una de las tasas más altas de desempleo, habría que añadir las duras medidas de ajuste económico del gasto público, que el gobierno tuvo que adoptar y que afectó tanto a la sanidad como a la educación. Estas duras medidas se llevaron a cabo tras el "rescate" financiero al que se vio abocado el país por parte de las máximas autoridades europeas en el año 2011, dónde se destinó el 31.4% del Producto Interior Bruto (en adelante PIB) para tal fin y así garantizar la estabilidad del concierto europeo ⁽⁴⁻⁸⁾.

Se tomaron una serie de medidas como la congelación de pensiones, de plantillas del sector público y salarios, privatización de empresas públicas y creación de diversas Leyes, como el desarrollo del Real Decreto-Ley 16/2012, del 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, en las que se recogían, entre otras, el copago sanitario y el control de la utilización indebida del sistema sanitario por parte de extranjeros. Medidas que fueron puestas en duda su efectividad y eficacia, además de ser consideradas por gran parte de usuarios y profesionales de la salud como el principio del fin de la universalidad, la equidad y la calidad de nuestro Sistema Nacional de Salud ⁽⁴⁻⁸⁾.

Justificación

Los diferentes factores que influyen en la salud en los que se ve envuelta nuestra sociedad han producido un creciente gasto en sanidad al que se ha visto en la

necesidad de responder el país. Entre estos se encuentran: el envejecimiento progresivo con sus consiguientes demandas, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, enfermedades infecciosas, avances tecnológicos, cambios demográficos y de estilos de vida de la población. Por ello, se ha puesto en duda la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, que ya se encontraba en el punto de mira como "uno de esos agujeros" por donde se escapaba el dinero de los españoles, pese a ser uno de los motivos de orgullo en la evolución de la historia de la democracia moderna como sociedad en cuanto a igualdad, justicia y libertad (4,6,7,8).

Hablando tanto en calidad de usuario del sistema sanitario, como en la de futuro profesional de enfermería, y con una visión propia desde ambos lados de este derecho y a la vez privilegio como ciudadano español, que es disfrutar de una sanidad "pública y universal", surgía la inquietud de si todo aquello de lo que se ha venido hablando en materia de crisis económica y sanidad, había pasado factura al problema de disfrutar de los derechos y deberes de un Sistema Nacional de Salud que garantice y proteja la salud de todos los integrantes de una misma sociedad, con todos sus pluralismos y diversidades.

Objetivos

Objetivos generales:

- Analizar las repercusiones de la crisis económica en el Sistema Nacional de Salud de España y en la salud de su población.

Objetivos específicos:

- Conocer las medidas que adoptó el gobierno durante la crisis económica en el sistema sanitario español y en la protección de la salud.
- Visualizar la situación post-crisis económica del sistema sanitario español y la salud de la población.
- Justificar la importancia de un sistema sanitario universal en la salud de la población durante épocas de crisis.
- Identificar la influencia de la crisis en la enfermería.

Material y Métodos

Se realiza una revisión bibliográfica de estilo narrativo, durante los meses de abril a junio de 2017, a través de una búsqueda en diferentes bases de datos de ciencias de la salud, páginas web y en el buscador de google académico, disponibles en la red.

Para definir una estrategia de búsqueda de documentos bibliográficos que se centre en el tema elegido, se elabora una pregunta del modelo PICO acorde a nuestros objetivos. (Tabla 1)

Modelo PICO			
¿Cómo ha afectado la crisis económica al sistema público de salud y a la salud en España?			
P	I	C	O
Paciente, problema o condición	Intervención	Comparación de la intervención	Resultado
<i>Sistema público de salud</i>	<i>Crisis económica</i>	<i>Salud de la población</i>	<i>Situación post-crisis económica</i>

Tabla 1.- Modelo PICO

Se utiliza un lenguaje de terminología libre basada en el uso de las palabras clave y los descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y Medical subjects headings (MeSH). Se recurre al uso de tesauros como términos controlados que se combinan con los operadores booleanos adecuados (AND/+, OR, NOT/-) para realizar una búsqueda más precisa en bases de datos científicas. (Tabla 2)

Descriptores	
DeCS	MeSH
Sistema Nacional de Salud	<i>National system of Health</i>
Crisis económica	<i>Economic crisis</i>

España	Spain
Sistema de Salud	<i>Health system</i>
Impacto en la salud	<i>Impact on health</i>
Recortes	<i>Economic cuts</i>
Salud	<i>Health</i>
Política de salud	<i>Health policy</i>
Sanidad	<i>Public Health</i>
Enfermería	<i>Nursing</i>

Tabla 2.- DeCs y MeSH utilizados

Criterios de inclusión:

- Acceso gratuito al texto completo.
- Documentos en español.
- Documentos publicados en fechas comprendidas desde el comienzo de la crisis económica en España (2008) hasta la actualidad (post-crisis económica).
- Documentos con al menos dos de los descriptores elegidos.
- Tipos de documentos: artículos, guías, revisiones bibliográficas, Trabajos de Fin de Grado (TFG), blogs.

Criterios de exclusión:

- Documentos en diferentes idiomas al español.
- Documentos con acceso mediante pago.
- Documentos con fecha anterior al comienzo de la crisis económica (2008).
- Documentos sin acceso al documento completo.
- Documentos que no incluyeran a menos dos de los DeCS o MeHS elegidos.

Los documentos son seleccionados en la revisión después de leer su título y resumen, lectura del texto completo, análisis y reflexión acerca de su contenido para la inclusión en esta revisión y la relevancia con el objetivo de este trabajo.

Para una búsqueda más concreta de fuentes tanto primarias como secundarias se recurre a bases de datos en ciencias de la salud online.

Como base de datos específica de enfermería se accede a **CUIDEN**, dónde se realiza la búsqueda una vez completado el registro como usuario. Se hacen varias búsquedas combinando los distintos descriptores y operadores booleanos elegidos. Como estrategia de búsqueda más eficaz para esta revisión se aconseja usar: *Sistema de salud AND crisis económica AND España*, obteniendo un total de veintiuna referencias halladas, de donde se seleccionan siete artículos.

Se realiza también una búsqueda en la base de datos de **SciELO** combinando los distintos descriptores y operadores booleanos. Al no obtener los resultados deseados con la estrategia inicial empleada, se modifica la estrategia para aumentar el campo de búsqueda. Para obtener un mayor número de resultados en esta base de datos se han utilizado dos de los DeCS incluidos en esta revisión combinados con el operador booleano AND.

Como base de datos de revisiones sistemáticas se utiliza la **Biblioteca Cochrane**, dónde se realizan varias búsquedas, siendo la más eficaz para encontrar documentos relacionados con el tema a revisar: *sistema nacional de salud OR sistema de salud AND crisis económica AND España*, obteniendo un resultado de ciento trece documentos de los cuales se seleccionan cinco revisiones que son incluidas en la bibliografía, dado su interés acorde con el tema de estudio, pese a no poder acceder al contenido completo.

Se recurre a la Base de datos de la National Library of Medicine **MedLine/Pubmed** donde la búsqueda bibliográfica se realiza utilizando como descriptores los MeHS incluidos en la revisión y siguiendo la misma estrategia de búsqueda que en las demás bases de datos utilizadas pero añadiendo Free Full Text en los filtros de búsqueda.

Como buscador web se utiliza **Google Académico**, dónde debido al excesivo ruido bibliográfico y con el objeto de reducirlo, se utilizan los filtros ofrecidos por la página. Se buscan documentos desde 2017, por orden de relevancia y sólo páginas en español.

En otras fuentes bibliográficas: se realiza una búsqueda en el repositorio documental de la biblioteca universitaria virtual de la UVA, utilizando los distintos DeCS empleados para las demás búsquedas, de dónde se descargan dos TFG que son incluidos en esta revisión.

Resultados de la búsqueda bibliográfica: (Tabla 3)

Estrategia de búsqueda					
<i>sistema nacional de salud OR sistema de salud AND crisis económica* AND* España*</i>	1445	0 (3)*	113	31.747	140.000 (1.360)**
<i>sistema nacional de salud* AND* crisis económica AND España*</i>	6	0 (11)*	2	17	138.00 (1.400)**
<i>sistema de salud* AND* crisis económica AND España*</i>	21	0 (2)*	2	34	163.000 (1.500)**
<i>sanidad* AND* crisis económica AND España*</i>	16	0 (479)*	2	86	55.400 (1.400)**
<i>salud* AND* crisis económica AND España*</i>	76	0 (3774)*	5	111	24.500 (1.460)**
<i>política de salud* AND* crisis económica AND España*</i>	21	0 (13)*	2	48	162.000 (1.430)**
<i>política de salud* AND* impacto en la salud* AND España</i>	71	0 (0)*	5	212	297.00 (1.430)**
<i>recortes* AND* sanidad* AND España</i>	8	2 (3)*	1	7	19.900 (680)**
<i>recortes* AND* impacto en la salud* AND España</i>	1	0 (0)*	1	7	26.100 (1.030)**
<i>crisis económica AND enfermería* AND* España*</i>	51	0 (812)*	0	6	27.400 (1.200)**
<i>enfermería AND sanidad AND salud AND España</i>	76	24	1	535	36.500 (1.350)**

Documentos totales revisados	35	25	7	32	55
Documentos incluidos en la bibliografía	10	10	5	10	19
Documentos totales incluidos en la revisión	54				

Tabla 3.- Resultados de la búsqueda bibliográfica

*Búsqueda en Scielo utilizando dos DeCS combinados con el operador boleano AND.

**Búsqueda realizada en Google académico añadiendo fecha 2017 de publicación

Se concluye la búsqueda bibliográfica con un total de 75 documentos incluidos en esta revisión de los cuales: (Tabla 4)

Artículos	Informes	Vídeos	TFG	Otros (blogs, foros, legislación)
45	13	1	2	14

Tabla 4.- Tipos de documentos incluidos

Resultados y discusión

La Crisis y el Sistema Nacional de Salud

Gasto Sanitario

Para comenzar a desarrollar los resultados obtenidos en esta revisión, cabe resaltar que si bien el problema de déficit en la sanidad española es anterior a la época de crisis, es cierto que la llegada de esta acentuó el argumento de que la deuda era incompatible con la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud ⁽⁸⁻¹²⁾.

En términos económicos, la llegada de la crisis supuso que los países más castigados por la recesión financiera, entre los que se encontraba España, fuesen precisamente los que más ajustes tuvieran que acometer, adoptando políticas definidas de austeridad, que afectaron sobre todo al gasto público, donde se encuentra ubicada la sanidad. Estas medidas fueron, sin duda, muy controvertidas. Incluso, un informe del Fondo Monetario Internacional demostraba que la austeridad había afectado al crecimiento económico mucho más negativamente de lo que se creía, y que los países que optaron por aplicar estímulos fiscales se habían recuperado con mayor rapidez ⁽¹³⁾.

España, durante la crisis en el año 2008, más allá de ser uno de los países que destinara al gasto público sanitario lo que se correspondía con su nivel de riqueza, se situaba entre los más bajos de la Unión Europea (en adelante UE), según los datos de la Organización de Colaboración para el Desarrollo Económico (en adelante OCDE) (Anexo III). En ese preciso año se destinaba el 6,5% del PIB, mientras el promedio de la UE era del 7,3% ⁽¹²⁻¹⁵⁾, viéndose disminuida esta inversión, paulatinamente, hasta destinar el 5,9% en 2013 y el 5,3% en 2015 del PIB (algo más de 53.000 millones de euros). El verdadero mazazo a la sanidad española llegó en el año 2012, donde se produjo el mayor recorte presupuestario de la historia del sistema de salud tanto a nivel nacional como autonómico, en el que se redujo el presupuesto un 13,7% y un 22,6% en los años 2012 y 2013, respectivamente, estimando el recorte total en unos 7.000 millones de euros ⁽¹²⁻¹⁷⁾.

Islandia, por ejemplo, con una deuda del 130% del PIB en el año 2011, influenciada por protestas generalizadas y corroboradas mediante referéndum, donde el 93% de la población rechazó implementar las medidas de austeridad sugeridas por la "troika", demostró una gran cohesión social siguiendo con la tradición de los países del norte de Europa, donde la crisis apenas ha tenido consecuencias imperceptibles para la salud y para su sistema sanitario. Aunque el ejemplo es difícilmente extrapolable a España, sí demostró ser una alternativa a las políticas de austeridad (13).

Voces críticas contra las políticas adoptadas

Repullo J.R., distinguido profesor de Planificación y Economía de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad en el Instituto de Salud Carlos III, considera que: "*las políticas aplicadas tenían el objetivo de reducir el gasto sanitario sin afectar a la salud (cantidad y calidad de vida), ni erosionar de manera apreciable la efectividad, la seguridad, la calidad y la satisfacción de los servicios públicos de salud*" (18).

La adopción de este tipo de políticas de austeridad durante la crisis ha supuesto para muchos defensores de lo público un "atentado" contra el Estado de Bienestar y todo lo que este concepto presupone para una sociedad. Muchas han sido las voces críticas que dirigieron su foco de atención hacia una gestión ineficaz de los recursos públicos, por parte de las autoridades encargadas de su administración, y hacia la influencia que tiene esta gestión en la sostenibilidad de Sistema Nacional de Salud y Estado de Bienestar (6,8,9,10,11,12,15,17,19,20).

Los escándalos de corrupción; la falta de transparencia sobre el rendimiento de cuentas; los intereses ocultos tras las medidas adoptadas y la elaboración de controvertidas leyes, rechazadas en su gran mayoría por el clamor popular, repercuten negativamente en muchos aspectos de los logros conseguidos como sociedad democrática, en igualdad, justicia y libertad, pero por encima de todo, debilita la confianza depositada en los dirigentes (6,8,9,10,15,17,18).

Se han elaborado muchas propuestas enfocadas hacia la sostenibilidad. La absoluta mayoría coincide en el hecho de que para que nuestro Sistema Nacional de Salud sea sostenible, se debe comenzar por una profunda voluntad política en el camino

hacia el "*buen gobierno*", con cambios estructurales, enfocados a la sostenibilidad futura en condiciones de un sistema de salud público, universal y de calidad (6,15,18,21,22).

Se aconseja la implementación de nuevos sistemas de análisis e incorporación de diferentes herramientas para conocer el alcance real en aspectos cualitativos y cuantitativos, sobre el verdadero impacto que la época de recesión económica ha tenido en la salud de la población y en los sistemas sanitarios. Se podría, así, realizar una evaluación de costes-beneficios, fundamentada en bases empíricas, que puedan suponer un punto de partida a la hora de aplicar medidas que pretendan garantizar el acceso, la sostenibilidad y la equidad en la sanidad española (21-25). Para el desarrollo de este proceso, sería necesario conocer el funcionamiento del sistema sanitario, para identificar con mayores garantías las necesidades y las debilidades que aseguren una eficiente redistribución de los recursos, con el objetivo de reducir las desigualdades en salud y mejorar la calidad asistencial. Es por ello que la participación activa de los profesionales de la salud se antoja necesaria (21-26).

Privatización

Benach, profesor de Ciencias Políticas y Sociales, no ha dudado en calificar de ideológicas las políticas adoptadas durante la crisis, al aplicar políticas neoliberales con tendencia hacia un afán más privatizador de los órganos encargados de la protección de la salud. La consecuencia, según Benach, es la de reemplazar la sanidad pública y universal por la concertada, adoptando medidas como la creación de nuevos mecanismos de gestión o concediendo cesiones al ámbito privado en cuestiones administrativas y asistenciales (10-11).

El Informe de "Análisis de la situación 2017 de la Sanidad Privada", elaborado por el Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad, aporta datos correspondientes al año 2014 sobre la situación del sector sanitario privado en nuestro país. Estos datos reflejaban que el 30,2% del gasto sanitario total pertenecía al sector privado, aumentando respecto al año anterior, situando el gasto en 28.558 millones de euros. Por su parte, el gasto derivado del sector público seguía en descenso, y se reducía su aportación del 70,9% al 69,8%, con un gasto de 65.976 millones (27).

La Confederación Española de Organizaciones Empresariales (en adelante CEOE) aportaba más datos en esta comparativa. Según sus estimaciones, el número de hospitales públicos era de 323, el 41% del total, frente a los 464 hospitales privados, que representan el 59% de un total de 787 hospitales en España ⁽¹⁶⁾.

Por su parte, el porcentaje del gasto sanitario público que se destina a conciertos público-privados se sitúa en el 11,8%; con lo que el gasto sanitario privado total asciende con respecto a periodos anteriores y se refleja un gasto equivalente al 3,5% del PIB. Esto supone un total de 35.922 millones de euros, en el año 2014, sobre el gasto sanitario total ⁽²⁷⁾, siendo España el país de la UE-15 que más recursos destina al gasto privado, con un 30% del gasto sanitario general, tal y como revela Navarro, del Departamento de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Pompeu Fabra. Este autor recurre al término "*polarización*", para referirse a la influencia sobre la atención que tiene el sector privado en la captación de "clientes" con un mayor poder adquisitivo, mientras los servicios públicos son mayoritariamente frecuentados por clases sociales más bajas ⁽¹⁵⁾.

Encontramos varios autores que insisten en la falta de información en cuanto a eficiencia y calidad de los sectores público y privado del ámbito sanitario, con lo que no existen evidencias de que el sistema privado sea mejor que el público o viceversa. En este sentido sí se pronuncia, Centenera Sánchez-Seco, Doctor en Ciencias Jurídicas, al poner en duda si la privatización, realmente, supone un ahorro debido a los sobrecostes que se derivan de su implementación ⁽⁸⁾; más teniendo en cuenta las diferencias existentes entre Comunidades Autónomas (en adelante CCAA), unas con mayor afinidad por la privatización que otras. En la misma línea el País Vasco fue la Comunidad Autónoma que menos derechos sanitarios cedió, al contrario que Madrid, La Rioja o Islas Baleares, lo que generaba más desigualdades entre la población ⁽²⁸⁾. Navarro por su parte, afirma que: "*los recortes en el gasto público acelerarán el crecimiento de la sanidad privada*", mientras que si existen ventajas del sector privado sobre el público, se debe sobre todo a una mejor oferta de "confort" y no de calidad e infraestructura ^(8,15,28).

Real Decreto Ley y sus consecuencias:

Pérdida de Universalidad

Otra de las consecuencias de la crisis sobre el sistema sanitario ha sido el desarrollo del Real Decreto Ley (en adelante RDL) 16/2012 "medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones". Según el sociólogo Gallo y el miembro del Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixampleb (CASPE), Gené-Badía, las medidas de este decreto estaban enfocadas a conseguir tres objetivos: aumentar los recursos financieros para el sistema, controlar el gasto, y aumentar la eficacia del sistema de salud ⁽¹⁷⁾.

Este RDL 16/2012, mereció una mención especial por parte de varios autores y colectivos, que alertaron acerca del tremendo cambio que nuestra sanidad estaba a punto de dar. Estos cambios incidieron sobre un gran grueso de la población, conformada por colectivos de inmigrantes, desempleados, enfermos crónicos y pensionistas, que se encontraban así ante un escenario de futuro incierto.

Este decreto se ha identificado como un paso atrás en la titularidad del derecho a la salud, al volver al antiguo modelo de prestación por parte de la Seguridad Social y a la condición de asegurado; así como al introducirse de nuevo el concepto de beneficencia para los no cotizantes ⁽⁷⁻⁹⁾ o al quedar excluidos los inmigrantes en situación de irregularidad, salvo urgencia grave o accidente, la atención al embarazo y al parto y la atención a los menores de 18 años ⁽⁷⁻⁸⁾. No solo se perdía la titularidad del derecho a la salud, sino que también se pierde la leyenda de "universal" en la descripción de nuestro sistema sanitario ⁽⁷⁻⁹⁾.

Tal y como sugiere Centenera Sánchez-Seco: *"Se pueden hacer diferentes interpretaciones de este RDL, como la de no encontrarnos ante un derecho fundamental, a pesar de creencias contrarias,... se debe de entender el derecho a la salud como un derecho social en condiciones de dignidad, libertad e igualdad. En términos jurídicos pone de manifiesto que al ser este derecho de carácter prestacional y no gratuito, solo debe de exigirse lo que en medida de la Ley se establezca"* ⁽⁸⁾.

Sin duda, el colectivo más perjudicado por esta pérdida de universalidad en la atención sanitaria ha sido la población inmigrante en situación de irregularidad. España constituye uno de los países con mayor proporción de población inmigrante de Europa, situándose en 4.454.353 en el año 2016, lo que representa el 9,6% de la población, según los datos del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE) ⁽²⁹⁾.

Pese a que España ha ratificado varios tratados internacionales que recogen el derecho universal a la salud y a su protección, la aplicación del RDL 16/2012, obligó a miles de profesionales del sector sanitario a declararse "objetores de conciencia". Mientras, aunque de forma desigual, algunas CCAA, aplicaron el RDL a rajatabla, como Madrid y Castilla-La Mancha; otras como el País Vasco, rechazaron en rotundo su aplicación y la gran mayoría buscaron otras medidas para seguir ofreciendo cobertura sanitaria a un colectivo desprotegido socialmente, que posee características inherentes, favorecedoras, más aún, de la situación de vulnerabilidad y del aumento de las barreras de accesibilidad al sistema sanitario, a pesar de que en términos generales, gozan de un mejor estado de salud que la población autóctona y que requieren de menos recursos sanitarios ⁽³⁰⁻³¹⁾.

Se estima que los efectos que podría tener la aplicación de este RDL sobre la salud de los inmigrantes son entre otras, las propias sufridas por la falta de acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de enfermedades crónicas e infecciosas; así como la no inclusión en programas de prevención, detección precoz de ciertos tipos cánceres y actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud. Todas estas consecuencias podrían tener, al mismo tiempo, sus repercusiones sobre la salud comunitaria ⁽³⁰⁻³¹⁾. Esto implicaría, a su vez, un mayor uso de la atención de urgencias, al ser la única vía de acceso al sistema sanitario, lo que incrementaría el gasto en la atención especializada, siendo este más elevado que el gasto generado en la atención primaria, redundando sobre el gasto sanitario total ^(8,9,30,31).

Sería adecuado realizar futuras investigaciones acerca de los efectos de la crisis sobre la salud de los inmigrantes, cómo afecta esto a la salud de la comunidad y del coste-beneficio real que supone esta medida de pérdida de universalidad de nuestro sistema sanitario, así como la repercusión sobre su gasto ⁽³⁰⁻³¹⁾.

Copago

Este RDL 16/2012, incluía el popularmente conocido "copago sanitario", con medidas de carácter estatal como suplementos de hasta un 10% por parte de los pensionistas, con un límite de cuantía mensual según las rentas y exclusión de 417 medicamentos de cobertura pública destinados sobre todo a síntomas menores. Con carácter autonómico, se instauró la inclusión de un euro por receta (suspendida por el Tribunal Constitucional) ^(11,32).

Esta normativa redefinía, también, la cartera de servicios públicos, que quedaba dividida en tres sub-carteras ^(7,8,13).

- 1) Servicios y productos básicos: que no exige "repago" y ofrece cobertura a las personas aseguradas y sus beneficiarios.
- 2) Servicios suplementarios: copago con un valor del 40% del total del importe sin límite de cuantía de todo lo que incluye. (Transporte sanitario no urgente, en donde se incluyen personas con tratamiento onco-hematológico, pacientes con tratamiento de diálisis, población envejecida perteneciente a áreas rurales y personas con tratamientos de rehabilitación, así como sillas de ruedas, muletas, productos ortoprotésicos y dietéticos...).
- 3) Servicios accesorios: el copago por parte del "usuario" puede representar en algunos casos el 100% del valor.

Se consideró la necesidad de disminuir el gasto sanitario total, del cual el gasto farmacéutico supone una dura carga, a la que España destina el 1,53% del PIB en 2014, después de verse reducido desde el comienzo de la crisis en un 0,77% ⁽³³⁾; siendo, aún, de los países con un elevado gasto farmacéutico dentro de la OCDE ⁽¹⁵⁾. Según Benach, el nuevo modelo de copago definido por él como "*disuasorio*" ⁽¹⁰⁾ ponía de manifiesto una vez más la pérdida de equidad y universalidad de nuestro sistema de salud.

En España, las cifras sobre el total de la población en el año 2015 (Anexo IV), situaban en 8,6 millones el número de personas mayores de 65 años, representando un 18,5% del total. De estos, más del 55% viven con algún tipo de problema de salud crónico o discapacidad, siendo el rango de población que más recursos consumen del sistema sanitario por volumen y necesidad ⁽²⁹⁾. Este colectivo

representa el tipo de población que más pone a prueba a un Sistema Nacional de Salud, realidad de la que sí podemos presumir de haber disfrutado durante todos estos años, así como de sus logros. El más importante a destacar, en comparación con nuestros iguales, es la esperanza de vida media al nacer, encontrándonos entre los primeros países a nivel mundial y el primero en los promedios de la OCDE. (Anexo V) ⁽¹⁴⁾.

Una vez más, las CCAA volvieron a aplicar lo referente al copago sanitario de forma asimétrica. En este sentido, el gasto farmacéutico total del año 2015 fue de 9.533,90 millones de euros, un 14,8% menos que lo que correspondía al periodo pre-crisis (2007) ⁽³³⁾.

Andalucía, Cataluña, Comunidad Valenciana y Madrid suponían el 55% sobre el total del gasto farmacéutico y Extremadura era la primera en el ranking respecto al gasto farmacéutico público por habitante, con 275.75€ por persona. Las personas de 65 años o más que viven solas suponían un gasto de 365,15€ ⁽³³⁾.

En cuanto al nivel educativo, los titulados universitarios presentaban un mayor gasto en comparación con la población de menor nivel educativo, 216,93€ frente a 148,04€ ⁽³³⁾.

Como señala la CEOE, en su *Libro blanco de la Sanidad*, se debe poner en valor a la industria farmacéutica española, situada entre las primeras en el marco europeo y líder en el sector de nuestro país, en cuanto a I+D+i se refiere, con una inversión en el año 2015 de hasta 1.000 millones de euros (un 89% proveniente de la autofinanciación) ⁽¹⁶⁾.

Con las medidas adoptadas tras el RDL 16/2012, las farmacéuticas estiman pérdidas de 100 millones de euros al año. Esta medida no solamente ha repercutido sobre la industria, sino que varios autores, entre los que se encuentra el profesor Benach, se han pronunciado acerca de lo injusta que es esta medida de "copago sanitario" ⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A pesar de la disminución del gasto farmacéutico y de los recursos, su repercusión sobre el ahorro no ha sido notable; además de suponer el incremento de otros

servicios, como por ejemplo, la atención hospitalaria, debido al empeoramiento de enfermedades por causa de la falta de tratamiento o la adherencia al mismo (8,10,32).

Por tanto, en vez de conseguir que la población reflexione sobre sus deberes como usuario del sistema sanitario, ha conseguido aumentar la falta de equidad y el acceso al sistema de salud de los grupos más desfavorecidos socio-económicamente, y culpabilizados injustamente, con este RDL, de abusar del Sistema Nacional de Salud, eludiendo de responsabilidades a las autoridades gestoras y a los profesionales de la salud (8,10,32).

El propio Benach, manifiesta que este "copago sanitario": *"atiende a cometidos ideológicos al debilitar la imagen y la gestión del sistema, orientados hacia la privatización, con el objeto de mercantilizar la sanidad a la capacidad adquisitiva individual, cuando se debería contemplar la atención sanitaria como un bien común, universal, equitativo y de calidad con alto nivel de prestaciones"* (12).

Son varios los autores que coinciden en que el copago se debería haber aplicado siguiendo una estrategia basada en criterios de coste-efectividad, reforzado con estudios sobre el impacto de la crisis y la salud, y que más allá de ser una evento adverso para la sociedad, la crisis debería de ser vista como una oportunidad de análisis y mejora del Sistema Nacional de Salud (6,12,34,35).

La Crisis y la Salud

Desigualdades sociales y determinantes de la salud en España

Para aunar los conceptos de desigualdad y salud, es preciso que nos detengamos a comentar el resultado de las diferentes observaciones que se realizaron en épocas de crisis.

Por un lado, se encuentran las conclusiones que demostraron que un incremento de las tasas de paro disminuían la mortalidad, ya que la pérdida de poder adquisitivo generada por la crisis potenciaba efectos beneficiosos para la salud; consecuencia de la modificación en los hábitos de vida, tales como un menor consumo de hábitos tóxicos, mejoras en la dieta, aumento del tiempo de ocio y descanso y mayor dedicación al ejercicio físico en detrimento del sedentarismo, entre otros. Con ello,

se previenen los problemas relacionados con el sistema cardiovascular, se reducen las muertes por accidentes de tráfico, por accidente laboral o por causas medioambientales. Incluso, puede asegurarse que a corto plazo no ha tenido efectos especialmente negativos, diferentes a otras épocas de bonanza económica, salvo en los índices de suicidio ⁽³⁶⁻³⁹⁾. Como concluye Tapia Granados, epidemiólogo de la universidad de Michigan: "*Una vez alcanzado cierto nivel de ingreso, el crecimiento económico de un país, no solo no favorece la salud, sino que comienza a perjudicarla. De hecho, para la salud las épocas de prosperidad económica son peores que las épocas de recesión*" ⁽³⁷⁾.

En su blog, el médico salubrista, Javier Segura del Pozo, hacía referencia a los datos mostrados por Tapia Granados, en el que señala que en España, un aumento del 5% en la tasa de paro se asociaba a una disminución de la mortalidad del 0,55% ⁽³⁸⁾. Refrenda este hecho la publicación de la Fundación Gaspar Casal, *La Sanidad española en cifras*, que situaba el descenso en un 6,15% de la tasa de mortalidad por edad x100.00 habitantes entre los años 2012 y 2014 ⁽⁴⁰⁾. Debemos hacer un inciso sobre este dato y añadir la aportación por parte del INE, en la que asegura que fallecían 393.734 personas más en el año 2014 con respecto al año anterior (Anexo VI). En nuestro país, no podemos decir que la crisis haya afectado a la mortalidad ^(29,36-39,41).

El economista, Emili Ferrer Inglés, afirma: "*En primer lugar, la salud se ve afectada por la crisis por el impacto producido en los denominados factores determinantes sociales de la salud (DSS), que al empeorar, incorpora desigualdades injustas que se producen en ámbitos no necesariamente sanitarios. En segundo lugar, la crisis incide en los recursos asignados al sistema sanitario necesarios para garantizar su equidad, nivel de prestaciones y calidad*" ⁽⁴²⁾.

Con la llegada de la crisis, en el año 2008, se puso en marcha La Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (en adelante CRDSS-E), a fin de elaborar propuestas políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud a corto, medio y largo plazo ⁽⁴³⁾.

En su informe sobre propuestas del año 2011, la CRDSS-E hace especial hincapié en atajar las desigualdades originadas por la crisis. Para ello, aconseja dirigir las

intervenciones hacia los determinantes de las desigualdades originadas en la salud de la población (Anexo VII). Elabora un total de 27 recomendaciones principales, centradas en mejorar la salud de los grupos más vulnerables (Anexo VIII), que recogen medidas universales en educación y sanidad con acceso gratuito y de calidad, el aumento de servicios y prestaciones para dependencia, con el fin de mejorar las condiciones de vida, la lucha contra la distribución desigual de riqueza y recursos y medir la evaluación de las intervenciones realizadas ⁽⁴³⁾.

En lo que a las cifras de morbilidad atañe, sí se puede afirmar, como muestran los datos, que han aumentado durante el periodo de crisis, a pesar de las opiniones contrarias. Como apunta la Fundación Gaspar Casal, los datos ofrecidos por el INE señalan un aumento de la media x100.000 habitantes del 2,53%, entre los años 2012-2014, con un aumento de las altas hospitalarias del 2,45% ⁽⁴⁰⁾.

Las consecuencias reales de esta crisis en las desigualdades generadas y en la salud de las personas están aún por ver. Pero es innegable que se han visto amortiguadas, en parte, debido a los fuertes lazos de protección familiar, a una eficaz respuesta de unos desarrollados Sistemas Nacionales de Salud y al desarrollo socio-económico alcanzado por el país, gracias a los periodos de bonanza económica y lo conseguido en cuanto a avances en el Estado de Bienestar ^(37,39,44,45).

Como señala Elisa Díaz, Directora del Laboratorio de Ideas de la Fundación Alternativas, en el año 2016: "*Los datos económicos de recuperación económica son positivos, pero esta mejora de indicadores parece que no se está traduciendo en el bienestar de los ciudadanos. La distribución de la riqueza está cambiando y aumenta la desigualdad*" ⁽⁴⁷⁾.

El Coeficiente Gini y la tasa de pobreza en España, sitúan a esta como uno de los países europeos con peores datos en cuanto a pobreza y desigualdad. Ambos indicadores aumentan de una manera preocupante, lo que demuestra la mayor diferencia entre los distintos grupos sociales y aumentan las desigualdades ⁽¹⁴⁾(Anexo IX).

Al igual que Elisa Díaz, son varios los autores que abogan por una mayor atención a los datos acerca del aumento de las desigualdades en nuestro país, recomendando no dar un paso atrás en los logros ya conseguidos como sociedad desarrollada, y elaborar herramientas de análisis sobre este tema en cuestión. Es más, instan, incluso, a fortalecer las políticas de inversión hacia grupos vulnerables y hacia el sistema sanitario, para contener los efectos indeseables de las desigualdades en salud ^(42,46,47,49). Por ejemplo, políticas de estímulo, mejoras en la inversión pública o una *"redistribución justa y equitativa de los determinantes sociales de la salud reintroduciendo elementos éticos"*, como sugiere Puyol, integrante del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitari Vall d'Hebron ^(42,45,47-49).

Según Emili Ferrer Inglés, no se puede culpabilizar al usuario de los recursos sociales y sanitarios de la crisis económica; usuarios como desempleados, niños y adolescentes, pensionistas, inmigrantes, enfermos crónicos y afectados por las políticas aplicadas durante la crisis; ni tampoco se puede utilizar esta circunstancia como pretexto para dismantlar el sistema público de salud ⁽⁴²⁾.

Por otro lado, Enrique Regidor, del Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e Historia de la Ciencia, de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, advierte: *"Hay múltiples razones políticas y éticas que aconsejan la disminución de la desigualdad de ingresos y la implementación de muchas otras políticas universales de bienestar. Pero debe ser verificado o refutado por las pruebas de la evidencia empírica. Y en este sentido deben asumir la posible existencia de resultados contrarios a sus valores"* ⁽⁴⁴⁾.

Salud Mental

Si de anteriores crisis económicas se tienen datos relevantes sobre su repercusión sobre la salud, existiendo controversias entre los diferentes estudios, todos ellos coinciden, en cómo esta situación influye negativamente en la salud mental de la población ⁽⁵⁰⁻⁵¹⁾.

Lo que sí es cierto, y con base científica para sostenerse, es la influencia que tiene el desempleo sobre el poder adquisitivo, que repercute a su vez en la salud en todas sus dimensiones, generando nuevos grupos de vulnerabilidad, no presentes o

representados por una minoría, en periodos pre-crisis. Durante épocas de recesión económica la falta de empleo juega el papel más importante dentro del estado mental de la población ⁽⁵²⁻⁵⁶⁾.

Portugal, Grecia o España han evidenciado dentro de la UE, como el incremento en las tasas de paro están fuertemente ligadas al incremento en la incidencia tanto de trastornos mentales como de suicidios ^(38,52,54,58). En España, la crisis económica trajo consigo una de las tasas de desempleo más altas de Europa (Anexo X), situándose en la actualidad en cifras que oscilan entre el 18% de la población activa ⁽⁴⁰⁾.

Así, los países nórdicos muestran los menores índices de desigualdad durante la crisis, resultado de unas fuertes políticas de protección, evitando el aumento de suicidios, a diferencia de Grecia, donde habían aumentado más de un 60%, o en España, donde se había observado un incremento del 8% en el año 2013 ^(13,14,38,52-54,58). *El Libro Azul de la Sanidad Española*, señala que el resultado era el esperado, debido a los efectos de la crisis en la salud mental de la población, sufriendo un incremento en la incidencia de un 10,82%, en este aspecto, entre los años 2009 y 2014 ⁽⁴⁰⁾.

El aumento de las desigualdades ha traído consigo el incremento en el consumo de fármacos antidepresivos en nuestro país, de hasta un 30,5% respecto a periodos pre-crisis ⁽⁵³⁾; con lo que el resultado nos sitúa entre los países europeos con un mayor consumo de estos fármacos, entre los que se encuentran ansiolíticos e hipnóticos (Anexo XI), aumentando, a su vez, el gasto farmacéutico y el número de demandantes ^(17,53,59,60).

Los trastornos mentales más diagnosticados en Atención Primaria, desde el comienzo de la crisis en 2008, son: la depresión, con un aumento del 19,4% en 2014, ansiedad (8,4%), somatización (7,3%) y alcoholismo (4,6%) ^(18,59,62). Estos aspectos ejercen una mayor presión sobre la demanda asistencial, poniéndola a prueba, una vez más ^(53,54,56,58).

Atribuible al desempleo y a la pérdida de poder adquisitivo, se relaciona también el descenso de las tasas de natalidad, especialmente preocupantes en nuestro país.

En este sentido, España tiene de las tasas más bajas de Europa con un descenso desde el comienzo de la crisis, con un índice de fecundidad de 1,33 hijos de media por mujer en el año 2015 (Anexo XII), además de retrasar la edad de maternidad (46,55).

A pesar de los avances en la comprensión, el diagnóstico y tratamiento de muchos trastornos psíquicos, se siguen desconociendo muchos factores o en qué porcentaje afectan a la salud mental. Citamos así a Gallo y Gené-Badía: "*Fundamentos empíricos asocian la prosperidad con buena salud, y la pobreza y el desempleo con una peor salud*". Respecto a la controversia de los estudios sobre el efecto de la crisis en la salud de la población (17,38), se ha demostrado en otros países que el gasto social elevado disminuye la incidencia de enfermedades asociadas a esta circunstancia (17,52,56,58).

Los recortes en nuestro país sobre protección social y lucha contra el desempleo, han generado, por una parte, evidencias sobre la influencia de la crisis en la salud mental de la población y, por otra, la necesidad de tomar conciencia sobre las consecuencias del aumento de las desigualdades sociales en la salud.

Con el alcance definitivo de las consecuencias de la crisis y las medidas para paliarlas, aún por ver, muchos autores recomiendan no dejar de invertir en protección social, ya que las políticas de austeridad nos hacen retroceder en los avances conseguidos como sociedad, y se debería de haber puesto más atención sobre los factores que aumentan los efectos de la crisis sobre la salud para la aplicación de medidas que hubiesen paliado un impacto previsible de la crisis (52,54-56,58).

Dependencia

Teniendo presentes, los datos sobre el envejecimiento progresivo de nuestro país y las consecuencias derivadas de este evento, no debemos olvidarnos de que la población que conforma este conglomerado representa uno de los grupos de vulnerabilidad afectados por la crisis.

La congelación de las pensiones, la subida del Impuesto del Valor Añadido (IVA) en todos sus tipos, la pobreza energética y varios puntos del RDL 16/2012, no han

contribuido a proporcionar condiciones favorecedoras en la protección de la salud para tal colectivo ⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

El envejecimiento se asocia, inevitablemente, a una peor calidad de vida y comporta una mayor situación de dependencia, causada por un empeoramiento del estado general de salud, aparición de enfermedades inherentes de la edad, deterioro del estado físico y psíquico. Todo ello genera una gran pérdida de autonomía, provocando además un gran impacto social y epidemiológico. Esta situación de gran impacto socio-sanitario, requiere de una mayor cantidad y calidad en la dispensación de los cuidados, lo que depende no solamente del profesional, sino también de los recursos de los que dispone ⁽⁶¹⁻⁶²⁾.

Un estudio del año 2012 asegura que España contaba con 350.000 plazas en Residencias de mayores, repartidas en 5.490 centros, con una media de 63 residentes por centro. De estas, 4.100 eran privadas y acogían un volumen de 270.000 personas, de las que 72.000 eran plazas concertadas. Según este mismo artículo, el ratio sobre la población total en el número de plazas ocupadas representaba un 4,1%, ligeramente por debajo de las recomendaciones de la OMS, que lo fijan en un 5% ⁽⁶²⁾.

Según los datos que proporciona la CEOE, en 2013 España contaba a su disposición con 10.270 empresas dedicadas a Servicios Sociales, de las cuales 5.157 están destinadas a la asistencia residencial y 5.113 a las actividades sociales sin alojamiento. Entre ambos servicios atendían a 426.200 personas. Entre sus previsiones, la CEOE estima que en el año 2020, el 20% de la población será mayor de 64 años, incrementándose un 10% en el 2030. Para el año 2050, el 11,2% de la población sería representada por un colectivo de edad mayor de 80 años ⁽¹⁶⁾.

Hay que tener en consideración, uno de los grandes avances en cuanto a protección social, como es la Ley de la Dependencia 39/2006, que se mantuvo vigente pese a la crisis, pero de igual manera sufrió sus consecuencias con la aplicación de las denominadas políticas de austeridad ^(16,61-62).

Infancia y dependencia juvenil

Este aumento de las desigualdades y tasas de pobreza, repercute con especial impacto sobre la población infantil y juvenil, señalado por los expertos como el grupo más vulnerable afectado por la crisis.

Las repercusiones en edades tempranas se van prolongando a lo largo de la vida y tienden a cronificarse tanto las condiciones sociales como las condiciones del estado de salud, acentuándose a lo largo de la etapa de crecimiento y manifestándose en la edad adulta ⁽⁶³⁻⁶⁴⁾.

El Observatorio Social de "la Caixa" publica en su web, datos bastantes preocupantes acerca de las condiciones de nuestros jóvenes menores de 30 años, sobre exclusión social y en lo que a salud se refiere (Anexo XIII).

Michael Marmot, Director del Instituto de Equidad y Salud del University College London, señala en una entrevista publicada en abril del 2017, en la web de la Obra Social de "la Caixa", que debemos centrar los esfuerzos para reducir los determinantes sociales que influyen sobre la desigualdad, especialmente sobre el desarrollo infantil. A su vez, Marmot señala: *"las desigualdades sanitarias son evitables e injustas. Las mejoras sociales y sanitarias van de la mano"* ⁽⁶⁶⁾.

Crisis y Enfermería

Las políticas de recortes económicos afectaron tanto a los recursos materiales como a los recursos humanos, con sus consiguientes repercusiones en la calidad de la atención.

Diferentes artículos encontrados ponen sus puntos en común acerca de la necesidad de incrementar la dotación de las plantillas de enfermería, coincidiendo así con las peticiones del Sindicato de enfermería (SATSE) ⁽⁶⁷⁻⁷²⁾.

Los ratios de 5,2 enfermeras por cada 1.000 habitantes, nos colocan como los últimos de la UE, en la que los ratios son de 8,4 enfermeras cada 1.000 habitantes, y como el 6º país del mundo con menos enfermeras "per cápita" ^(67,69,70) (Anexo XIV).

El documento presentado por el SATSE, *Radiografía de la enfermería española*, recoge diferentes afirmaciones acerca de las consecuencias de las políticas de recortes, que han sido especialmente duras con las actividades dedicadas a la prevención y a la promoción de la salud.

Este documento nos presenta una visión de cómo el periodo de "desaceleración" económica ha dejado unos profesionales, en este gremio, saturados por la sobrecarga de trabajo, que afecta a la calidad y a la eficiencia de la atención socio-sanitaria. Según este documento, las consecuencias derivadas de esta situación representan un aumento de los costes, de los ingresos hospitalarios y del tiempo de estancia media hospitalaria, un incremento en las listas de espera y el empeoramiento de los pacientes crónicos ⁽⁶⁷⁾.

Esta situación, tiene una relación causal con las tasas de mortalidad hospitalarias y con la aparición de eventos adversos. Un estudio mostrado por la OCDE, de la revista "The Lancet", relaciona el número de pacientes en riesgo de morir después de una intervención quirúrgica, con el número de enfermeras disponibles en la atención, que no se ven sometidas a sobrecarga asistencial ⁽⁶⁹⁾.

Los datos elaborados por la Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene, en el informe EPINE 2016, dejan constancia de la variación en la tendencia de las infecciones nosocomiales, situando las contraídas en quirófano como las más recurrentes en el año 2014, a diferencia del año 2012, donde eran las infecciones respiratorias (Anexo XV) ⁽⁷⁶⁾.

El Sindicato de enfermería recomienda un rediseño de la organización del sistema sanitario, que fomente la integración de las instituciones, con el paciente como eje, al que se debe dirigir una atención holística e individualizada ⁽⁶⁷⁾.

Alberdi y Cuxart, ambas enfermeras, se justifican, ya que el RDL 16/2012, "*contradice los fundamentos esenciales de la profesión enfermera, que se sustentan en dignidad y respeto a los derechos humanos.*"

Se amparan en el Código CIE que establece como principios: "*La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción*

encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.

La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos."; para llamar, a los demás profesionales del colectivo, a la "desobediencia enfermera"⁽⁷⁾.

Como se pronuncia Martínez Riera, profesor de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante, *"las crisis generan revoluciones"*. Martínez Riera plantea en su discurso, siguiendo lo indicado por Kuhn, la posibilidad de un hipotético cambio de paradigma producido en los sistemas de salud, donde las enfermeras deben definir su papel y posicionarse como uno de los principales actores del cambio ⁽¹²⁾.

La cada vez más completa formación y la adquisición de diferentes especialidades y competencias en lo referente a los distintos ámbitos de la salud, sumado a la incorporación de experiencias internacionales, serían criterios, más que suficientes, para empujar a la enfermería hacia ese cambio de paradigma, en la que el profesional de la salud puede contribuir de una manera más eficiente y eficaz, a través de un ejercicio de voluntad para el cambio, más allá de limitarse a paliar las deficiencias de la crisis con sus esfuerzos ^(12,74-75).

Como indica Martínez Riera: *"la crisis debe de entenderse como una oportunidad de análisis, reflexión, debate y propuestas para mejorar el Sistema Sanitario"* ⁽¹²⁾.

Conclusiones

La crisis económica es un evento adverso que debería de servir para observar sus consecuencias hacia las grandes conquistas realizadas por las sociedades más desarrolladas socio-económicamente y poder poner los medios disponibles para el análisis de los impactos, positivos y negativos, que se derivan de ellas y afectan al Sistema Nacional de Salud y a las desigualdades de la salud.

Las autoridades encargadas de la gestión de la riqueza y del Estado de Bienestar, deberían hacer un ejercicio de reflexión, acerca de las medidas adoptadas y de su responsabilidad sobre los resultados obtenidos.

Se justifica la necesidad de desarrollar poderosos sistemas sociales, en cuanto a calidad y eficiencia, para prevenir y afrontar las posibles consecuencias negativas que los determinantes sociales producen sobre la salud y la equidad de la población, y sobre el propio sistema sanitario tanto a corto como a medio y largo plazo.

Los profesionales sanitarios, en particular los profesionales de Enfermería, deberían formar parte de un cambio en el modelo de gestión y distribución de recursos, ya que son piezas clave en la dispensación final de los mismos, y pueden identificar mejor las necesidades de la población a la que atienden.

Bibliografía.

1. Bembibre C. Estado de Bienestar. Definición ABC. [Internet]. 2012 [citado 2017 Abr 25]; Disponible en: <https://www.definicionabc.com/historia/estado-de-bienestar.php>
2. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, (29-12-1978) [Internet]. 1978 [citado 2017 Abr 25]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1978-31229
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud. España 2012 [monografía en Internet]. Madrid; 2012 [citado 2017 Abr 25]; Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf
4. Muelas Manso M, Urueña Gutiérrez B (dir). La política económica española durante la crisis económica. [Trabajo fin de grado en Internet]. [Valladolid]: Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. 2016 [citado 2017 Abr 6]; Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/21833>
5. 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. Boletín Oficial del Estado, núm. 98, (24-4-2012) [Internet]. 2012 [citado 2017 Jun 1]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-5403
6. Muñoz Toyos N. Efecto de la crisis económica sobre el sistema sanitario: consecuencias económicas y de salud. ENE, Rev de Enf [revista en Internet] 2014 [citado 2017 Abr 6]; 8 (3) Disponible en: <http://www.ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/370/CRISIS>
7. Alberdi Castell R, Cuxart Ainaud N. Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud. Metas Enf [revista en Internet] 2013 [citado 2017 Abr 25]; 16 (10): 21-27. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80528/>
8. Centenera Sánchez-Seco F. La crisis y el derecho a la salud: un diagnóstico de tensiones y soluciones. Foro, Nueva época, 19(1) núm. 1 2016; 141-172

9. Lema Añón C. La titularidad del derecho a la salud en España: ¿hacia un cambio de modelo? Rev. Bioética y Derecho [revista en Internet] 2014 [citado 2017 May 3]; (31): 3-16. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S188658872014000200002&lng=es&nrm=iso
10. Benach J, Tarafa G, Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gac Sanit [revista en Internet]. 2012 Feb [citado 2017 Abr 6]; 26(1):80-82. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112012000100015
11. Benach J, Muntaner C, Tarafa G. El copago es inequitativo, injusto y evitable. Gac Sanit [revista en Internet]. 2012 [citado 2017 Abr 6]; 26 (5): 491-491. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000500019
12. Martínez Riera JR. Crisis y enfermeras. Rev ROL Enf 2012 35(2):108-119
13. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al... Crisis financiera, austeridad y salud en Europa. Sinpermiso. [revista en Internet] 2013 Mar [citado 2017 May 12] ; Disponible en:
<http://old.sinpermiso.info/articulos/ficheros/2salud.pdf>
14. Jiménez-Martí S, Andrea Viola A. Estudios sobre la Economía Española - 2016/30. Segundo informe del observatorio de sanidad FEDEA. Fundación de Estudios de Economía Aplicada. 2016.
15. Navarro V. El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública. Gac Sanit [revista en Internet] 2012 Abr [citado 2017 Abr 18]; 26(2):174-175. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112012000200014&lng=es.
16. Libro blanco de la Sanidad. Comisión de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad de CEOE. Libro blanco de la sanidad. Confederación Española de Organizaciones Empresariales. Madrid; 2016.
17. Gallo P, Gené-Badia J. Evidencias y reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la sanidad. Panorama Social. 2016; 22(2). p. 79-92

18. Repullo JR. Cambios de regulación y de gobierno de la sanidad. Informe SESPAS 2014 Gac Sanit [revista en Internet] 2014 Jun [citado 2017 May 12]; 28(1): 62-8. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/cambios-regulacion-gobierno-sanidad-informe/articulo/S0213911114000910/>
19. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. Crisis económica y repercusiones sobre la salud [sede Web] 2011 Nov [citado 2017 18 Abr]; Disponible en: <http://www.attac.es/2011/12/18/crisis-economica-y-repercusiones-sobre-la-salud/>
20. Grupo de trabajo de la Escuela Andaluza de Salud Pública. Impacto de la Crisis Económica en la Salud y en el Sistema Sanitario en España. Documentos de trabajo. 2015. [citado 2017 Abr 25]; Disponible en: www.easp.es
21. Sánchez-Martínez FI, Abellán-Perpiñán JM, Oliva-Moreno J. La privatización de la gestión sanitaria: efecto secundario de la crisis y síntoma de mal gobierno. Informe SESPAS 2014 Gac Sanit [revista en Internet] 2014 [citado 2017 May 12]; 28 (1): 75-80. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-privatizacion-gestion-sanitaria-efecto/articulo/S021391111400082X/>
22. Repullo JR, Freire JM. Implementando estrategias para mejorar el gobierno institucional del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit [revista en Internet] 2016 [citado 2017 May 12]; 30 (1): 3-8. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/implementando-estrategias-mejorar-el-gobierno/articulo/S0213911116300620/>
23. Heras-Mosteiro J, Otero-García L, Sanz-Barbero B, Aranaz-Andrés JM. Percepciones de médicas y médicos de atención primaria de Madrid sobre las medidas de ajuste en el sistema público de salud. Gac Sanit [revista en Internet] 2016; [citado 2017 May 12]; 30(3):184-90. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/percepciones-medicas-medicos-atencion-primaria/articulo/S0213911116000212/>
24. Deusto Business School Health. Foro de transformación sanitaria: las claves de la sostenibilidad del sistema sanitario. Deusto Business School Health. 2015.

25. Fundación Encuentro. Informe España 2015. Madrid
26. González López-Valcárcel B, Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. Gac Sanitaria. [revista en Internet] 2012 [citado 2017 May 12]; 26 (2): 176-177. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112012000200015
27. Find a Way Group. Sanidad privada aportando valor. Análisis de situación 2017. Informe del Instituto para el Desarrollo e Integración de la Sanidad (IDIS). Madrid, marzo 2017.
28. Bacigalupe A, Martín U, Font R, González-Rábago Y, Bergantiños N. Austeridad y privatización sanitaria en época de crisis: ¿existen diferencias entre las comunidades autónomas?. Gac Sanit [revista en Internet] 2016 [citado 2017 May 3]; 30 (1): 47-51. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112016000100009&lng=es.
29. Instituto Nacional de Estadística (INE). España en cifras 2016. Instituto Nacional de Estadística. [citado 2017 May 28] ; Disponible en: http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras
30. Vázquez ML, Vargas I, Aller M-B. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit [revista en Internet] 2014 [citado 2017 Abr 18]; 28 (1): 142-6. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/reflexiones-sobre-el-impacto-crisis/articulo/S0213911114000727/>
31. Villafáñez Conde S, Rivas Antón MF (dir). “El acceso de la población inmigrante al Sistema Nacional de Salud tras el Real Decreto–Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud” [Trabajo fin de grado en Internet]. [Valladolid]: Facultad de Educación y Trabajo Social. 2015 [citado 2017 Abr 25] ; Disponible en: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/14362>
32. Urbanos Garrido R, Puig-Junoy J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014 Gac Sanit [revista en Internet] 2014 [citado 2017 Abr 18]; 28 (1): 81-8. Disponible en:

<http://www.gacetasanitaria.org/es/politicas-austeridad-cambios-las-pautas/articulo/S0213911114000739/>

33. EAE Business School. El gasto farmacéutico en España en 2016. Evolución internacional y situación desde el punto de vista nacional. Agosto 2016.
34. Arenas Díaz CA, Mases Rosinés J, López del Val A, Financiación Sanitaria y Crisis Económica en España. -Artículos-. Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA Siglo XXI). [citado 2017 May 28] Disponible en: <https://www.sedisasigloxxi.es/spip.php?article451>
35. Cortiñas-Sáenz M, Bonilla-García JL, Arnedo Ruiz C, Navajas Gómez de Aranda AI, Menoyo Alonso MB, López Martín R, Carricondo Martínez MI, Jerez Collado F. Crisis económica española y salud. Impacto clínico en el dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor [revista en Internet] 2015 [citado 2017 May 28]; 22 (2): 51-58. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n2/02_original.pdf
36. Bernal Delgado E. Los recortes sanitarios y la salud de los españoles entre 2008 y 2016: no es tan fiero el león como lo pintan. En: la Biblioteca Cochrane, 2017 Número 7 Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. [citado 2017 May 3] ; Disponible en: <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=11822833&DocumentID=GCS62-15>
37. Tapia Granados JA. La mejora de la salud durante las crisis económicas: un fenómeno contraintuitivo. Papeles de relaciones ecosociales y cambios global. N°113 2011, pp.121-137.
38. Segura del Pozo J. Mortalidad y crisis económica: una compleja relación. [Internet] Blog de salud pública y algo más. 2012. [citado 2017 Abr 6]; Disponible en: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2012/03/11/133156
39. Tena Reiff, S. Influencia de la crisis económica del 2008 en la salud en España. XII Congreso Español de Sociología. Gijón. 2016
40. La sanidad española en cifras 2016. Fundación Gaspar Casal. Círculo de la sanidad. Madrid. 2017.
41. Ruiz-Ramos M, Córdoba-Doña JA, Bacigalupe A, Juárez S, Escolar-Pujolar I. Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e

- impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit [revista en Internet] 2014 [citado 2017 May 12] ; 28 (1): 89-96. Disponible en:<http://www.gacetasanitaria.org/es/crisis-economica-al-inicio-del/articulo/S0213911114000144/>
42. Ferrer Inglés, E. Crisis Económica, Salud y Sistema Sanitario. [Internet] Blog de economistas frente a la crisis. 2012. [citado 2017 Abr 18] ; Disponible en: <https://economistasfrentealacrisis.wordpress.com/2012/08/29/crisis-economica-salud-y-sistema-sanitario/>
43. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit [revista en Internet] 2012 [citado 2017 May 28] ; 26 (2): 182-189. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112012000200017&lng=es&nrm=iso
44. Regidor E. Políticas de bienestar social y desigualdades en salud. Verdades preconcebidas en la investigación científica. Rev. Esp. Salud Publica [revista en Internet] 2016 [citado 2017 Jun 1] ; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S113557272016000100303
45. Puyol A. Ética, equidad y determinantes sociales de la salud. Gac Sanit [revista en Internet] 2012; [citado 2017 Jun 1]; 26 (2): 178-181. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021391112012000200016&lng=es&nrm=iso
46. Cortès-Franch I, González López-Valcárces B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014 Gac Sanit [Internet] 2014 [citado 2017 Abr 18]; 28 (1): 1-6 Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/crisis-economico-financiera-salud-espana-evidencia/articulo/S0213911114000971/>
47. Díaz Martínez E. Desigualdad social, crisis económica y salud en España. Obra Social la Caixa. 2016. [citado 2017 Jun 1] ; Disponible en: https://observatoriosociallacaixa.org/article//asset_publisher/ATai9MyKZiYq/content/desigualdad-social-crisis-economica-y-salud-en-espana/pop_up

48. Pons NV J. Las políticas públicas de empleo y bienestar pueden reducir las desigualdades en salud; En: la Biblioteca Cochrane 340:c2154. GCS. 2010. [citado 2017 May 3] ; 12 (3): 109 Disponible en:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?DocumentID=GCS45-25>
49. López Casasnovas G. Las paradojas de la redistribución. En: la Biblioteca Cochrane 2017 Número 7. Universitat Pompeu Fabra [citado 2017 May 3] ; Disponible en:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011858574&DocumentID=GCS56-18>
50. Barea Mendoza JA. Luces y sombras de la literatura europea sobre los efectos de la crisis en la salud. En: la Biblioteca Cochrane 2017 Número 7. Madrid. [citado 2017 May 3] ; Disponible en:
<http://www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=11822833&DocumentID=GCS62-16>
51. Álvarez Hernández G, Pérez Zapata O. Artículo explicativo: ¿Crisis económica = Buena salud? La paradoja de la salud de los españoles. Dubitare.19-12-2013. [citado 2017 Abr 6] ; Disponible en:
<http://www.dubitare.es/2013/12/explicacion-crisis-economica-buena-salud/>
52. Muñoz Sánchez S, García Jorge P, García de Fernando García S, Portabales Barreiro L, Moreno Fernández L, Ceverino Domínguez A, Polo Usaola C. Conducta suicida y crisis económica. Norte de Salud Mental. [Internet] 2014 [citado 2017 May 12]; XII (48): 36-43. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830201.pdf>
53. Font D, Cañedo AP. Crisis y recortes también minan la salud. Diagonal. Barcelona/Madrid; 18/12/2012. [citado 2017 May 12]; Efectos de la situación económica. Disponible en: <https://www.diagonalperiodico.net/cuerpo/alerta-sanitaria-como-crisis-y-recortes-afectan-nuestra-salud.html>
54. Segura del Pozo J. Crisis económicas y salud: cómo minimizar el daño. [Internet]. Blog de Salud pública y algo más. 2012. [citado 2017 Abr 6]; Disponible en:
http://www.madrimas.org/blogs/salud_publica/2012/02/26/133124

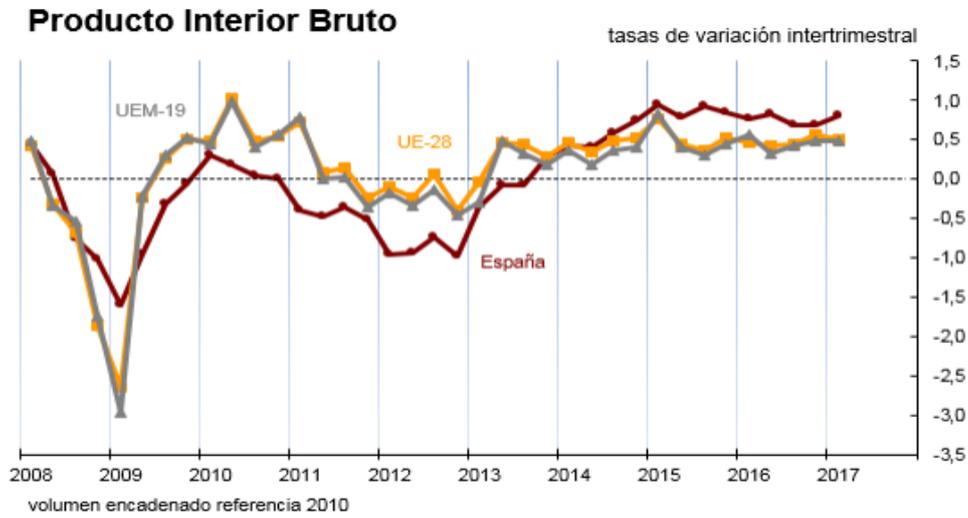
55. Rius M. La huella de la crisis: menos población, más suicidios y más años con mala salud. La Vanguardia. Barcelona; 14/3/2016. [citado 2017 May 12]; Investigación del CSIC. Disponible en:
<http://www.lavanguardia.com/vida/20160314/40410807492/la-huella-de-la-crisis-en-la-demografia.html>
56. Vilardell Balasch M, Hernández Sánchez D, Molina Mula J, González Trujillo A, Gelabert Binimelis A. La atención sanitaria relacionada con el consumo de drogas en un contexto de crisis económica. Index Enferm. [Internet] 2015; [citado 2017 Jun 1] (1-2): 54-58. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962015000100012
57. Segura Benedicto A. Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit [Internet] 2014 [citado 2017 Abr 18] 28 (1): 7-11 Disponible en:
<http://www.gacetasanitaria.org/es/recortes-austeridad-salud-informe-sespas/articulo/S0213911114000508/>
58. Somapsy.org. [sede Web]. Somapsy 24/2/2016 [citado 2017 Jun 1]; Artículos: Crisis económica, sistemas de salud y salud mental en Europa. Disponible en:
<http://somapsy.org/crisi-economica-salud-mental-europa/>
59. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe de utilización de medicamentos U/AD/V1/14012015. Utilización de medicamentos antidepresivos en España durante el periodo 2000-2013 2015. [citado 2017 Jun 1] ; Disponible en:
<https://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/antid epresivos-2000-2013.pdf>
60. Stoyanova A. Impacto de la crisis sobre la salud mental: mejor no hacerse el loco. En: la Biblioteca Cochrane 2017 Número 7. Barcelona. [citado 2017 May 3] ; Disponible en:
<http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%2011859683&DocumentID=GCS55-13>
61. Munsuri Rosado J. Crisis y dependencia. Educare21 [Internet] 2013 [citado 2017 May 28] ; 11 (10). Disponible en:
<http://www.enfermeria21.com/revistas/educare/articulo/621261/>

62. Esteban Herrera L, Rodríguez Gómez JÁ. Situaciones de dependencia en personas mayores en las residencias de ancianos en España. Ene. [Internet]. 2015 [citado 2017 May 28] ; 9 (2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988348X201500020007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
63. Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui MV. Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”? Informe SESPAS 2014 Gac Sanit [Internet] 2014 [citado 2017 May 12] ; 28 (1): 132-6 Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/crisis-economica-pobreza-e-infancia-/articulo/S0213911114000892/>
64. Rajmil L. La crisis económica afecta a la salud infantil: ¿qué papel tienen los pediatras? Elsevier España, S.L. 2013 ; 79 (4): 205-207
65. Fernández, JJ. Evolución comparada de la pobreza infantil, juvenil y de los mayores en Europa. Obra Social la Caixa. Madrid; 2017. [citado 2017 Jun 1] ; Disponible en: <https://observatoriosociallacaixa.org/es/-/evolucion-comparada-de-la-pobreza-infantil-juvenil-y-de-los-mayores-en-euro-1>
66. Marmot M. A mayor justicia social, mejor salud. [videocinta]. Obra Social la Caixa. 2017.[citado 2017 Jun 1] ; Disponible en: <https://observatoriosociallacaixa.org/es/-/a-mayor-justicia-social-mejor-salud>
67. Sindicato de Enfermería SATSE. Radiografía de la Enfermería española: Visión política y visibilidad social. Secretaría Gral. Técnica SATSE. 2015.[citado 2017 Abr 6] ; Disponible en: <http://media.satse.es/media/docs/pyaoxmgl.pdf>
68. Cruzado Álvarez C, Jaime Jiménez F, Sánchez Paule Y. Principales problemas de los recursos humanos sanitarios en la Unión Europea y España. Enferm Docente [Internet] 2012 [citado 2017 May 12]; 97: 20-24. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/97/r97-020.php>

69. Mundosanitario.satse.es [sede Web]. SATSE 31/3/2017. [citado 2017 Jun 1]; Más enfermeras: España ya es el sexto país con menos enfermeras del mundo. Disponible en: <http://www.mundosanitario.satse.es/espana-ya-es-el-sexto-pais-con-menos-enfermeras-del-mundo/>
70. Diariodicen.es [sede Web] Diario Dicen 31/3/2017. [citado 2017 Mayo 28]; Diario independiente de contenido enfermero: España sexto país del mundo con menos profesionales enfermeros. Disponible en: <https://www.diariodicen.es/201703/espana-sexto-pais-del-mundo-con-menos-profesionales-enfermeros/>
71. Consalud.es [sede Web]. Madrid: Consalud. 3/4/2017. [citado 2017 May 28]; Profesionales: La OCDE alerta de la “fuga” de profesionales de la Enfermería española a otros países. Disponible en: <http://consalud.es/industria/pacientes/profesionales/la-ocde-alerta-de-la-fuga-de-profesionales-de-la-enfermeria-espanola-a-otros-paises-35046>
72. Velasco Bueno JM, Evidencias frente a los recortes en las plantillas de Enfermería. Enfermería Docente. [Internet] 2013 [citado 2017 Jun 1]; Número 99. Enero-Abril. Disponible en: <http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/noticia3.html>
73. Vaqué J, Otal JJ, Grupo de Trabajo EPINE. EPINE evolución 1990-2016, y resumen de 2016. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública e Higiene.
74. Germán Bes C, Hueso Navarro F, Huércanos Esparza I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Enferm. glob. [Internet]. 2011 [citado 2017 Abr 18]; 10(23):221-232. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412011000300016&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412011000300016&lng=es)
75. Bernal Pérez MF, González Gimeno M. Los derechos de los profesionales tras la crisis económica. Metas Enferm [Internet] 2015 [citado 2017 Abr 25] 18 (7): 3. Disponible: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80788/>

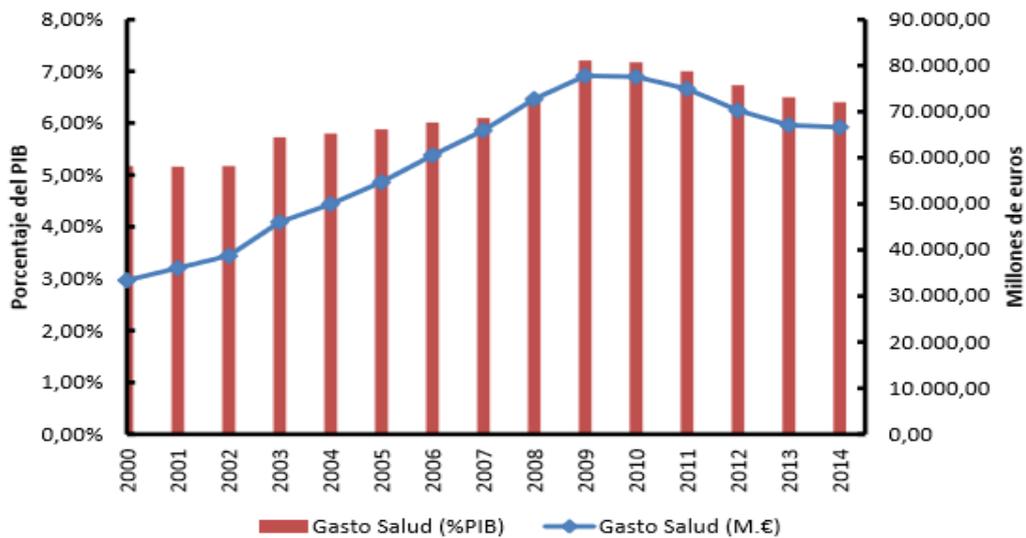
Anexos

Anexo I.- PIB España 2008-2017



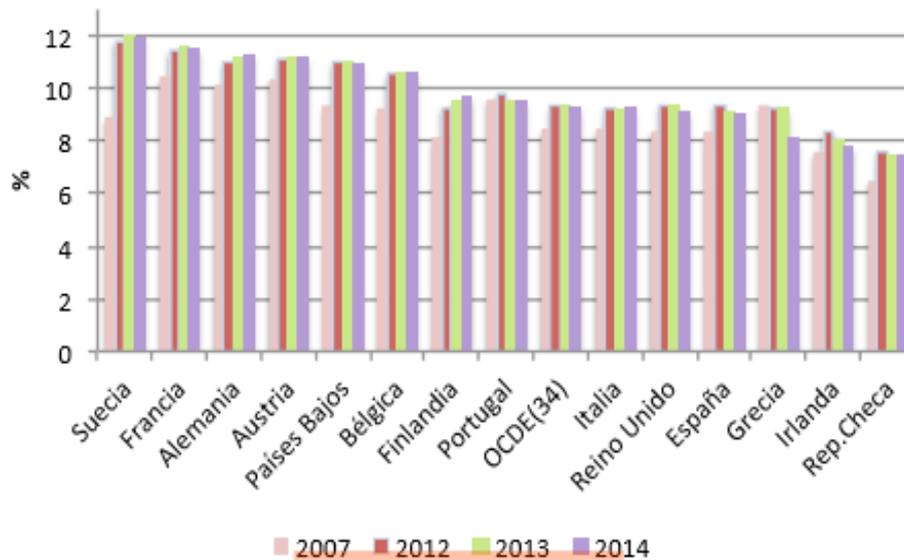
Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Anexo II.- Gasto en sanidad año 2000-2014



Fuente: Marcos Muelas Manso

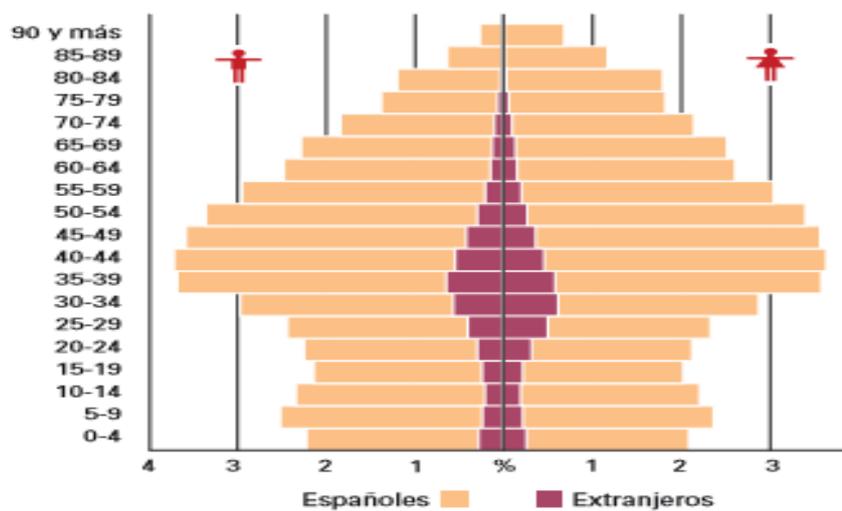
Anexo III.- Gasto sanitario total como % del PIB. Países seleccionados OCDE. 2007,2012-2014



Fuente: Sergi Jiménez-Martí

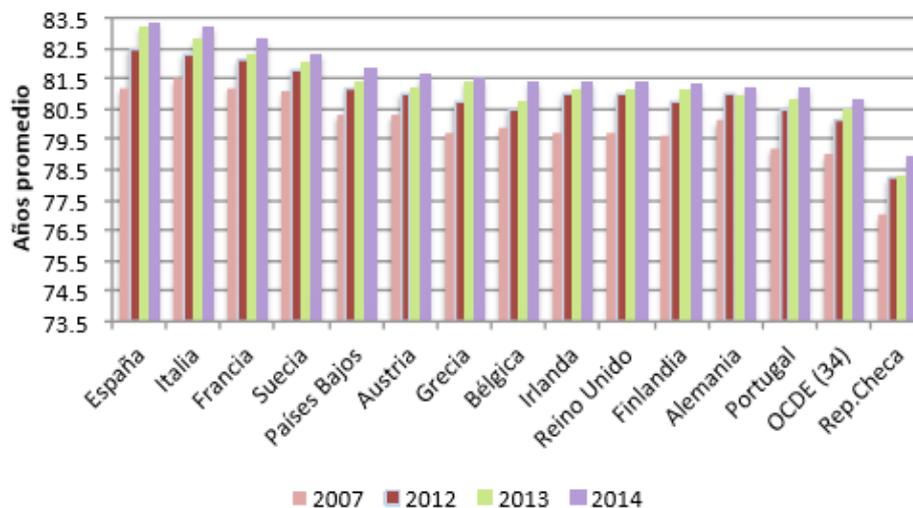
Anexo IV.- Pirámide de población 2015

Pirámide de población de España. A 1 de enero 2015



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Anexo V.- Esperanza de vida al nacer. Países seleccionados OCDE. 2007 y 2012-2014.



Fuente: Sergi Jiménez-Martí

Anexo VI.- Principales indicadores de mortalidad, 2014

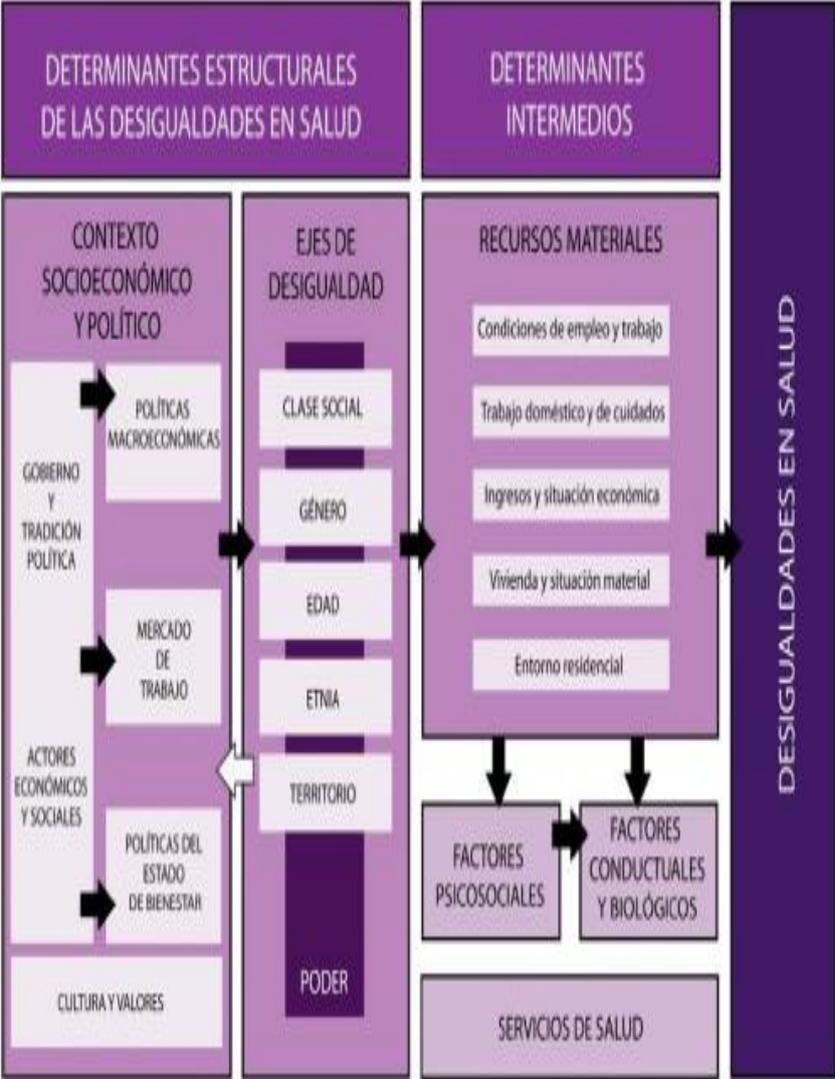
Principales indicadores de mortalidad. 2014



- 1. Residentes en España.
- 2. Por cada 1.000 habitantes.
- 3. Por cada 1.000 nacidos vivos.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Anexo VII.- Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud. comisión para reducir desigualdades en salud en España, 2010.



Fuente: Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en España

Anexo VIII.- Recomendaciones realizadas por la comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España.

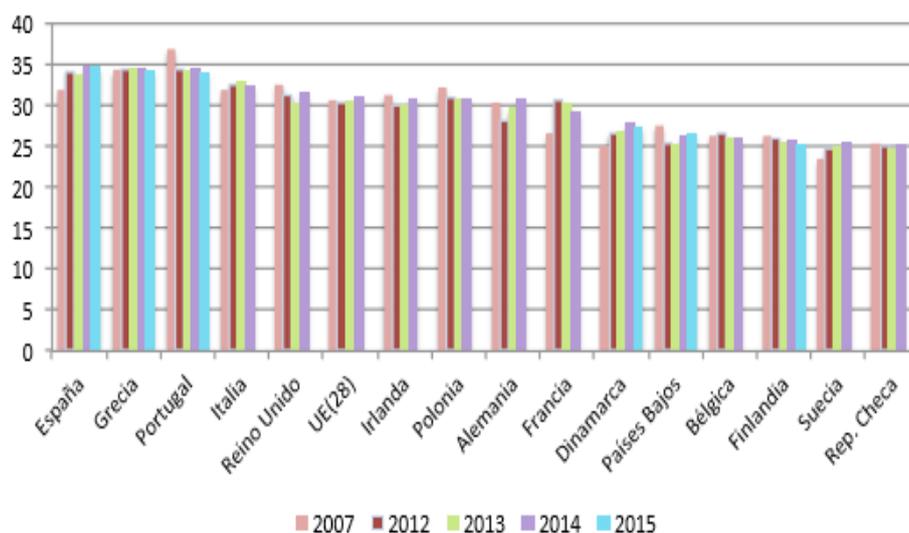
Tabla 1
Recomendaciones realizadas por la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, agrupadas en grandes partes y áreas (N=166)

Partes y áreas	Nº de recomendaciones
Parte I. La distribución del poder, la riqueza y los recursos	
Área 1. Salud y equidad en todas las políticas	7
Área 2. Financiación justa y gasto público para la equidad	8
Área 3. Poder político y participación	6
Área 4. Buena gobernanza mundial	5
Parte II. Condiciones de vida y de trabajo cotidianas a lo largo del ciclo vital	
Área 5. Infancia	21
Desarrollo de la primera infancia	
Socialización de género	
La importancia de la educación a lo largo de la infancia y la adolescencia	
Área 6. Empleo y trabajo	23
Entorno internacional favorecedor de la reducción de las desigualdades	
Condiciones de empleo justas y saludables	
Condiciones de trabajo justas y saludables	
Compaginación de la vida laboral y familiar	
Área 7. Envejecimiento	21
Apoyo social y participación	
Seguridad económica	
Servicios sociales y de atención a la dependencia	
Prevención de la dependencia y recuperación de la función perdida	
Parte III. Entornos favorecedores de la salud	
Área 8. Entornos físicos acogedores y accesibles	9
Área 9. Acceso a una vivienda digna	7
Área 10. Entornos favorecedores de hábitos saludables	17
Centros educativos	
Centros de trabajo	
Barrios y municipios	
Parte IV. Servicios sanitarios	
Área 11. Un sistema sanitario que no causa desigualdad	32
Desigualdades en las necesidades de atención	
Desigualdades en los cuidados informales de los problemas de salud	
Desigualdades en el acceso y la calidad de la atención sanitaria	
Desigualdades debidas a los costes de la atención sanitaria para el usuario	
Desigualdades en las prácticas preventivas y promoción de conductas saludables	
Impacto del sistema sanitario sobre los determinantes sociales	
Parte V. Información, vigilancia, investigación y docencia	
Área 12. Información, vigilancia y evaluación	3
Área 13. Investigación	4
Área 14. Docencia	3

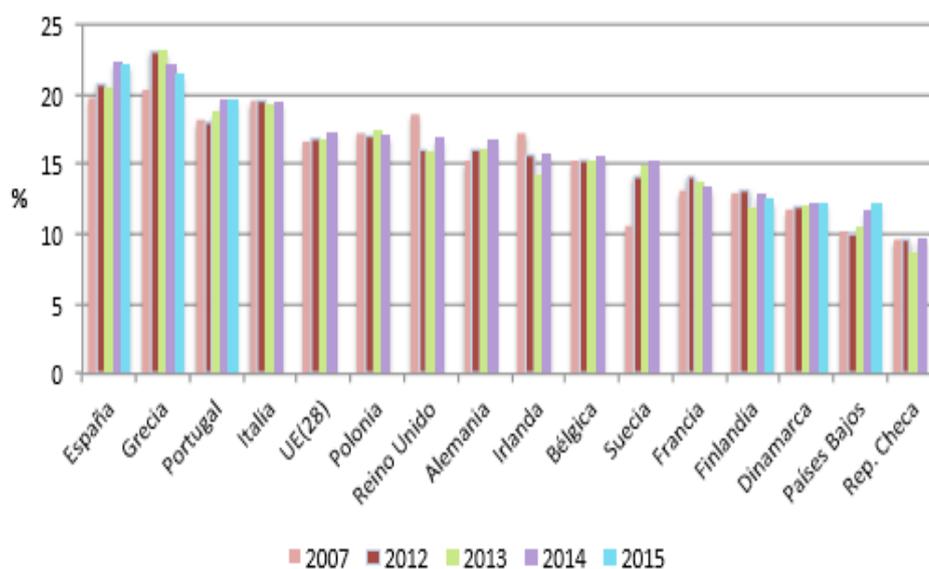
Fuente: Comisión para Reducir Desigualdades Sociales en Salud en España

Anexo IX.- Coeficiente de Gini (ingreso disponible equivalente) y tasa de pobreza. países seleccionados Europa.2007 y 2012-2015.

Coeficiente de Gini (ingreso disponible equivalente)

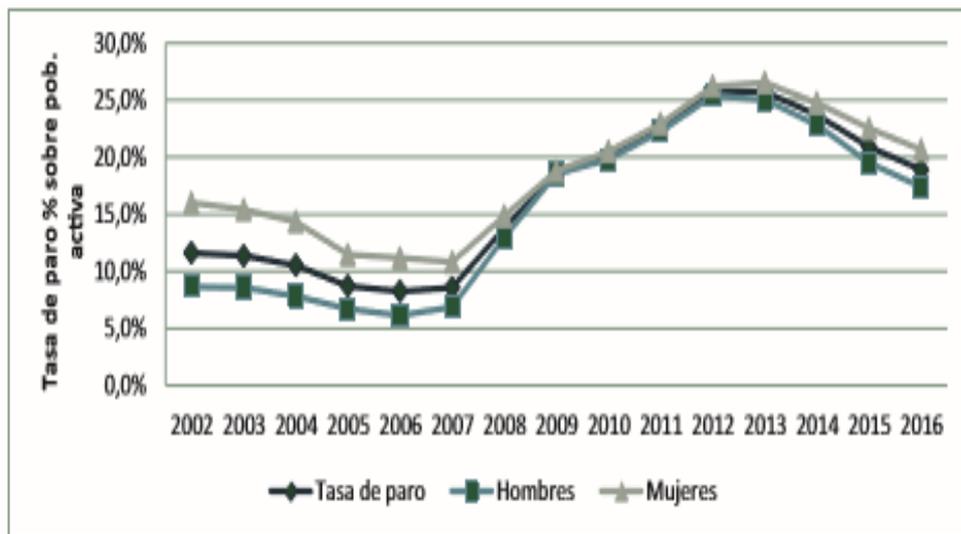


Tasa de pobreza



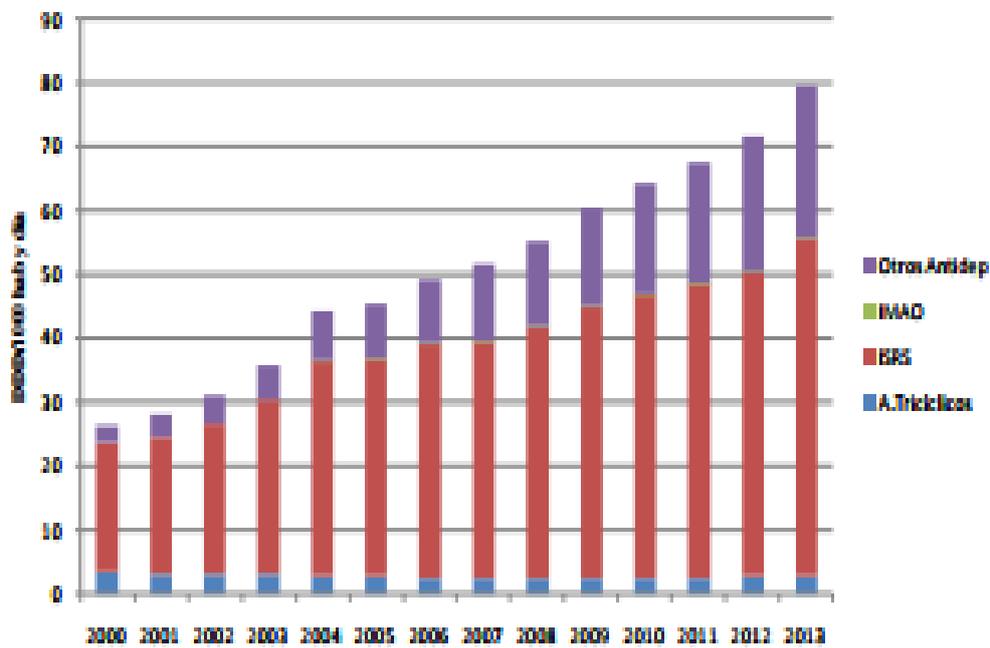
Fuente: Sergi Jiménez-Martí

Anexo X.- Evolución tasa de paro total 2002-2016



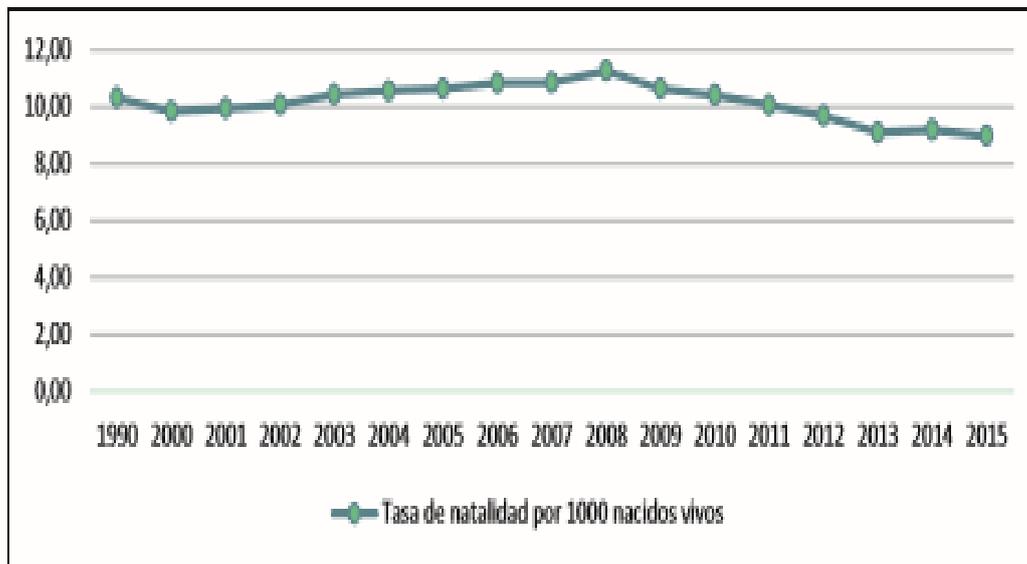
Fuente: Fundación Gaspar Casal

Anexo XI.- Consumo de antidepresivos en España 2000-2013



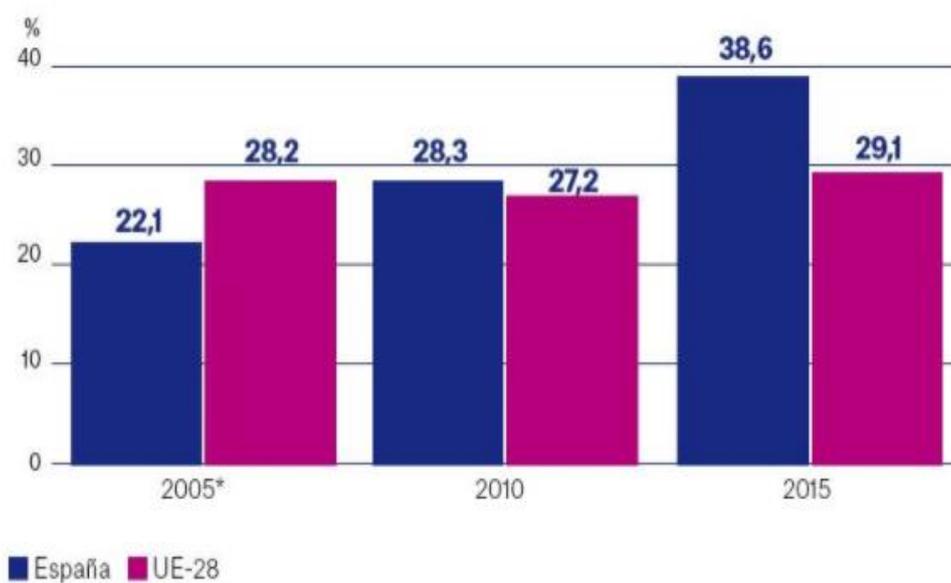
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Anexo XII.- Evolución de la tasa de natalidad española entre 2002 y 2015, más antecedentes de los años 1976, 1986, 1996, 2000 y 2001.



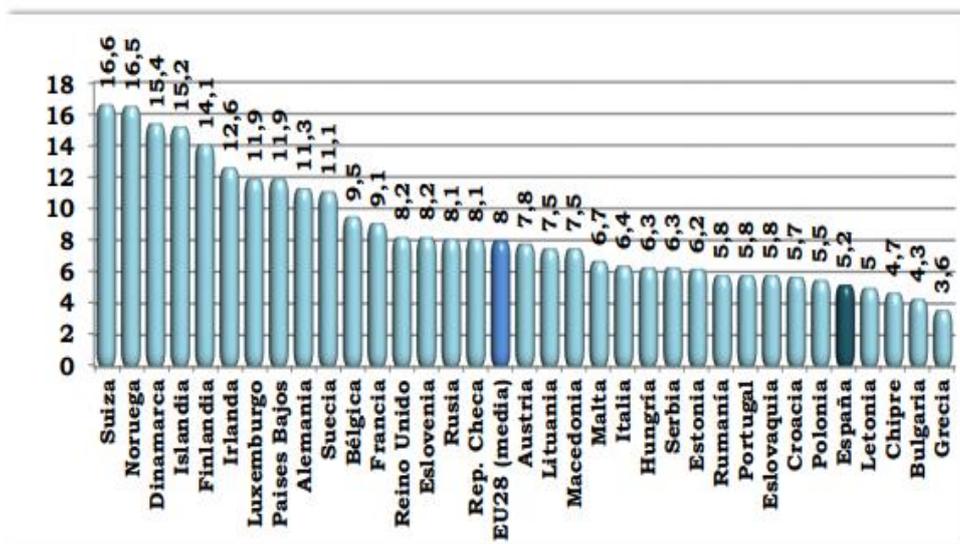
Fuente: Fundación Gaspar Casal

Anexo XIII.- Jóvenes (15-29 años) en riesgo de pobreza y exclusión social. España y UE-28.



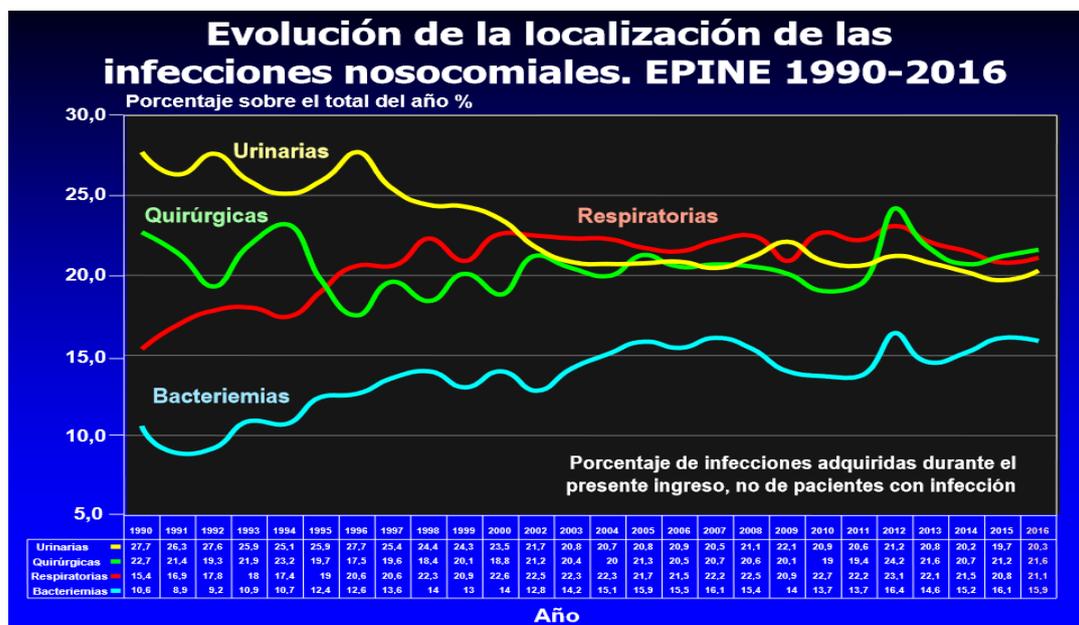
Fuente: Observatorio Social de la Caixa

Anexo XIV.- Ratio enfermera por 1.000 habitantes en los países de la OCDE



Fuente: Sindicato de Enfermería (SATSE)

Anexo XV.- Evolución de la localización de las infecciones nosocomiales. EPINE 1990-2016



Fuente: J. Vaqué, J.J. Otal y Grupo de Trabajo EPINE

