Crisis, salud y calidad de vida. Algunas evidencias en España y Portugal

Crisis, Health and Quality of Life. Some Evidences from Spain and Portugal

Elena Cachón González

Edición electrónica

URL: <http://journals.openedition.org/eces/4304>

DOI: 10.4000/eces.4304

ISSN: 1647-0737

Editor

Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra

Referencia electrónica

Elena Cachón González, « Crisis, salud y calidad de vida. Algunas evidencias en España y Portugal », *e-cadernos CES* [En línea], 31 | 2019, Publicado el 15 junio 2019, consultado el 12 diciembre 2019. URL : <http://journals.openedition.org/eces/4304> ; DOI : 10.4000/eces.4304

ELENA CACHÓN GONZÁLEZ

CRISIS, SALUD Y CALIDAD DE VIDA. ALGUNAS EVIDENCIAS EN ESPAÑA Y PORTUGAL

Resumen: Tanto el impacto de la crisis desatada en 2008 como su gestión a través de las políticas de austeridad han tenido un claro efecto en los servicios sanitarios y en la salud, tanto en España como en Portugal. En este artículo se analizan algunas evidencias de este impacto desde una doble perspectiva: los indicadores objetivos relativos a la sanidad y los servicios sanitarios en ambos países, y los indicadores subjetivos sobre calidad de vida relacionada con la sanidad y la salud, y la satisfacción de los individuos con los servicios sanitarios. Los datos muestran que, si bien los indicadores objetivos han mejorado una vez superada la crisis, no ocurre lo mismo con los indicadores subjetivos, entre otras razones, porque los determinantes sociales de la salud aún están lejos de superar la crisis.

Palabras clave: austeridad, calidad de vida, crisis, salud, satisfacción.

CRISIS, HEALTH AND QUALITY OF LIFE. SOME EVIDENCES FROM SPAIN AND PORTUGAL

Abstract: Both the impact of the crisis unleashed in 2008 and its management through austerity policies have had a clear effect on health and health services both in Spain and in Portugal. Some evidences of this impact are analyzed in this article from a dual perspective: the objective indicators related to health and health services in both countries, and the subjective indicators on quality of life related to health and health services, including the users' satisfaction with the health services. The data shows that, although the objective indicators have improved once the crisis was overcome, that was not the case with the subjective indicators. This happens, among other reasons, because the social determinants of health are still far from overcoming the crisis.

Keywords: austerity, crisis, health, quality of life, satisfaction.

INTRODUCCIÓN

En sociedades más igualitarias, los seres humanos son generalmente más felices y más sanos. Además, cada vez hay más evidencia empírica que demuestra que una mayor igualdad económica beneficia a toda la sociedad, tanto si eres rico como si eres pobre. Más igualdad significa avanzar hacia que todas las personas sean

recompensadas por el trabajo que realizan y sean atendidas las necesidades que tienen (Dorling, 2017: 9-12). Y esto es justo lo contrario de lo que ha pasado en la Unión Europea durante la crisis, pero especialmente en los países del Sur de Europa, tal y como ponen de manifiesto la evolución de los datos del Índice de Gini para estos países en comparación con la media de la Unión Europea de los 28 (UE 28) (véase Gráfico I).

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (2016).

Entre los años 2010 y 2016 el Índice de Gini, en la Unión Europea, aumenta 0,3 puntos, mientras que en Portugal lo hace 0,2 puntos, en Grecia e Italia aumenta 1,4 puntos, y crece 1 punto en España. Ahora bien, si se analiza el valor medio de este indicador en esos años, frente al 30,7 de la UE 28, España alcanza el 34,2, seguido de Portugal, con un 34,1, Grecia con un 34 e Italia con un 32,5, lo que pone de manifiesto que las desigualdades se han ido extendiendo en el sur de Europa a lo largo de los últimos años. Además,

la persistencia de desigualdades sociales en relación con la salud es un hecho contrastado: las personas con mayor nivel educativo, mayor categoría profesional, o mayores ingresos, tienen tasas más bajas de morbilidad y una esperanza de vida más larga. [...] la intensidad de estas desigualdades varía de un lugar a otro, y existen notables diferencias dentro de Europa. (Eikemo *et al.*, 2016: 3)

Tal y como demuestran Wilkinson y Pickett (2010: 24), el deterioro de la salud corre en paralelo a las desigualdades económicas, puesto que sus resultados evidencian que los problemas de salud y los problemas sociales son más acuciantes en países con mayor desigualdad de ingresos. Y esta situación es especialmente preocupante en Portugal, que, según Wilkinson y Pickett (2010), ocupa el penúltimo lugar en el ranking de países con mayor desigualdad de ingresos, solo por detrás de Estados Unidos. En este sentido, Serapioni (2017: 7-9) apunta a que en los países del sur de Europa son la educación, los ingresos y la condición laboral los factores determinantes de las desigualdades en salud, es decir, que el componente social es su factor decisivo.

Según Eikemo *et al.* (2008: 566), las personas con menor nivel educativo reportan peor salud, mayores tasas de infecciones y una esperanza de vida menor que aquellas que tienen mayores niveles educativos. Además, ponen de manifiesto que dentro de Europa el impacto de las desigualdades educacionales en la salud varía. Sus resultados apuntan a que en el sur de Europa las desigualdades en salud son mayores que en el resto de países europeos, en línea con estudios como el de Husiman *et al.* (2003) que concluyen que las menores desigualdades se dan en países como Holanda, Bélgica o Francia, y las mayores en Italia, Grecia y España, o el de Van Doorslaer y Koolman (2004) que apuntan a que en Portugal se dan extensas diferencias en la salud autorreportada en relación con los ingresos.

Los datos ponen de manifiesto que las personas con niveles socioeconómicos más bajos, tienen peor salud, si bien hay distintos patrones de desigualdad en Europa, tal y como muestra el Gráfico II, en el que se observan dos hechos diferenciados: el primero, que existen grandes diferencias entre España y Portugal, puesto que en España la población con problemas de salud declarados parece evolucionar en paralelo con los ciclos de la situación macroeconómica, mientras que en Portugal, la situación muestra una tendencia al alza a lo largo de toda la crisis; el segundo, que en ambos países se observa que es la población de los quintiles de ingresos más bajos los que reportan peor salud a lo largo del periodo 2008-2017.

GRÁFICO II – Población de 16 o más años con problemas de salud o enfermedades de larga duración, primer y quinto quintil de ingresos (España y Portugal, 2008-2017, en %)

Nota: los datos de cada persona se ordenan de acuerdo con el valor del ingreso disponible equivalente total. Se identifican cuatro valores de punto de corte (los llamados puntos de corte del quintil) de ingresos, dividiendo la población de la encuesta en cinco grupos representados por igual por el 20 % de los individuos cada uno, cinco grupos que se corresponden con los cinco quintiles. El primer grupo de quintiles representa el 20 % de la población con el ingreso más bajo (un ingreso menor o igual al primer valor de corte), y el quinto grupo de quintiles representa el 20 % de la población con el ingreso más alto (un ingreso mayor que el cuarto valor de corte).

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (2016).

EL CONTEXTO: LA CRISIS ECONÓMICA

La austeridad en Europa fue una opción, una alternativa elegida. Estados Unidos y Japón no optaron por la austeridad para gestionar la crisis, sino por políticas que limitaran el impacto de la crisis financiera en la economía real, el empleo y la calidad de vida. En cambio, en la Unión Europea, la crisis de la deuda sirvió de pretexto para imponer la austeridad fiscal y las políticas de devaluación interna en determinados países, insistiendo en las políticas de oferta, y subestimando el papel de la demanda y de la distribución del ingreso y la justicia social.

Las políticas aplicadas en los últimos años, aunque con diferente intensidad dependiendo de los países, tienen dos elementos en común: el ajuste fiscal traducido en la austeridad, y la mejora de la competitividad y del empleo vía reducción de los costes salariales (Schulten y Müller, 2014). En este sentido, la política europea consideró que el papel conjunto de la austeridad y la mejora de la competitividad eran los elementos clave para salir de la crisis, y fueron los salarios el elemento central de ajuste para la mejora de la competitividad nacional en las economías europeas.

Así las cosas, la crisis se convirtió en la oportunidad para aprobar reformas estructurales que han afectado esencialmente a asalariados, funcionarios públicos,

jubilados y beneficiarios de prestaciones sociales. Se han privatizado los servicios públicos, especialmente en países con mayores dificultades; se han recortado las pensiones, se ha aumentado la edad de jubilación y se han reducido las tasas de reemplazo; además, se ha debilitado la protección de los asalariados a través de la desregulación de sus condiciones laborales y de mayores niveles de flexibilidad laboral, mediante medidas que fortalecen la flexibilidad de los contratos y empleos "atípicos" y la gestión del tiempo de trabajo por parte de los empleadores, que facilitan los despidos y que limitan las prestaciones por desempleo, reduciendo por un lado los subsidios y endureciendo por otro lado las condiciones de acceso (Triantafyllou, 2014).

Como señala Degryse (2014: 22), a partir de diciembre de 2009, a la crisis de la deuda griega, le siguieron, entre otros países, España y Portugal, y finalmente, toda la Eurozona. En 2010, la Unión Europea anuncia, en coordinación con el Banco Central Europeo y el Fondo Monetario Internacional, un plan de ayuda para Grecia, con una contrapartida: la austeridad exigida por la nueva gobernanza económica europea y el control exhaustivo del déficit. A través de la reforma del Pacto de Estabilidad y Crecimiento, e implementando lo que se conoce como Semestre Europeo (cuyo objetivo inicial era fortalecer la coordinación de las políticas económicas entre los Estados miembros), la Unión Europea aumentó la supervisión de los presupuestos nacionales, con el fin de garantizar la coherencia *ex ante* entre ellos y con los compromisos adquiridos a nivel europeo.

De este modo, los Programas Nacionales de Reformas a partir de 2011 contienen medidas destinadas principalmente a controlar el gasto público y a mejorar su eficiencia, a recortar salarios y pensiones públicas, y a congelar contrataciones en el sector público. En relación con la atención médica, las medidas se centran en reducir el gasto, mediante el establecimiento de mecanismos de control y la limitación de determinados gastos, como los suministros farmacéuticos, entre otros.

EFFECTOS DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA SANIDAD

En países como Portugal el sector de la sanidad fue inicialmente asolado por las medidas de austeridad, pero a medida que se desarrolló la crisis, se fueron implementando numerosos recortes del gasto en los presupuestos (Gool y Pearson, 2014: 19). Análisis como el de Jiménez-Martín (2014: 33) señalan que "el contraste existente entre la variación del gasto total en sanidad en el periodo 2000-2009 y el periodo 2009-2012 muestra con claridad el golpe de la crisis económica". Y sigue:

Son varios los países que han experimentado recortes en el gasto sanitario y en la mayoría, si ha habido crecimiento, éste ha sido escaso. En España, el gasto

sanitario total ha caído un 5 % en el periodo 2009-2012 al igual que Portugal (-4 %), viéndose sólo superado por Grecia (-24 %) e Irlanda (-10 %) justamente el resto de los integrantes del conjunto de países parcial o totalmente rescatados. Sigue de cerca Italia, que siempre estuvo en un tris de ser también rescatada. (*ibidem*)

Además de la austeridad, y los recortes de gasto público sanitario asociados, la gestión de la crisis económica en la sanidad en Europa se ha caracterizado también por una nueva gestión, traducida en el ahorro de costes y el aumento de la eficiencia en la financiación y la provisión pública de cuidados de salud (Popic *et al.*, 2019: 744).

Tanto en España como en Portugal se aplicaron medidas en relación distintos ámbitos sanitarios. Por ejemplo, en cuanto la financiación pública del sistema sanitario, en Portugal se incrementó un 1 por ciento el IVA en determinados medicamentos; en relación con la cobertura sanitaria, en España se redujeron los servicios a los que podía acceder los inmigrantes indocumentados, mientras que en Portugal se excluyeron determinados medicamentos de la cobertura farmacéutica y se aumentaron los costes de los usuarios de algunas vacunas, así como de determinadas medicinas relacionadas con la salud mental. Por otro lado, se revisaron los precios de los fármacos en ambos países con reformas como la reducción del 30 % del precio de los medicamentos genéricos en España, o la investigación de los precios pagados a las farmacéuticas por algunos medicamentos cubiertos por la sanidad pública en Portugal. Pero también se revisaron los “precios” de los trabajadores de la sanidad, o recortando el sueldo de los funcionarios de la sanidad pública en España y Portugal y recortando a la mitad el salario de las horas extras en Portugal. Otras medidas se centraron en la oferta del sistema sanitario, como la reducción del número de camas hospitalarias, tanto en España como en Portugal, o la racionalización de los servicios hospitalarios y los centros de salud (Gool y Pearson, 2014: 21-22).

La evidencia muestra que todas estas políticas de austeridad aplicadas en Europa han resultado económicamente ineficientes y socialmente injustas, puesto que han aumentado las desigualdades, especialmente entre los más vulnerables (Triantafillou, 2014). Por ejemplo, en el caso de España, los datos del Decil del Salario Principal derivados del Encuesta de Población Activa ponen de manifiesto que entre 2009 y 2016 el 10 % de los trabajadores con menores retribuciones han sufrido una caída del 14 % en sus salarios reales; el segundo decil ha perdido un 10 % y el tercero, un 8 %. En decir, los trabajadores con menores ingresos son los que han sufrido un mayor ajuste salarial, de modo que aumentan las desigualdades y a la vez las situaciones de pobreza y exclusión social.

Según Oliva *et al.* (2018: 56), en España “algunos problemas de salud [...] tienen un gradiente social claro que parece haber aumentado durante la crisis”. Además, los resultados sobre las necesidades médicas no cubiertas ponen de manifiesto un claro gradiente social durante los años analizados (2004-2016), que perjudica a la población económicamente más desfavorecida y que es la más afectada por la crisis. Y continúa concluyendo que

la desigualdad se redujo de forma importante antes del comienzo de la Gran Recesión, entre los años 2004 y 2007, llegando los índices a alcanzar valores positivos en este último año. En 2007 y 2008 el gradiente social deja de ser significativo, pero vuelve a aumentar de forma continuada hasta el año 2014, momento en que esta tendencia comienza a revertirse nuevamente. A partir de 2015, un año después de que se inicie la recuperación económica, la desigualdad deja de ser significativa, retornando a la situación inmediatamente anterior a la crisis. (Oliva *et al.*, 2018: 183)

En esta línea apunta Jiménez-Martín (2014: 10), al señalar que, a pesar de que los indicadores sobre el estado de la salud en España no han sufrido deterioro alguno entre los años 2007 y 2013, sí lo han hecho los indicadores indirectos de riesgos para la salud, como la pobreza o la desigualdad, factores determinantes de la salud a medio y largo plazo, que

han empeorado sustancialmente en estos años, 3,5 y 4,1 puntos porcentuales, respectivamente [...]. En consecuencia, si no se pone remedio rápidamente, dichos aumentos, agravados con las restricciones de acceso a servicios introducidos en 2012, pueden derivar en empeoramientos sustanciales de la salud de los individuos más desfavorecidos. Es decir, puede inducir en un aumento en las inequidades en salud entre la población española. (*ibidem*: 31-32)

Los datos no dejan lugar a dudas: tanto en España como en Portugal, el gasto público en cuidados sanitarios (calculado en euros por habitante) está muy lejos de los niveles anteriores a la crisis, tal como muestra el Gráfico III. Como señala Lobato (2011: 97), no existen dudas sobre el hecho de que las crisis, sean de naturaleza financiera, económica, política o social (y la Gran Recesión ha tenido las cuatro dimensiones), afectan de forma directa e inequívoca al estado de salud de la población.

**GRÁFICO III – Variación anual del gasto público en cuidados sanitarios
(euros por habitante)**

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (2016).

Según los datos de Eurostat (2016), España parte de un aumento del gasto en 2008 del 9,3 %, mientras que Portugal se sitúa en el 4,4 %, y aumenta en 2009 hasta el 5,7 %. A partir de ese año, ambos países muestran una tendencia a la baja, que toca fondo en 2012 con caídas del 5,3 % del gasto por habitante en España y del 9% en Portugal. Desde 2013 inician una lenta recuperación, que alcanza los niveles de gasto por habitante de antes de la crisis en Portugal, con un aumento del 5 % en 2016, pero no así en España, donde en 2016 el aumento del gasto fue del 1,7 %. En definitiva, la respuesta de la sanidad pública se ha debilitado tanto en España como en Portugal, países ambos con enormes desigualdades, envejecimiento creciente y una peor situación de la salud en comparación con otros países europeos.

Recordemos que la crisis en la Unión Europea es en realidad una crisis múltiple. La crisis financiera que estalló en 2007 puso de manifiesto las profundas grietas en la arquitectura de la Unión Económica y Monetaria en Europa, sus defectos de configuración, los desequilibrios existentes y sus insuficiencias estructurales. Y en este contexto, la crisis económica y las políticas aplicadas agravaron esos desequilibrios estructurales existentes en los distintos países, mientras que la recapitalización de los bancos agravó los déficits públicos de distintas economías europeas. Además, la crisis de la deuda en 2010 en Grecia se extendió rápidamente a Irlanda y Portugal primero, y a España e Italia después, y los factores internos específicos en cada país y en cada economía terminaron por dibujar una gestión nacional de la crisis bajo el paraguas de

las mismas responsabilidades de la política europea en esa gestión (Triantafillou, 2014).

Dado que el desarrollo de las políticas públicas no es neutral, las desigualdades relacionadas con la salud se volvieron prioritarias en los países del sur de Europa a partir de los años 2010-2011, cuando se pusieron de manifiesto los efectos sociales de las políticas de austeridad impuestas por las instituciones europeas e internacionales (Serapioni, 2017: 2).

Según Karanikolos *et al.* (2013: 1327), la crisis en Europa ha planteado grandes amenazas para la salud, por ejemplo, en cuanto al número de suicidios o nuevos brotes de enfermedades infecciosas, puesto que la conjunción de la austeridad fiscal y la debilidad de la protección social tiene como consecuencia el aumento de riesgos para la salud, tanto sociales como individuales.

Pero además de los efectos *objetivos* de la crisis en la sanidad, y tal y como señala Serapioni (2017: 9), las políticas de austeridad han tenido una serie de efectos *subjetivos*, dado que aumentaron la insatisfacción con las prestaciones sanitarias en todos los países europeos, pero particularmente en Grecia, como resultado del retroceso sin precedentes del gasto público, y en Portugal, reflejo del declive drástico de las prestaciones, pero también fue significativo en España e Italia, dada la contracción tanto en el gasto como en las prestaciones.

Esta situación objetiva tiene efectos subjetivos que se manifiestan en las percepciones de los ciudadanos. En este sentido, Jiménez-Martín (2014: 39) señala que, en España, según datos de los Barómetros Sanitarios 2006-2013, a pesar de que la mayoría de la población se encuentra satisfecha o muy satisfecha con el sistema sanitario en España, las tendencias muestran que la valoración del sistema ha evolucionado en paralelo a los recortes. En este sentido, Bartoll *et al.* (2015: 7-8) apuntan a que en España los niveles de salud autorreportada han mejorado en el periodo 2011-2012, tanto entre los trabajadores ocupados como entre los trabajadores desempleados, si bien la mejora ha sido menor en éstos últimos, pero subrayan que parte de la explicación es que los trabajadores ocupados reportan mejores niveles de salud debido al miedo a ser despedidos en un contexto de desempleo generalizado.

Según Eurofound (2014: 65), la puntuación global de satisfacción con la salud en la Unión Europea en 2001 fue de 7,3 puntos (en una escala de 1 a 10), la misma que en 2007, y destaca el hecho de que entre los mayores incrementos en satisfacción con la salud entre 2003 y 2011 se encuentra Portugal, con casi medio punto de mejora en esos años. En este caso, los datos señalan que la calidad percibida de los servicios de salud ha aumentado, de 4,9 en 2003 a 6,3 en 2016, aproximándose así a la media europea en 2016 (6,7 puntos); sin embargo, la calidad percibida de los servicios de

atención a largo plazo ha disminuido, desde los 5,4 en 2011 a los 5,0 en 2016, si bien en Portugal todas las calificaciones de calidad sobre sus servicios públicos están por debajo de las medias europeas.

En el caso de España, este informe señala que la calidad percibida de los servicios de salud ha mejorado de 6,3 en 2003 a 7,2 en 2016, situándose por encima de la media europea (6,7 en 2016) solo en este caso, puesto que la valoración del resto de servicios públicos en España es similar. Por otro lado, los datos ponen de manifiesto que existe una relación positiva y significativa entre la calidad percibida de la asistencia sanitaria y la satisfacción con la salud. Además, la calidad percibida de la asistencia sanitaria está directamente relacionada con las instituciones sanitarias. En aquellos sistemas de salud con menores niveles de gasto, menos médicos generales y copagos más altos, el nivel general de satisfacción es menor (Eurofound, 2014: 68; Popic *et al.*, 2019: 744). Y este es el caso del sur de Europa.

Según los datos integrados de 2003-2016 de la Encuesta Europea de Calidad de Vida de Eurofound, Portugal muestra un peor comportamiento en todos los indicadores seleccionados respecto a la media europea (véase Tabla I). En España, si bien los indicadores de calidad sobre distintos aspectos relacionados con la sanidad son superiores a la media europea, todos los indicadores de satisfacción están por debajo, excepto el de “atención recibida en los hospitales”.

TABLA I – Indicadores de calidad y satisfacción de los servicios sanitarios (escala de 1 a 10, datos integrados 2003-2016)

		UE 28	España	Portugal
Calidad	Servicios sanitarios	6,18	6,81	5,44
	Cuidados larga duración	5,95	6,26	5,20
	Médico de familia/centro de salud	7,33	7,43	6,81
	Hospitales y servicios de especialista	6,86	7,08	6,45
Satisfacción	Calidad de instalaciones	7,95	7,60	7,13
	Profesionalidad de profesionales	8,05	7,74	7,01
	Atención recibida	7,99	7,72	6,88
	Calidad de instalaciones en hospitales	7,86	7,71	7,41
	Profesionalidad de profesionales en hospitales	7,95	7,92	7,22
	Atención recibida en hospitales	7,76	7,80	7,05

Fuente: elaboración propia a partir de Eurofound (2014).

EFFECTOS DE LA CRISIS ECONÓMICA EN LA SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA

A pesar de los efectos de la crisis, la satisfacción con la vida en la Unión Europea durante la última década se ha mantenido en un nivel relativamente alto, y superó los 7 puntos sobre 10 en el año 2016, según la última ronda de la Encuesta Europea de Calidad de Vida (Eurofound, 2017). Sus datos apuntan a que entre los años 2011 y 2016, algunas dimensiones de la calidad de vida recuperaron los niveles anteriores a la crisis, aunque las diferencias entre países siguen siendo extensas, y en países como España, Grecia o Italia, la satisfacción con la vida disminuyó durante este período, al igual que los indicadores de felicidad. En Portugal, la evolución de la satisfacción con la vida en ese periodo ha mejorado, pero no así la de la felicidad, que sigue su tendencia a la baja.

En España y Portugal, el impacto de una mala salud en la satisfacción con la vida es negativo, como cabe esperar, siendo mayor en España (-1,1) que en Portugal (-0,7) (Eurostat, 2016). Según el Índice para una vida mejor¹ de la OCDE, entre los años 2011 y 2017, en España lo que más preocupa a la población en su vida es la salud (10,8 %), seguida de la educación (10,1 %) y del equilibrio vida-trabajo (9,7 %). Por su parte, en Portugal, lo que más preocupa a la población es la salud, que empata con la satisfacción con la vida (10,3 %), seguida de la seguridad (9,8 %). Este índice también analiza las desigualdades en el bienestar relacionadas con la salud percibida. Para Portugal, los resultados muestran que las mayores desigualdades se dan entre hombres y mujeres, pero en el caso de España se dan entre los jóvenes y la población de mediana edad. En ambos casos, las causas apuntan a la peor situación laboral y a los menores niveles salariales y de ingresos. Al explotar los datos de la dimensión salud, los resultados muestran que en España el porcentaje de adultos que declaran tener buena o muy buena salud ha aumentado 6 puntos desde 2005, acercándose a la media de la OCDE, mientras que, en Portugal, este porcentaje se ha mantenido estable y por debajo de la media de la OCDE. En esa dirección apuntan Huijts *et al.* (2017), quienes señalan que, en Portugal, el 10% de la población reporta mala o muy mala salud, el 20 % reporta limitaciones por enfermedad y el 23 %, síntomas depresivos. En el caso de España, el 12 % de la población reporta mala o muy mala salud, el 17 % reporta limitaciones por enfermedad y el 19 %, síntomas depresivos.

En cuanto a los determinantes sociales a los que se exponen los ciudadanos de estos dos países, los datos ponen de manifiesto que el 18,7 % de la población de

¹ El Índice para una vida mejor es una aplicación web interactiva, disponible en <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/>, que permite a los usuarios comparar sus propias valoraciones sobre el bienestar entre los países de la OCDE y terceros países, sobre la base de once indicadores de bienestar que incluyen los siguientes: vivienda, ingresos, empleo, comunidad, educación, medio ambiente, compromiso cívico, salud, satisfacción con la vida, seguridad y balance vida-trabajo.

Portugal declara no tener cubiertas sus necesidades de atención sanitaria general, al igual que el 12,4 % de la población en España.

En este sentido, según Eurostat,² en 2016, un 2,5 % de la población en la UE 28 reportó cuidados médicos no cubiertos por razones financieras, listas de espera o distancia elevada para ser atendido. La tendencia en estas necesidades insatisfechas de atención médica no ha sido uniforme a lo largo del tiempo, ya que estas aumentaron entre 2009 y 2014, en línea con la reducción de los recursos financieros destinados al sistema de salud. A pesar de que el porcentaje es menor que en años anteriores, los costes se mantienen como la razón principal. Conviene señalar que solo un 1 % de la población de mayor ingreso reporta esta razón, frente al 5 % del grupo de menor ingreso, y la mayoría son mujeres, mayores y población con menor educación. Pero a pesar de la evolución positiva de la UE en general, en el sur de Europa la tendencia es otra, especialmente en Grecia e Italia, pero también en Portugal. Y si comparamos con la situación en España, las tendencias son muy diferentes, tal y como se observa en el Gráfico IV. Los datos muestran que la población afectada por las necesidades de cuidados médicos no satisfechas es mucho mayor en Portugal que en España, donde la situación es más favorable que la media europea en todo el periodo. Además, en España el porcentaje de población que declara necesidades no satisfechas no supera el 0,5 % en el peor momento de la crisis, en el año 2013, mientras que en la UE 28 ese porcentaje aumenta hasta el 2,4 % ese mismo año, y alcanza el 3 % en Portugal en 2014.

GRÁFICO IV – Necesidades de cuidados médicos declaradas no satisfechas por razón de coste (% de población, 2010-2017)

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (2016).

² Statistics Explained – SDG 3 Good Health and Well-Being: Ensure Healthy Lives and Promote Well-Being for All at All Ages. Consultado el 11.10.2018, en https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/SDG_3_-_Good_Health_and_well-being.

Según O'Donnell *et al.* (2014: 43), los factores principales que afectan a la satisfacción con la vida pueden dividirse en tres grandes bloques: el económico, vía ingresos, educación y empleo; el social, vía relaciones familiares y sociales, valores y medioambiente; y el personal, vía salud física y salud mental. Y es esta última la que apuntan como el factor personal más determinante para la satisfacción de la vida en los análisis de corte transversal, y aparece como el predictor más importante, mucho más que la enfermedad física, el ingreso, el empleo o la situación familiar. Y una de las razones es su extensión social: el 20 % de la población adulta en las economías avanzadas tiene un diagnóstico de enfermedad mental, sobre todo depresión y ansiedad (*ibidem*: 47). Y el desempleo es uno de sus factores determinantes, más por su impacto psicológico que financiero.

En este punto conviene recordar que, durante la crisis, el efecto más devastador en España fue el desempleo, que llegó a alcanzar 26,1 % de la población activa en España y al 16,4 % en Portugal en el año 2013. En 2017, los datos cerraron con una tasa de paro del 17,2 y 9,0 %, respectivamente. Dicho de otro modo: el desempleo afectó a casi cuatro millones de trabajadores en España y medio millón en Portugal.

Según el informe Índice de Bem-Estar 2004-2016 (INE, 2017), en Portugal el bienestar descendió entre los años 2007 y 2012, y a partir de entonces tuvo una evolución más favorable. El indicador de “vulnerabilidad económica”, que refleja la pobreza monetaria y la privación material, tiene la segunda peor evolución. La evolución más desfavorable corresponde al dominio “empleo e ingresos”, debido a la situación del desempleo, al subempleo y a la evolución de los salarios. Además, el informe alerta de que esta situación se intensifica a partir de 2009, y no es hasta 2013 cuando empieza a mostrar un mejor comportamiento. En cuanto al dominio “salud”, y a pesar de que es el componente con la cuarta mejor evolución, ésta fue mucho más positiva en los años anteriores a la crisis que en los posteriores a la misma.

Otro de los efectos de la crisis que merece la pena destacar de relación con la salud, es la evolución de la salud mental. Estudios como los de Thomson *et al.* (2015: 37) o Petmesidou y Guillén (2014: 304) muestran como la crisis aumentó los problemas de salud, sobre todo de salud mental, entre los colectivos menos favorecidos, y especialmente en las sociedades europeas del sur, como es el caso de España y Portugal (Karanikolos *et al.*, 2013: 1328; Ruiz-Pérez *et al.*, 2017: 6). Las personas más vulnerables son aquellas que están en países donde se producen mayores recortes en el presupuesto público y aparecen tasa de desempleo creciente, porque la conjunción de la pérdida del empleo y el miedo a perderlo tienen efectos adversos para la salud mental, efectos que se han evidenciado en Grecia, España y

Portugal (Karanikolos *et al.*, 2013: 1328; Urbanos-Garrido y López-Valcárcel, 2015: 182).

Como señalan Hemingway *et al.* (2013: 8), las relaciones entre la recesión económica y las condiciones de la salud mental están más que reconocidas en las investigaciones empíricas, de manera que el desempleo, la pérdida de ingresos, los problemas con la vivienda y la desigualdad social reducen el bienestar mental, y en este sentido, continúan, los impactos de la recesión y de las políticas de austeridad en Europa han sido catastróficos, entre otros, por el aumento de la tasa de suicidios.

En esta línea advierten Gool y Pearson (2014: 28), al señalar que cada vez existen más evidencias de que las crisis económicas están fuertemente relacionadas con una peor salud, sobre todo en el área de la salud mental y en algunas causas de mortalidad. Además, el desempleo tiene efectos que se propagan más allá de los propios trabajadores desempleados, aumentando la inseguridad entre su familia y su comunidad (Gili *et al.*, 2012: 104).

Asimismo, a diferencia de la salud física, los efectos de la recesión económica en la salud mental se manifiestan a corto plazo, de modo que el desempleo, la precariedad laboral o el deterioro de los salarios acontecidos durante estos años de crisis, han afectado a la salud mental de los ciudadanos, aumentando también sus exigencias cognitivas y emocionales relacionadas con el trabajo (Antunes, 2015: 272).

En el caso de España, entre los años 2006 y 2010, las personas afectadas por problemas mentales aumentaron significativamente (Sequeira *et al.*, 2015: 72). Además, entre los predictores de una peor salud mental se encuentra el hecho de ser mujer, y conviene recordar que en España el mayor impacto de la crisis se ha dado entre las mujeres, con mayores tasas de desempleo, mayores tasas de empleo parcial, precariedad y menores ingresos (Tamayo-Fonseca *et al.*, 2018: 11). De modo que el impacto de la crisis económica sobre las mujeres se ha visto multiplicado.

REFLEXIONES FINALES Y CONCLUSIONES

Como recuerdan Ruiz y Pardo (2005: 32), “la salud se ha convertido en un bien social [...] y se percibe como uno de los determinantes del desarrollo personal y de la felicidad del individuo”. Tanto es así que los datos de la OCDE (2017) apuntan a que entre los años 2011 y 2017 en España y Portugal es el elemento que más preocupa para tener una buena vida.

En este sentido, según Fernández-Mayoralas y Rojo (2005: 122), la calidad de vida es lo que el individuo determina que es importante para su propia vida, de manera que se trata de una percepción individual, pero influenciada por múltiples factores, como las experiencias, las expectativas y las circunstancias personales y sociales, y

dado que estos factores pueden variar, la idea de calidad de vida no es estática, sino dinámica.

Parece evidente entonces que para valorar la calidad de vida es necesario un enfoque doble y complementario, desde el punto de vista objetivo de “las condiciones y circunstancias objetivas en que se desarrolla la vida de los individuos y grupos sociales, y la evaluación subjetiva que los sujetos realizan sobre ellas” (*ibidem*: 131). Es decir, resulta imprescindible aunar los análisis sobre las condiciones (objetivas) de vida de las personas, con la satisfacción (subjetiva) que experimentan en relación con esas condiciones de vida, tal y como señalan autores como González-Cabanach *et al.* (2010: 6).

Pero no hay que olvidar, y así lo resumen González-Cabanach *et al.* (*ibidem*: 7-9), que cuando se repasan los distintos enfoques metodológicos en relación con el análisis de la calidad de vida, existe un componente social fundamental incorporado en todas las aproximaciones teóricas y metodológicas, que incluye componentes sociales como el sistema económico, las tendencias políticas, el bienestar material, la inclusión social, el estado financiero, el empleo o los ingresos.

Los datos son claros al respecto: la crisis ha impactado de lleno en todos y cada uno de estos componentes, tanto en España como en Portugal, y mucho de ellos están lejos de haber mejorado los niveles anteriores a la crisis (véase Tabla II).

TABLA II – Indicadores sociales de riesgo para la salud. Evolución comparada: UE 28, España y Portugal (2008-2016)

	Evolución 2008-2013			Evolución 2014-2016			Sentido evolución		
	UE 28	España	Portugal	UE 28	España	Portugal	UE 28	España	Portugal
Tasa de paro	9,9	22,0	13,6	9,4	22,1	12,6	+	=	+
Paro larga duración	3,9	7,8	6,1	4,5	11,3	7,3	-	-	-
Riesgo de pobreza y exclusión social	24,4	26,0	25,6	23,9	28,6	26,4	+	-	-
Privación material severa	18,9	14,3	22,5	17,1	16,5	22,3	+	-	=
Índice de Gini	30,6	33,5	34,6	30,9	34,6	34,1	=	-	+

Nota: En “Sentido evolución” (+) significa mejor situación; (=) situación similar; y (-) peor situación.

Fuente: elaboración propia a partir de Eurostat (2016).

En este sentido, en el caso de España, alguna de las recomendaciones derivadas de los resultados de Oliva *et al.* (2018: 211) señalan los determinantes sociales como claves para las políticas públicas en materia de salud, porque existe un empeoramiento de los indicadores generales de riesgo social, y los efectos están siendo heterogéneos entre distintos grupos de población, como las personas más jóvenes, las personas desempleadas o aquellas que tienen empleos más precarios. El informe hace hincapié en un aspecto crucial entre los determinantes sociales de riesgo para la salud, como es el ámbito laboral, que, según sus evidencias, se revela como el marco donde se cronifican los riesgos para la salud.

Según Sequeira *et al.* (2015: 74-75), el impacto de la crisis económica en la salud mental se transfiere a través de cuatro mecanismos: a) el impacto en el nivel de acceso a los cuidados dada la menor financiación pública; b) el aumento de situaciones de pobreza, exclusión social, disminución de la calidad de vida y la satisfacción, con el consecuente aumento de depresiones y suicidios; c) el impacto en los cuidados familiares, que dado los menores ingresos, recaen en familiares no cualificados, lo que se traduce en una sobre carga de trabajo para estas personas; y d) el impacto económico y social, lo que interfiere en la productividad y el absentismo.

En este sentido, una de las lecciones de la crisis es que la economía, el empleo y sus condicionantes, no solo tienen consecuencias económicas o laborales, sino que tienen efectos directos sobre la salud en general, y sobre la salud mental en particular, de ahí la necesidad de “introducir la salud en todas las políticas y fomentar políticas intersectoriales” (Cortès-Franch y López-Valcárcel, 2014: 5). Y en ese diseño de las políticas públicas, los responsables deben ser conscientes de la importancia de invertir en salud para impulsar la economía (Quaglio *et al.*, 2013: 16).

Como apuntan Quaglio *et al.* (*ibidem*: 17), los cuidados sanitarios se presentan a menudo y exclusivamente como una fuente de gasto y de consumo de recursos, pero se trata de un sector que contribuye de manera significativa al crecimiento de la economía, dado que representa el 9 % del PIB en la UE 28 y el 10 % del empleo. Y continúan subrayando que los impactos negativos de las crisis sobre la salud pueden evitarse con una protección social adecuada, con la promoción de la sanidad y con una provisión adicional de cuidados sanitarios. Así mismo, más allá de las estrategias generales, laborales y sociales que deban implantarse, es importante desarrollar políticas específicas para aquellos colectivos más expuestos a los efectos de las crisis económicas en cuanto a salud mental se refiere (Córdoba-Doña *et al.*, 2016: 10), porque tener la capacidad de proveer de tratamientos adecuados y efectivos no solo tiene beneficios para la salud de los individuos, sino también para la economía, en relación con unas mejores perspectivas de empleo, tan importantes en mercado de

trabajo como el español, pero también de mejores salarios y mayores incrementos de productividad (Gool y Pearson, 2014: 28).

Como señalan Cortès-Franch y López-Valcárcel (2014: 2),

el impacto de las crisis económicas en la salud y en las desigualdades en salud depende de distintos factores, como el momento histórico, las características culturales del país, el desarrollo previo de las políticas sociales y, sobre todo, las políticas desarrolladas por los gobiernos para superar esta situación.

En este sentido, resulta necesario implementar políticas sociales contracíclicas que protejan a los que se ven más afectados por las crisis económicas para mantener sus niveles de gasto sanitario, dado que es evidente que en tiempos de recesión económica las familias reducen sus gastos en cuidados de la salud, de manera que aquellos con menores niveles de ingreso se ven más abocados a esta situación, y son precisamente los que más necesitan políticas públicas que les protejan cuando el desempleo aumenta y los ingresos de las familias disminuyen (Gool y Pearson, 2014: 29). Además, conviene tener en cuenta que

estamos ante una mayor permeabilidad en las barreras entre los diferentes niveles de vulnerabilidad según los niveles socioeconómicos, que pasan a ser una de las claves que permiten distinguir entre aquellas subpoblaciones susceptibles de ver su salud afectada por el contexto económico y aquellas subpoblaciones menos afectadas. (Spijker y Gumá, 2018: 668)

Ante estas evidencias, “las respuestas políticas sobre cómo gestionar las crisis son el aspecto determinante para mitigar o magnificar los impactos negativos en la salud y en las desigualdades en salud” (Cortès-Franch y López-Valcárcel, 2014: 5). No debemos permitir que la desigualdad en el acceso a la salud acentúe aún más las desigualdades en la Unión Europea, ni que represente una nueva fuente de discriminación entre sus países miembros (Quaglio *et al.*, 2013: 17).

Se impone el convencimiento de la UE no funciona: ni supo afrontar la Gran Recesión respondiendo a las necesidades de la ciudadanía ni está sabiendo abordar los desafíos que tenemos planteados [...] El verdadero y más amenazante de los déficits no es el relativo a las cuentas públicas, sino aquel que expresa la falta de legitimidad democrática. (Álvarez Cantalapiedra, 2019: 5)

Y en este sentido, urge entender la opinión pública respecto a los cuidados sanitarios, porque el papel principal del Estado de Bienestar es proteger a la ciudadanía, especialmente a aquellos más vulnerables, de riesgos e incertidumbres, y porque, además, la sanidad pública es un elemento que legitima el papel y el desarrollo del propio Estado de Bienestar. La extensión de opiniones negativas al respecto puede derivar en un cuestionamiento de la legitimidad del Estado de Bienestar (Popic *et al.*, 2019: 743), y por tanto debilita las posibilidades de desarrollo futuro, y no solo en sanidad. La gobernanza económica europea debe sustituirse por una “gobernanza realmente democrática” (Álvarez Cantalapiedra, 2019: 10), que recupere la dimensión social del proyecto europeo como núcleo central de la política en todas sus dimensiones.

Los actuales retos económicos y sociales a los que se enfrentan España y Portugal, pero la Unión Europea en general, en relación con la redefinición de sus políticas sociales, económicas y laborales debe procurar integrar una concepción más amplia del bienestar individual y social de los países, incorporando indicadores objetivos y subjetivos tanto en el diseño de las políticas como en su evaluación posterior. Propuestas como la de Feigl (2017: 3) sobre el uso de un nuevo cuadro de indicadores y una serie de reformas de gobernabilidad permitiría una política mucho más coherente centrada en el objetivo general de bienestar, en línea entre otras iniciativas, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible o la iniciativa Más allá del PIB de la propia Comisión Europea.

Se trata de pensar una política económica orientada hacia el bienestar, la sostenibilidad y la convergencia en Europa, que se centre fundamentalmente en la mejora de la calidad de vida, el empleo decente y una justa distribución del bienestar material, acompañadas de una actividad estable del sector público, la sostenibilidad ambiental y unas relaciones económicas estables y equilibradas para las sociedades, pero también para los individuos.

ELENA CACHÓN GONZÁLEZ

Universidad a Distancia de Madrid
Vía de Servicio A-6, 15, 28400 Collado Villalba, Madrid, España
Contacto: elena.cachon@udima.es

Recibido: 20.02.2019

Aceptación comunicada: 23.06.2019

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Cantalapiedra, Santiago (2019), "El desconcierto europeo", *Papeles*, 145, 5-11. Consultado el 21.05.2019, en <https://www.fuhem.es/2019/10/21/el-desconcierto-europeo-2/>.
- Antunes, José Antonio Pereira de Jesus (2015), "Crise económica, saúde e docença", *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 267-277. Consultado el 03.05.2019, en <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n2/v16n2a11.pdf>.
- Bartoll, Xavier; Toffolutti, Veronica; Malmusi, Davide; Palència, Laia; Borrel, Carme; Suhrcke, Marc (2015), "Health and Health Behaviours Before and During the Great Recession, Overall and by Socioeconomic Status, Using Data from Four Repeated Cross-Sectional Health Surveys in Spain (2007-2012)", *BMC Public Health*, 15, art. n.º 865. Consultado el 03.05.2019, en <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-2204-5>.
- Córdoba-Doña, Juan Antonio; Escolar-Pujolar, Antonio; San Sebastián, Miguel; Gustafsson, Per E. (2016), "How are Employed and Unemployed Affected by the Economic Crisis in Spain? Educational Inequalities, Life Conditions and Mental Health in a Context of High Unemployment", *BMC Public Health*, 16, art. n.º 267. Consultado el 03.05.2019, en <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-016-2934-z>.
- Cortès-Franch, Imma; López-Valcárcel, Beatriz González (2014), "Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014", *Gaceta Sanitaria*, 28(supl. 1), 1-6. Consultado el 12.10.2018, en <http://gacetasanitaria.org/es-crisis-economico-financiera-salud-espana-evidencia-articulo-resumen-S0213911114000971>.
- Degryse, Christophe (2014), "The New European Economic Governance", *Working Paper* 2012, 14. Brussels: European Trade Union Institute.
- Dorling, Danny (2017), *The Equality Effect. Improving Life for Everyone*. Oxford: New Internationalist Publications.
- Eikemo, Terje; Huijts, Tim; Bambra, Clare; McNamara, Courtney; Stornes Per; Balaj, Mirza (2016), "Desigualdades sociales en salud y sus determinantes: principales resultados de la séptima edición de la Encuesta Social Europea", *European Social Survey*, 6. Consultado el 10.10.2018, en https://www.europeansocialsurvey.org/docs/findings/ESS7_toplevels_issue_6_health_Spanish.pdf.
- Eikemo, Terje A.; Huisman, Martijn; Bambra, Clare; Kunst, Anton E. (2008), "Health Inequalities According to Educational Level in Different Welfare Regimes: A Comparison of 23 European Countries", *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565-582. Consultado el 13.10.2018, en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9566.2007.01073.x>.
- Eurofound (2014), *Third European Quality of Life Survey – Quality of Life in Europe: Trends 2003-2012*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Consultado el 09.07.2018, en

https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1364en.pdf.

Eurofound (2017), *European Quality of Life Survey 2016: Quality of Life, Quality of Public Services, and Quality of Society*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Consultado el 02.02.2018, en <https://www.eurofound.europa.eu/es/publications/report/2017/fourth-european-quality-of-life-survey-overview-report>.

Eurostat (2016), "Analytical Report on Subjective Well-Being", *Statistical Working Papers*, 2016.

Consultado el 09.03.2018, en <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3888793/7439887/KS-TC-16-005-EN-N.pdf/5e59f7a7-0c81-4122-a72c-bf880f84b4ec>.

Feigl, Georg (2017), "From Growth to Well-Being: A New Paradigm for EU Economic Governance", *ETUI Working Paper Brief*, 2. Consultado el 14.11.2018, en <https://www.etui.org/Publications2/Policy-Briefs/European-Economic-Employment-and-Social-Policy/From-growth-to-well-being-a-new-paradigm-for-EU-economic-governance>.

Fernández-Mayoralas, Gloria; Rojo, Fermina (2005), "Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación", *Territoris*, 5, 117-135.

Gili, Margalida; Roca, Miquel; Basu, Sanjay; McKee, Martin; Stuckler, David (2012), "The Mental Health Risks of Economic Crisis in Spain: Evidence from Primary Care Centres, 2006 and 2010", *European Journal of Public Health*, 23(1), 103-108.

Consultado el 26.11.2018, en <https://academic.oup.com/eurpub/article/23/1/103/465154?searchresult=1>.

González-Cabanach, Ramón; Valle, Antonio; Arce, Ramón; Fariña, Francisca (2010), *Calidad de vida, bienestar y salud*. Madrid: Psicoeduca.

Gool, Kees; Pearson, Mark (2014), "Health, Austerity and Economic Crisis: Assessing the Short-Term Impact in the OECD Countries", *OECD Health Working Papers*, 76.

Consultado el 12.12.2018, en <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5jxx71t1zg6-en.pdf?expires=1558540564&id=id&accname=guest&checksum=32EC205F2702C9AEBE7624A7CB9B9F6A>.

Hemingway, Steve; Coxon, George; Munday, Dave; Ramsay, Mike (2013), "Austerity is Bad for Mental Health: Implications for Mental Health Nurses", *Mental Health Nursing*, 33(6), 7-9.

Huijts, Tim; Stornes, Per; Eikemo, Terje A.; Bambra, Clare (2017), "The Social and Behavioural Determinants of Health in Europe: Findings from the European Social Survey (2014) Special Module on the Social Determinants of Health", *European Journal of Public Health*, 27(supl. 1), 55-62. Consultado el 05.06.2017, en https://academic.oup.com/eurpub/article/27/suppl_1/55/3045951.

Husiman, Martijn; Kunst, Anton; Mackenbach, Johan (2003), "Socioeconomics Inequalities in Morbidity among the Elderly. A European Overview", *Social Science and Medicine*, 57, 861-873.

- INE – Instituto Nacional de Estatística (2017), *Índice de Bem-Estar 2004-2016*. Lisboa: INE. Consultado el 17.10.2018, en https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=313012429&att_display=n&att_download=y.
- Jiménez-Martín, Sergi; Andrea Viola, Analía (2014), “El sistema de salud en España en perspectiva comparada. Primer Informe Observatorio de Sanidad Fedea”, *Observatorio de la Sanidad Fedea*. Madrid: Fedea. Consultado el 14.11.2018, en <http://sanidad.fedea.net/docs/informe.pdf>.
- Karanikolos, Marina; Mladovsky, Philipa; Cylus, Jonathan; Thomson, Sarah; Basu, Sanjay; Stuckler, David; Mackenbach, Johan; McKee, Martin (2013), “Financial Crisis, Austerity, and Health in Europe”, *The Lancet*, 381(9874), 1323-1331. Consultado el 17.12.2018, en [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60102-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60102-6/fulltext).
- Lobato, Paula (2011), “Saúde pública e crise: uma reflexão”, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 97-99. Consultado el 02.01.2019, en <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-pdf-S0870902511700128>.
- OCDE (2017), *How's Life? 2017: Measuring Well-Being*. Paris: OECD Publishing. Consultado el 09.03.2018, en https://www.oecd-ilibrary.org/how-s-life-2017_5jfmdz09cdf2.pdf?itemId=%2Fcontent%2Fpublication%2Fhow_life-2017-en&mimeType=pdf.
- O'Donnell, Gus; Deaton, Angus; Durand, Martine; Halpern, David; Layard, Richard (2014), *Wellbeing and Policy*. London: Legatum Institute. Consultado el 12.06.2018, en <https://li.com/wp-content/uploads/2019/03/commission-on-wellbeing-and-policy-report-march-2014-pdf.pdf>.
- Oliva, Juan; Peña, Luz; González, Beatriz; Urbanos, Rosa; Barber, Patricia; Zozaya, Néboa (2018), “Informes, Estudios e Investigación 2018 – Crisis económica y salud en España”. Madrid: Ministerio De Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Consultado el 01.10.2018, en https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CRISIS_ECONOMICA_Y_SALUD.pdf.
- Petmesidou, Maria; Guillén, Ana M. (2014), “Can the Welfare State as We Know It Survive? A View from the Crisis-Ridden South European Periphery”, *South European Social Politics*, 19(3), 295-307. Consultado el 12.10.2018, en <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/13608746.2014.950369?needAccess=true>.
- Popic, Tamara; Schneider, Simone; Asensio, María (2019), “Public Opinion on Health Care in the Context of Economic Crisis: Evidence from Portugal”, *Journal of Social Policy*, 48(4), 741-764.
- Quaglio, Gianluca; Karapiperis, Theodoros; Van Woensel, Lieve; Arnold, Erika; McDaid, David (2013), “Austerity and Health in Europe”, *Health Policy*, 113(1-2), 13-19.
- Ruiz, Miguel; Pardo, Antonio (2005), “Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica”, *Pharmacoeconomics*, 2(1), 31-43.

- Ruiz-Pérez, Isabel; Bermudez-Tamayo, Clara; Rodríguez-Barranco, Miguel (2017), "Socio-Economic Factors Linked with Mental Health During the Recession: A Multilevel Analysis", *International Journal for Equity in Health*, 16, art. n.º 45. Consultado el 10.10.2018, en https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5339976/pdf/12939_2017_Article_518.pdf
- Schulten, Thorsten; Müller, Torsten (2014), "European Economic Governance and Its Intervention in National Wage Development and Collective Bargaining", in Steffen Lehndorff (ed.), *Divisive Integration: The Triumph of Failed Ideas in Europe – Revisited*. Brussels: ETUI, 331-363.
- Sequeira, Carlos; Sá, Luís; Carvalho, José Carlos; Sampaio, Francisco (2015), "Impacto da crise financeira e social na saúde mental", *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 72-76. Consultado el 12.05.2019, en <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n14/n14a10.pdf>.
- Serapioni, Mauro (2017), "Crise econômica e desigualdades nos sistemas de saúde dos países do Sul da Europa", *Saúde Pública*, 33(9), e00170116. Consultado el 01.11.2018, en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n9/1678-4464-csp-33-09-e00170116.pdf>.
- Spijker, Jerone; Gumá, Jordi (2018), "El efecto de la crisis económica sobre la salud en España según el nivel educativo y la relación con la actividad: ¿importa también la duración de la crisis?", *Salud Colectiva*, 14(4), 655-670.
- Tamayo-Fonseca, Nayara; Nolasco, Andreu; Moncho, Joaquín; Barona, Carmen; Irlés, María Ángeles; Más, Rosa; Girón, Manuel; Gómez-Beneyto, Manuel; Pereyra-Zamora, Pamela (2018), "Contribution of the Economic Crisis to the Risk Increase of Poor Mental Health in a Region in Spain", *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), art. n.º 2517. Consultado el 13.05.2019, en <https://www.mdpi.com/1660-4601/15/11/2517>.
- Thomson, Sarah; Figueras, Josep; Evetovits, Tamás; Jowett, Matthew; Mladovsky, Philipa; Maresso, Anna; Cylus, Jonathan; Karanikolos, Marina; Kluge, Hans (2015), *Economic Crisis, Health Systems and Health in Europe*. Maidenhead: Open University Press.
- Triantafyllou, Christos (2014), "Greece under the Economic Adjustment Programme. Internal Devaluation, Deconstruction of the System of Collective Bargaining and Social Impacts", *The New EU Economic Governance and Its Impact on the National Collective Bargaining Systems*. Madrid: Fundación 1º de Mayo, 115-150.
- Urbanos-Garrido, Rosa; López-Valcárcel, Beatriz (2015), "The Influence of the Economic Crisis on the Association between Unemployment and Health: An Empirical Analysis for Spain", *European Journal of Health Economics*, 16(2), 175-184. Consultado el 18.05.2019, en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24469909>.
- Van Doorslaer, Eddy; Koolman, Xander (2004), "Explaining the Differences in Income-Related Health Inequalities across European Countries", *Health Economics*, 13(7), 609-628. Consultado el 13.01.2019, en <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/hec.918>.

Wilkinson, Richard; Pickett, Kate (2010), *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*. New York: Bloomsbury Press.