





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?

The effect of the economic crisis on health in Spain according to educational level and employment status: Does the duration of the crisis also matter?

Jeroen Spijker¹, Jordi Gumà²

¹Doctor en Ciencias Espaciales (especialización Demografía). Investigador "Ramón y Cajal", Centro de Estudios Demográficos, Bellaterra, España. ✉ 

²Doctor en Demografía. Investigador "Juan de la Cierva", Research and Expertise Centre for Survey Methodology, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España. ✉ 

RESUMEN El objetivo del trabajo es explorar el posible efecto que la crisis económica ha tenido sobre la salud de la población nacida en España en edad adulta previa a la jubilación (entre 30 y 59 años). Específicamente, a partir de los datos de la *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC) para los años 2006, 2010 y 2014 analizamos diferencias en la salud autopercebida según su perfil socioeconómico y la posición que ocupan en el hogar. Nuestros resultados muestran que la salud de los hombres y las mujeres tienen niveles de asociación similares con ciertos factores (por ejemplo, nivel educativo) y diferenciados con otros (la salud de la mujer es ligeramente más sensible al nivel de los ingresos del hogar, mientras la salud de los hombres a su propio estado de empleo). Finalmente, mientras que en el primer periodo se observan mejoras sustanciales en la salud autopercebida en casi todos los grupos socioeconómicos, en el segundo periodo no hay casi ningún cambio e incluso, para algunos hombres con un perfil más desfavorecido (inactivos con educación baja), la salud empeoró.

PALABRAS CLAVES Recesión económica; Impactos en la Salud; Trabajo; Educación; España.

ABSTRACT The objective of this study is to explore the possible impact of the economic crisis on the health of the Spanish-born population not of retirement age (between 30 and 59 years). Specifically, using data from the *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC) for the years 2006, 2010 and 2014, we analyze differences in self-perceived health by socioeconomic profile and position occupied in the household. According to our results, the health of men and women show similar levels of association with certain factors (such as education) and different levels with others (women's health is more sensitive to household income level while men's is more sensitive to employment status). Finally, while substantial improvements in self-perceived health were observed during the first period in almost all socioeconomic groups, during the second period there was almost no change, and for the most disadvantaged men (inactive in the labor market and with low educational levels), health worsened.

KEY WORDS Economic recession; Impacts on health; Work; Education; Spain.

INTRODUCCIÓN

Las consecuencias a corto y mediano plazo de la crisis económica que experimenta España desde 2008 han provocado una preocupación por la salud de nuestra población. A pesar de numerosos estudios científicos que se han hecho a nivel internacional desde hace más de un siglo sobre los efectos de ciclos económicos en la salud, la relación entre un contexto económico adverso y la salud todavía no se ha establecido de manera clara⁽¹⁾. Este desconocimiento básicamente se debe al hecho de que el impacto de una crisis económica sobre la salud de la población depende de muchos factores definitorios del propio periodo como su intensidad, duración, qué poblaciones se vieron más afectadas, las políticas económicas y sociales (preexistentes y las reformas de austeridad para enfrentar la crisis económica) que definen la naturaleza de su evolución, los valores socioculturales dominantes, del nivel de bienestar formal e informal, así como los cambios demográficos en el mercado laboral⁽²⁾.

En respuesta al contexto económico, los políticos pueden tratar de limitar el gasto público a través de recortes que entre otros, afectan al presupuesto de salud pública⁽³⁾. Por ejemplo, en los países europeos más afectados por la crisis como España, Grecia y Portugal se han realizado recortes desproporcionados en las partidas económicas destinadas a cubrir la salud pública, acompañados de un aumento de la carga de los gastos sanitarios asumidos por los pacientes (llamado "*cost-shifting*") a pesar de que los sistemas de salud, en general, necesitarían más recursos en un periodo de crisis económica^(2,4). De hecho, existen evidencias que subrayan la importancia del gasto público anticíclico, especialmente en los sectores sociales⁽³⁾, como consecuencia de un aumento en la necesidad de servicios para grupos más vulnerables, como los desocupados, inmigrantes y, en general, todos aquellos sin una entrada de dinero regular⁽⁵⁾. Entonces, si en una crisis económica se compromete la salud pública, esto puede afectar la salud de individuos que

precisan asistencia médica por no poder recibir las mismas prestaciones que antes. Sin embargo, todavía no se ha podido establecer una relación clara entre un contexto de crisis económica y la salud de la población e, incluso, se obtienen resultados intuitivamente contradictorios. Por ejemplo, en contextos diferentes, a corto plazo, y dependiendo de la edad, sexo y enfermedad, se han observado pocos efectos adversos sobre la salud general durante periodos de crisis económica en países con un nivel alto de ingresos, en los que incluso la mortalidad bajó cuando la economía se ralentizó y subió en la posterior recuperación^(1,6,7,8,9,10,11,12). Aunque los resultados muestran ser dependientes de los indicadores utilizados para medir cambios económicos⁽¹³⁾ o de la metodología aplicada, por ejemplo, al incluir un desfase temporal en las covariables⁽¹⁴⁾, una posible explicación para esta mejora de la mortalidad sería que la crisis económica mejoraría ciertos comportamientos relacionados con la salud como el aumento de las horas de sueño o de tiempo libre, que puede ser destinado a actividades de naturaleza saludable (como, por ejemplo, ejercicio físico), o la reducción del consumo de alimentos menos saludables o de alcohol (debido a la reducción del presupuesto) o el menor tiempo al volante (resultando en menos muertes en las carreteras)⁽¹⁾.

Otros trabajos demostraron claramente un empeoramiento en los perfiles de salud poblacional durante periodos de crisis, aunque a un nivel de población bastante desagregado y en relación con ciertos tipos de comportamientos, enfermedades o discapacidades como, por ejemplo, el deterioro de la salud mental⁽¹⁵⁾ que puede repercutir en el aumento de muertes por suicidio⁽¹⁶⁾, el incremento del consumo de alcohol y de drogas, así como la mayor incidencia de contagios del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)⁽⁵⁾. En el caso concreto de España, en el actual periodo de crisis económica existen ya evidencias de un empeoramiento en la salud en algunas subpoblaciones con perfiles sociales más desaventajados. Esto último ha provocado un incremento de las desigualdades en salud en los ámbitos de la salud

mental, además de signos de posibles efectos incipientes en el aumento de las patologías infecciosas y cambios en los estilos de vida saludables como el consumo de tóxicos o el descenso del uso de anticonceptivos⁽¹⁷⁾.

Cambios económicos en España durante la crisis

Una de las características definitorias de un periodo de crisis económica es la reducción de la tasa de crecimiento de la producción económica, que puede llegar incluso a mostrar valores negativos. En el caso de España, es sabido que, sobre todo entre 2008 y 2013, se produjo una reducción en el producto interno bruto de un 7,6%, acompañada de una tasa creciente de desempleo (del 11% al 26% de la población activa)⁽¹⁸⁾. Uno de los detonantes de este periodo de recesión fue la explosión de la burbuja inmobiliaria, aunque la destrucción de puestos de trabajo no se limitó al sector de la construcción, sino que afectó también al sector industrial y de servicios. En un contexto de una alta proporción de trabajadores con contratos temporales o de corta duración, grandes empresas pudieron reducir rápidamente su personal con un costo relativo bajo⁽¹⁹⁾. No obstante, según Jaumotte⁽²⁰⁾, España se destaca por la fortaleza en la negociación colectiva que sirvió para limitar los niveles de flexibilidad salarial, asegurar una alta indemnización para los asalariados con contrato indefinido, así como para fijar la duración y cantidad de las prestaciones por desempleo. Por tanto, aquellos trabajadores que se encontraban en las últimas etapas de su vida laboral, que tenían un contrato fijo y que habían trabajado muchos años, salieron del mercado laboral bajo buenas condiciones económicas.

Sin embargo, tal como se ha comentado anteriormente, existen perfiles sociodemográficos que presentan un mayor o menor nivel de vulnerabilidad a los efectos de la crisis económica. De este modo, la crisis ha redefinido los límites de los grupos en situación de vulnerabilidad, con la aparición de los “nuevos vulnerables”, grupo compuesto por

personas que estaban empleadas y que aún están lejos de la edad de jubilación y que, al perder su puesto de trabajo, acumulan factores de riesgo, empezando por los del ámbito económico⁽²¹⁾. Como consecuencia, el perfil de la vulnerabilidad pasa a estar definido por otros factores más allá de aquellos que resultaban ser importantes antes de la crisis como los problemas de salud, desestructuración familiar o consumo de sustancias⁽²²⁾.

Otra de las consecuencias de la actual crisis económica es que las familias se han visto obligadas, en muchos casos, a adaptarse a nuevas circunstancias (por ejemplo, la pérdida del empleo del sustentador principal de la familia, etc.). Este proceso de adaptación se ha producido tanto en el ámbito económico (por ejemplo, la tasa de actividad para las mujeres ha aumentado a pesar de la crisis), como en la estructura familiar (por ejemplo, personas emancipadas o recién divorciadas se han visto obligadas a regresar al hogar de los padres). Tras ocho años con tasas de desempleo superiores al 20% en España, para poder sobrellevar esta situación, el papel de la familia ha sido clave. En este sentido, la familia, entendida como las relaciones de parentesco entre individuos que residen en el mismo hogar, define el contexto en el cual se realiza la redistribución de los recursos de diferente índole (económico, conocimiento, tiempo, etc.)^(23,24). Además, en el caso de España, la importancia de la familia es mayor, ya que el Estado del bienestar en este país aún se articula sobre la base del soporte y los servicios que la familia presta a sus miembros⁽²⁵⁾. De hecho, la tipología de su Estado de bienestar ha sido definida como “familiarista”⁽²⁶⁾. Por tanto, las características del hogar se han destapado como un factor clave para entender los efectos de la crisis, motivo por el cual hemos tenido en cuenta información relativa a este ámbito (posición en el hogar y capacidad económica del hogar).

El objetivo del trabajo es explorar el posible efecto que la crisis económica ha tenido sobre la salud autopercibida de los individuos en edad adulta previa a la jubilación (entre 30 y 59 años), en particular, las diferencias según nivel educativo y actividad laboral. Al

respecto, consideramos la perspectiva de género debido a los desiguales roles que hombres y mujeres llevan a cabo habitualmente en el seno del hogar y el trabajo.

Aunque estudios previos han mostrado que personas con un nivel alto de estudios o que trabajan suelen tener mejores niveles de salud, la hipótesis que planteamos aquí es que las diferencias aumentaron como consecuencia de la crisis. En caso afirmativo, eso permitiría entender por qué a nivel poblacional, los efectos de la crisis sobre la salud no resultan visibles, ya que una parte de la población (la más vulnerable en términos socioeconómicos) se ve afectada, y otra parte no.

DATOS Y MÉTODO

Las fuentes de datos utilizadas son las muestras españolas de la *European Union Statistics on Income and Living Conditions* (EU-SILC) para los años 2006, 2010 y 2014 (antes y durante la crisis económica a corto y mediano plazo). Trabajamos con datos secundarios y anonimizados y muestras totalmente independientes. En cuanto a esto último, la EU-SILC es una encuesta de tipo panel en la que se entrevista a las personas seleccionadas durante un máximo de cuatro años consecutivos, por lo que la selección de los años de estudio garantiza la substitución de la muestra completa entre cada uno de estos años. La unidad de muestreo de la encuesta es el hogar privado, los que se seleccionan de manera probabilística y son representativos a nivel nacional. Dentro de cada hogar se entrevistaron a todas las personas de 16 años y más. La metodología detallada de la encuesta se encuentra disponible en Eurostat⁽²⁷⁾.

Nuestra variable dependiente es la salud del individuo medida a través de su autopercepción. Este tipo de salud se ajusta a la definición integral propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), además de ser sensible a las diferencias de salud entre población relativamente homogénea en cuanto a su salud objetiva⁽²⁸⁾. Esta información es obtenida a partir de la pregunta concreta:

“¿Cómo es su salud en general?”. Para el propósito de este trabajo, las respuestas posibles fueron agregadas en: *buena salud* (“buena” o “muy buena”) y *no tener buena salud* (“regular”, “mala” o “muy mala”).

Debido a nuestro interés principal en cómo la crisis ha afectado la salud de la población más expuesta al contexto laboral, redujimos la muestra a aquellas personas que tenían entre 30 y 59 años y que no declararon ser discapacitadas para trabajar, evitando posibles sesgos por motivos de selección. Un gran porcentaje de los adultos más jóvenes todavía estudia y tiene bajas posibilidades de no tener buena salud, mientras que el límite de edad se fija en 59 en vez de 64 para evitar de este modo la inclusión de individuos fuera del mercado laboral por razones muy diversas y difíciles de identificar con los datos. Por ejemplo, para el periodo 2006-2014, la edad efectiva de jubilación era de 62 años en hombres y 63 en mujeres⁽²⁹⁾, es decir, por debajo de los 65. Esto se debía a las prejubilaciones, pero no solo por razones económicas de las empresas sino también por problemas de salud de los trabajadores. Si estas personas tuvieran una edad más temprana, posiblemente hubieran obtenido una baja laboral o una pensión de invalidez. Además, el hecho de pertenecer o no al grupo de población activa define los mecanismos a través de los cuales la crisis ha afectado a los individuos así como los recursos para sobrellevarla (por ejemplo, pérdida de trabajo con la única alternativa de la compensación por desempleo por un período de tiempo concreto).

Además de la edad y la relación con la actividad, las muestras también fueron seleccionadas por país de nacimiento (España), y por posición en el hogar. En cuanto a la primera, la razón para trabajar únicamente con la población nacida en España es para evitar el posible sesgo tanto en salud como en el perfil socioeconómico de la población extranjera. En cuanto a la estructura del hogar se han descartado todos aquellos individuos que no formaran parte del núcleo familiar del hogar (un 2% de la muestra). Basándonos en trabajos anteriores⁽³⁰⁾ la posición en el hogar se define para cada individuo no solo en

relación con la estructura del hogar (unipersonal, pluripersonal), sino también en relación con su situación en el núcleo o núcleos familiares del hogar (como miembro de la pareja, padre o madre emparejados, hijo/a, madre o padre monoparental, fuera de un núcleo familiar). Nos referimos a situaciones familiares en vez de hablar de tipologías familiares porque proponemos poner el foco en el individuo y su posición dentro del hogar, ya que entendemos que, aunque la estructura del hogar sea común para todos sus miembros, cada individuo realiza un papel determinado dentro de ese contexto común. Es precisamente ese papel el que determinaría el nivel de responsabilidad y/o carga al cual cada miembro del hogar se ve expuesto, teniendo en cuenta que las relaciones dentro del hogar se articulan en un intercambio continuo y diario de recursos económicos, de soporte emocional, de cuidado, de información, etc.⁽³¹⁾.

En primer lugar, se procede a describir la muestra, para posteriormente mostrar el análisis bivariado entre la variable dependiente, y las covariables de interés. Finalmente, se presentan los resultados procedentes del análisis de regresión logística multivariable para poder obtener el efecto de cada covariable (*odds ratio* de prevalencia). En el modelo 1 examinamos las diferencias entre las tres categorías de la relación con la actividad: ocupado, desocupado e inactivo. En el modelo 2 se controla por la educación para ver si cambia la relación entre la actividad y la salud. El nivel educativo está asociado con la adquisición de conocimiento sobre actitudes y comportamientos saludables, así como con la habilidad para optimizar el uso de los servicios de salud^(32,33). Además, el nivel educativo presenta en sí una inequívoca fuerte asociación con las desigualdades de salud y mortalidad que afecta, sobre todo, a la subpoblación menos instruida⁽³⁴⁾. Asimismo, tener un nivel alto de educación puede jugar un papel protector para el bienestar (físico, psicológico) durante una crisis personal como es estar desocupado⁽³⁵⁾. En el modelo 3 se incluye información sobre el hogar para controlar por el poder adquisitivo conjunto de la unidad familiar. Los ingresos del hogar

pueden aliviar los efectos del desempleo o la inactividad⁽³⁶⁾, en el caso de convivir con alguien o de recibir rentas no procedentes del empleo. Además, se tuvo en cuenta la composición del hogar ya que, tal como explicamos anteriormente, vivir en familia puede conllevar beneficios para la salud, más allá de las razones económicas. En el modelo 4 se introduce la variable resultante del cruce entre relación con la actividad, educación y año para ver si la crisis tuvo un efecto diferente para los distintos niveles educativos y relación con el mercado laboral. Ya sabemos que durante los ocho años estudiados la salud, en general, mejoró pero puede haber tendencias desiguales.

Debido a nuestro interés en captar los posibles efectos derivados de las desigualdades de género, todos los análisis se realizaron de manera independiente para hombres y mujeres. De este modo, se puede observar si existen diferencias tanto en la intensidad como en el sentido de las asociaciones entre los diferentes factores incluidos en el análisis y la salud autopercebida de hombres y mujeres en un contexto social en el que las normas de género siguen siendo desfavorables para las mujeres. En otras palabras, en vez de comparar las prevalencias de no tener buena salud entre hombres y mujeres, nos interesa conocer si los factores asociados con no tener buena salud son diferentes.

Características de la muestra

De la muestra original de 14.494 individuos en 2006, 15.952 en 2010 y 13.711 en 2014, en el rango de edades de 30 a 59 años, siguiendo los criterios de selección de la muestra de interés para este trabajo, descritos anteriormente, se descartó un 12% en 2006, un 17% en 2010 y un 16% en 2014 (el porcentaje mayor en los últimos años se debe al mayor número de nacidos fuera de España en las muestras españolas de la EU-SILC).

A lo largo del periodo de ocho años entre 2006 y 2014 el perfil de la población española mostró cambios en cuanto a su relación con la actividad. La proporción de

ocupados, tal como se podía esperar, bajó sustancialmente entre los hombres, para quienes el porcentaje de desocupados se triplicó en 2014 respecto de 2006, llegando al 21,5%. Si bien las mujeres registraron un porcentaje similar de desempleo, su porcentaje de ocupación subió durante la crisis (del 56,2% al 59,6%) mientras la inactividad bajó drásticamente (del 34,5% al 18,2%) (Tabla 1). Estos resultados son coherentes con los de la Encuesta de Población Activa (EPA)⁽³⁷⁾ y reflejan la tendencia de un aumento de la participación laboral femenina que empezó a

principios de la década de 1980 como parte del proceso de emancipación femenina.

En cuanto a la educación, como consecuencia de la expansión educativa iniciada en la década de 1960 y de la cual se beneficiaron más las mujeres, se observa un incremento del porcentaje de individuos con estudios superiores. Este aumento fue mayor entre las mujeres, que llegaron a superar a los hombres en 5 unidades porcentuales, en 2014. Con respecto a la capacidad del conjunto del hogar para afrontar los gastos mensuales, la situación es, tal como se esperaba,

Tabla 1. Porcentaje de hombres y mujeres españoles de 30 a 59 años, según variables y categorías. España, 2006, 2010 y 2014.

Variables	Hombres			Mujeres		
	2006 (n=6.153)	2010 (n=6.385)	2014 (n=5.546)	2006 (n=6.621)	2010 (n=6.849)	2014 (n=5.916)
Edad						
30-39	33,2	32,1	28,3	33,8	31,2	26,8
40-49	37,4	35,8	35,8	37,2	37,1	36,3
50-59	29,4	32,1	35,9	29,0	31,7	36,9
Relación actividad						
Ocupado	89,0	82,7	75,7	56,2	62,1	59,6
Desocupado	6,1	14,2	21,5	9,3	14,9	22,1
Inactivo	4,9	3,1	2,8	34,5	23,0	18,2
Nivel educativo						
Educación obligatoria	50,3	46,4	44,5	51,7	44,2	41,1
Secundario superior / FP2	22,1	22,2	22,2	20,8	21,2	20,1
Universitario / FP3	27,6	31,4	33,3	27,5	34,5	38,8
Capacidad económica del hogar de llegar a fin de mes						
Con (gran) dificultad	25,3	27,1	35,2	26,5	27,4	35,8
Con alguna dificultad	30,7	27,5	28,3	31,0	27,7	27,8
Bastante fácil	28,8	27,5	25,0	28,4	27,7	24,8
Fácilmente	15,2	17,9	11,5	14,1	17,2	11,6
Posición en el hogar						
Unipersonal	4,5	6,6	7,2	3,8	5,5	5,4
Vive con padres	13,8	14,6	15,3	8,5	8,0	7,9
Vive con pareja sin hijos	13,3	13,8	15,2	12,7	15,4	15,0
Vive con pareja con hijos	67,3	63,8	60,4	67,2	62,1	61,2
Monoparental como padre/madre	1,1	1,2	1,8	7,8	9,0	10,4

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra española de la European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), años 2006, 2010 y 2014. Muestra limpia y sin ponderar (n). FP2 = Formación profesional de grado medio. FP3 = Formación profesional de grado superior.

peor en 2014 que en 2006: un 35,2% de los hombres y un 35,8% de las mujeres tiene una gran dificultad para llegar a fin de mes en 2014, casi un 10% más que en 2006. Cabe destacar que gran parte de este empeoramiento tuvo lugar entre los años 2010 y 2014, ambos dentro del periodo de crisis.

Las diferencias por sexo también son destacables en la última variable examinada (posición en el hogar), sobre todo en aquellas categorías que implican la no convivencia en pareja (vivir solo, con los padres o en una familia monoparental). En el caso de los hombres se observan mayores porcentajes en el caso de vivir solos o de seguir viviendo con los padres después de los 30 años, mientras que para las mujeres destaca su mayor porcentaje en familias monoparentales, situación que resulta casi marginal para los hombres. En cuanto al cambio entre 2006 y 2014, el porcentaje de los hogares unipersonales aumentaron así como los monoparentales (siendo ya un 10% entre las mujeres). El porcentaje de personas viviendo con hijos bajó y vivir sin hijos subió durante el periodo estudiado.

RESULTADOS

Resultados descriptivos

En 2006, casi una cuarta parte de la población masculina de 30 a 59 años declaró no tener buena salud, proporción que pasó a ser de uno de cada seis en 2014. En cuanto a las mujeres los porcentajes fueron, respectivamente, 26,0% y 20,7% (Tabla 2). Esto se observa incluso cuando la muestra en 2014 era algo más envejecida que en 2006 (mayor peso relativo de las edades más avanzadas dentro del grupo de edades de interés en este trabajo). Cabe destacar, sin embargo, que entre las mujeres no hubo mejora alguna entre 2010 y 2014, mientras que entre los hombres la proporción en buena salud aumentó más entre 2006 y 2010 que entre 2010 y 2014. Ante estos resultados, la pregunta que nos planteamos es qué variables podrían estar detrás de este estancamiento.

Aunque para cada uno de los años observados se repite el ya conocido patrón en las diferencias entre los porcentajes de no tener buena salud según sexo, edad, educación, relación con la actividad, capacidad económica del hogar y posición en el hogar, lo interesante para nosotros, y donde pondremos el foco de atención, es en la evolución de los porcentajes de no tener buena salud autopercibida en cada una de las categorías de estas variables a lo largo del tiempo. De este modo, se observan tres posibles patrones en las evoluciones del conjunto de categorías, diferenciadas entre sí según la tendencia entre los años 2010 y 2014, ya que entre 2006 y 2010 se observa invariablemente un descenso en los porcentajes de no tener buena salud: la primera tendencia sería la de las subpoblaciones en las que empeoró la salud autopercibida durante el segundo periodo, como son el caso de las mujeres desocupadas o con estudios primarios, los individuos con estudios superiores para ambos sexos, los hombres que viven en un hogar que llega fácilmente a fin de mes (aunque con un 10,2%, sigue siendo el porcentaje más bajo detrás de la edad 30-39), las mujeres que viven en un hogar unipersonal o que viven con sus padres, y los hombres que viven en un hogar monoparental. La segunda tendencia se observa entre aquellas subpoblaciones que mantuvieron estables sus porcentajes de salud autopercibida (diferencias menores al 1%) entre 2010 y 2014, como es el caso del grupo de edad 30-39 para ambos sexos, las mujeres de 40-49, ocupadas, aquellas que viven en hogares que llegan a fin de mes con alguna dificultad o que viven en pareja con hijos o que forman parte de un núcleo monoparental; y, por último, la tercera tendencia serían aquellas subpoblaciones en las que persiste el descenso en el porcentaje de no tener buena salud, aunque con una magnitud menor que el observado anteriormente.

Finalmente, cabe destacar que las diferencias entre las mejores y las peores categorías de las variables bajaron entre 2006 y 2014 (y, sobre todo, entre 2010 y 2014), con la única excepción en las mujeres ocupadas e inactivas (subió 1%), entre las que declararon educación obligatoria y universitaria

Tabla 2. Porcentaje de la autopercepción de “no tener buena salud” en hombres y mujeres españoles de 30 a 59 años, según las variables y categorías. España, 2006, 2010 y 2014.

Variables	Hombres			Mujeres		
	2006	2010	2014	2006	2010	2014
Autopercepción de “no tener buena salud”	23,1	17,3	16,0	26,0	20,7	20,7
Edad						
30-39	14,3	9,7	8,8	15,2	11,3	10,8
40-49	21,3	16,6	15,2	25,5	18,8	18,0
50-59	35,2	25,8	22,6	39,3	32,1	30,6
Relación actividad						
Ocupado	20,1	14,8	12,7	21,1	15,4	15,5
Desocupado	38,3	25,2	24,3	29,6	26,3	28,4
Inactivo	57,9	47,5	43,8	33,1	31,2	28,5
Nivel educativo						
Educación obligatoria	28,1	23,5	21,4	33,3	30,0	31,4
Secundario superior/FP2	20,8	15,4	13,4	21,4	17,7	16,8
Universitario/FP3	15,8	9,6	10,5	15,9	10,5	11,5
Capacidad económica del hogar de llegar a fin de mes						
Con (gran) dificultad	31,9	25,7	22,8	35,7	31,8	30,4
Con alguna dificultad	24,2	17,6	13,9	28,1	20,8	20,0
Bastante fácil	16,6	14,3	11,6	19,6	14,5	12,2
Fácilmente	18,4	9,1	10,2	16,4	12,7	11,0
Posición en el hogar						
Unipersonal	27,7	20,4	18,1	30,7	23,1	27,7
Vive con padres	18,8	16,2	15,1	21,0	13,2	19,1
Vive con pareja sin hijos	23,3	18,7	17,5	26,6	26,7	25,4
Vive con pareja con hijos	23,5	16,9	15,4	24,9	19,0	18,2
Monoparental como padre/madre	30,9	22,8	23,8	37,9	27,0	26,7

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra española de la European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), años 2006, 2010 y 2014. FP2 = Formación profesional de grado medio. FP3 = Formación profesional de grado superior.

(3%) y entre aquellas cuya capacidad económica le permite llegar fácilmente a fin de mes, respecto de las que tienen gran dificultad (sin cambio). De hecho, según la relación con la actividad las diferencias en salud son las más grandes: en 2014, solo un 12,7% de los ocupados y un 15,5% de las ocupadas no tenían buena salud frente al 43,8% y 28,5% de los hombres y mujeres inactivos. Además, no hubo ninguna mejora durante los últimos cuatro años entre los desocupados. La diferencia entre los inactivos e inactivas se debe al hecho de que muchas mujeres no son inactivas por haber perdido el trabajo, sino

por dedicarse exclusivamente a las tareas domésticas. El caso de los desocupados llama la atención ya que la salud de los hombres en este tipo de relación con la actividad ha mejorado mucho entre 2006 y 2010, tal vez, debido a que la crisis supuso inicialmente un aumento en su número además de una diversificación de su perfil respecto a años anteriores, incluyendo individuos con un perfil de baja vulnerabilidad antes de la crisis. Entre 2010 y 2014, en cambio este efecto desapareció posiblemente como resultado de la erosión sobre la salud de la larga duración del desempleo.

Tabla 3. Odds ratio de la autopercepción de “no tener buena salud” en hombres españoles de 30 a 59 años (N=18.084), según variables y categorías. España, 2006, 2010 y 2014.

Variables	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p
Constante	0,14		0,000	0,10		0,000	0,08		0,000	0,09		0,000
Edad												
30-39*	1,0			1,0			1,0			1,0		
40-49	1,8	1,6-2,0	0,000	1,7	1,6-1,9	0,000	1,8	1,6-2,1	0,000	1,8	1,6-2,0	0,000
50-59	3,0	2,7-3,3	0,000	2,8	2,5-3,1	0,000	3,0	2,7-3,4	0,000	3,0	2,7-3,4	0,000
Año												
2006*	1,0			1,0			1,0					
2010	0,6	0,6-0,7	0,000	0,7	0,6-0,7	0,000	0,7	0,6-0,7	0,000	-	-	-
2014	0,5	0,5-0,6	0,000	0,6	0,5-0,6	0,000	0,5	0,5-0,6	0,000	-	-	-
Relación con la actividad												
Ocupado*	1,0			1,0			1,0					
Desocupado	2,3	2,0-2,5	0,000	2,0	1,8-2,2	0,000	1,6	1,4-1,8	0,000	-	-	-
Inactivo	4,2	3,5-4,9	0,000	4,0	3,4-4,7	0,000	3,8	3,2-4,5	0,000	-	-	-
Nivel educativo												
Alto (Universitario / FP3)*	-	-	-	1,0			1,0			-	-	-
Medio (Secundario superior / FP2)	-	-	-	1,4	1,2-1,5	0,000	1,3	1,5-1,8	0,000	-	-	-
Bajo (Educación obligatoria)	-	-	-	2,0	1,8-2,2	0,000	1,6	1,1-1,4	0,000	-	-	-
2006												
Ocupado y NE alto*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0		
Ocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	1,0-1,5	0,027
Ocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4	1,2-1,6	0,000
Desocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,7	0,9-3,3	0,095
Desocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	0,6-2,3	0,590
Desocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,0	2,3-4,1	0,000
Inactivo y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,2	1,2-3,9	0,008
Inactivo y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,1	1,8-5,5	0,000
Inactivo y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6,4	4,5-9,0	0,000
2010												
Ocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,4-0,7	0,000
Ocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,7-1,0	0,054
Ocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,9-1,3	0,618
Desocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,5-1,4	0,570
Desocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,6-1,4	0,620
Desocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,6	1,3-2,0	0,000
Inactivo y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	0,6-2,8	0,427
Inactivo y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3,7	1,8-7,5	0,000
Inactivo y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4,4	3,0-6,6	0,000
2014												
Ocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,4-0,7	0,000
Ocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,4-0,7	0,000
Ocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6-0,9	0,004
Desocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,6-1,3	0,570
Desocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,6-1,3	0,498
Desocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,0-1,5	0,128
Inactivo y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,3-1,9	0,589
Inactivo y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	0,5-2,7	0,703
Inactivo y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5,7	3,5-9,3	0,000
Capacidad del hogar para llegar a final de mes												
Facilmente*	-	-	-	-	-	-	1,0			1,0		
Bastante fácil	-	-	-	-	-	-	1,2	1,0-1,3	0,055	1,1	1,0-1,3	0,067
Con alguna dificultad	-	-	-	-	-	-	1,5	1,3-1,7	0,000	1,5	1,9-2,5	0,000
Con (gran) dificultad	-	-	-	-	-	-	2,2	1,9-2,5	0,000	2,2	1,3-1,7	0,000
Posición en el hogar												
Vive con pareja con hijos*	-	-	-	-	-	-	1,0			1,0		
Unipersonal	-	-	-	-	-	-	1,1	0,9-1,4	0,158	1,1	0,9-1,4	0,166
Vive con padres	-	-	-	-	-	-	0,9	0,8-1,1	0,279	0,9	0,8-1,1	0,255
Vive con pareja sin hijos	-	-	-	-	-	-	0,8	0,7-0,9	0,002	0,8	0,7-0,9	0,002
Monoparental como padre	-	-	-	-	-	-	1,1	0,8-1,5	0,584	1,1	0,8-1,5	0,552

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra española de la European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), años 2006, 2010 y 2014.

*Valor de referencia. OR = odds ratio. IC 95% = intervalo de confianza del 95%. NE = nivel educativo. FP2 = Formación profesional de grado medio. FP3 = Formación profesional de grado superior.

R² de Nagelkerke: Modelo 1 = 0,10. Modelo 2 = 0,11. Modelo 3 = 0,13. Modelo 4 = 0,13.

Tabla 4. *Odds ratio* de la autopercepción de “no tener buena salud” en mujeres españolas de 30 a 59 años (N=18.084), según variables y categorías. España, 2006, 2010 y 2014.

Variables	Modelo 1			Modelo 2			Modelo 3			Modelo 4		
	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p
Constante	0,14		0,000	0,10		0,000	0,09		0,000	0,10		0,000
Edad												
30-39*	1,0			1,0			1,0			1,0		
40-49	1,8	1,7-2,0	0,000	1,6	1,5-1,8	0,000	1,8	1,6-2,0	0,000	1,8	1,6-2,0	0,000
50-59	3,4	3,1-3,8	0,000	2,9	2,6-3,2	0,000	3,1	2,8-3,5	0,000	3,2	2,9-3,5	0,000
Año												
2006*	1,0			1,0			1,0					
2010	0,7	0,7-0,8	0,000	0,8	0,7-0,8	0,000	0,7	0,7-0,8	0,000	-	-	-
2014	0,7	0,6-0,7	0,000	0,7	0,7-0,8	0,000	0,6	0,6-0,7	0,000	-	-	-
Relación con la actividad												
Ocupado*	1,0			1,0			1,0					
Desocupado	2,0	1,8-2,2	0,000	1,7	1,5-1,8	0,000	1,4	1,3-1,5	0,000	-	-	-
Inactivo	1,7	1,6-1,9	0,000	1,4	1,3-1,5	0,000	1,4	1,3-1,5	0,000	-	-	-
Nivel educativo												
Alto (Universitario/FP3)*	-	-	-	1,0			1,0			-	-	-
Medio (Secundario superior/FP2)	-	-	-	1,4	1,2-1,5	0,000	1,2	1,1-1,4	0,000	-	-	-
Bajo (Educación obligatoria)	-	-	-	2,3	2,1-2,5	0,000	1,8	1,6-2,0	0,000	-	-	-
2006												
Ocupado y NE alto*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0		
Ocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,2	1,0-1,5	0,103
Ocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	1,2-1,8	0,000
Desocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4	0,9-2,2	0,182
Desocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	1,0-2,3	0,057
Desocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,9	1,4-2,5	0,000
Inactivo y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,3	0,9-1,9	0,121
Inactivo y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,4	1,1-1,9	0,019
Inactivo y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2,1	1,7-2,5	0,000
2010												
Ocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,5-0,7	0,000
Ocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,6-1,0	0,041
Ocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,9-1,4	0,235
Desocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,6-1,3	0,517
Desocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,7-1,5	0,730
Desocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	1,2-1,9	0,000
Inactivo y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,5-1,2	0,198
Inactivo y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,1	0,8-1,6	0,456
Inactivo y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,8	1,5-2,2	0,000
2014												
Ocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,5	0,4-0,7	0,000
Ocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,6	0,5-0,8	0,000
Ocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,0	0,8-1,3	0,669
Desocupado y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,6-1,2	0,430
Desocupado y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,9	0,6-1,3	0,499
Desocupado y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	1,2-1,9	0,000
Inactivo y NE alto	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,7	0,4-1,1	0,105
Inactivo y NE medio	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,8	0,5-1,1	0,177
Inactivo y NE bajo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	1,2-1,8	0,000
Capacidad del hogar para llegar a final de mes												
Facilmente*	-	-	-	-	-	-	1,0			1,0		
Bastante fácil	-	-	-	-	-	-	1,1	1,0-1,3	0,107	1,1	1,0-1,3	0,095
Con alguna dificultad	-	-	-	-	-	-	1,7	1,5-1,9	0,000	1,7	1,5-2,0	0,000
Con (gran) dificultad	-	-	-	-	-	-	2,5	2,2-2,9	0,000	2,5	2,2-2,9	0,000
Posición en el hogar												
Vive con pareja con hijos*	-	-	-	-	-	-	1,0			1,0		
Unipersonal	-	-	-	-	-	-	1,1	0,9-1,3	0,214	1,1	0,9-1,3	0,215
Vive con padres	-	-	-	-	-	-	0,9	0,8-1,1	0,393	0,9	0,8-1,1	0,411
Vive con pareja sin hijos	-	-	-	-	-	-	0,7	0,6-0,8	0,000	0,7	0,6-0,8	0,002
Monoparental como padre	-	-	-	-	-	-	1,0	0,9-1,2	0,655	1,0	0,9-1,2	0,573

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra española de la European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), años 2006, 2010 y 2014.

*Valor de referencia. OR = odds ratio. IC 95% = intervalo de confianza del 95%. NE = nivel educativo. FP2 = Formación profesional de grado medio. FP3 = Formación profesional de grado superior. R² de Nagelkerke: Modelo 1 = 0,09. Modelo 2 = 0,12. Modelo 3 = 0,15. Modelo 4 = 0,15.

Resultados de los modelos multivariantes

Para comprobar si las diferencias anteriormente mencionadas no están influidas por otros factores relacionados, calculamos la secuencia de modelos representada en la Tabla 3 y Tabla 4. En primer lugar, examinamos el efecto de la relación con la actividad, controlando por edad y año. Los resultados refuerzan que no estar ocupado perjudica la salud, más en los hombres que en las mujeres, siendo la diferencia por sexo más acusada en el caso de los inactivos. Esta última diferencia se debe, probablemente, al diferente perfil de los inactivos según sexo, ya que mientras que una parte importante de las mujeres no son activas porque se dedican a las labores de la casa, en el caso de los hombres su perfil se caracteriza por una mayor diversidad (prejubilados, incapacitados para trabajar de manera temporal, etc.). El efecto de la actividad se reduce mínimamente cuando además se tiene en cuenta el nivel educativo (modelo 2). Con relación a la educación, los hombres y las mujeres que declararon tener educación básica tienen una *odds* de no tener buena salud de alrededor del doble respecto de sus homólogos con estudios superiores. Esta diferencia se vuelve a reducir ligeramente cuando se tiene en cuenta la capacidad del hogar para llegar a fin de mes y la estructura del hogar (modelo 3). Es decir, no son solo las características de naturaleza individuales como tener un alto nivel de estudios o empleo, lo que influye sobre la salud sino con quién se convive así como el poder adquisitivo conjunto del hogar. Al fin y al cabo son los ingresos conjuntos los que permiten obtener los recursos necesarios para vivir (comida, vivienda y ropa) y, en efecto, aquellos individuos que viven en hogares con alguna o gran dificultad para llegar a fin de mes tienen, respectivamente, una *odds* de no tener buena salud de 1,5 y 2,2 veces en los hombres y 1,7 y 2,5 veces en las mujeres, respecto de aquellos con capacidad de llegar fácilmente a fin de mes. Este resultado también sugiere que las mujeres con dificultades económicas en el hogar muestran ser

ligeramente más vulnerables en cuanto a su salud que los hombres.

En cuanto a la posición del individuo en el hogar, esta variable tiene poco efecto sobre la relación entre el estado de actividad o el nivel educativo y la salud autopercibida, con excepción de la categoría más baja de ambas variables. Es decir, una parte de la peor salud en las personas inactivas o que han obtenido educación obligatoria o menos está explicada por la forma de convivencia. En cuanto a la relación entre la posición en el hogar y la salud (el efecto neto), todas las categorías tienen *odds* semejantes, con excepción de vivir en pareja sin hijos, que tiene la mejor salud (*odds ratio* 0,8 y 0,7 para hombres y mujeres, respectivamente). Parece, entonces, que las diferencias observadas a nivel bivariable entre las personas que viven solas o como padre monoparental están explicadas por sus condiciones socioeconómicas adversas. Para hombres y mujeres, la variable es la menos significativa entre aquellas incluidas en los modelos (con su inclusión en el modelo 3, la R^2 de Nagelkerke solo mejora, respectivamente 0,002 y 0,007).

Finalmente, para ver cómo la crisis ha afectado la asociación entre la salud y la actividad y la educación, hemos construido un modelo con interacciones entre nivel educativo y relación con la actividad (modelo 4). Los resultados se pueden apreciar más claramente en la Figura 1. Tal y como se puede ver, la mejor situación de salud la muestran las personas ocupadas, cuya *odds ratio* de no tener buena salud también bajó sustancialmente, sobre todo, entre 2006 y 2010. Dentro de las categorías de actividad, los más instruidos tienen también menores *odds* de no tener buena salud. En cuanto a los desocupados, tal y como se vio anteriormente en los análisis bivariados, en 2010 la salud autopercibida parece haber mejorado en relación con 2006, aunque esta tendencia se estancó entre 2010 y 2014, con la única excepción de los menos instruidos. En el caso de los inactivos, aunque el bajo número de individuos en esta categoría dificulta la comparación entre años, se observa como el único grupo que muestra una tendencia de mejora, aunque

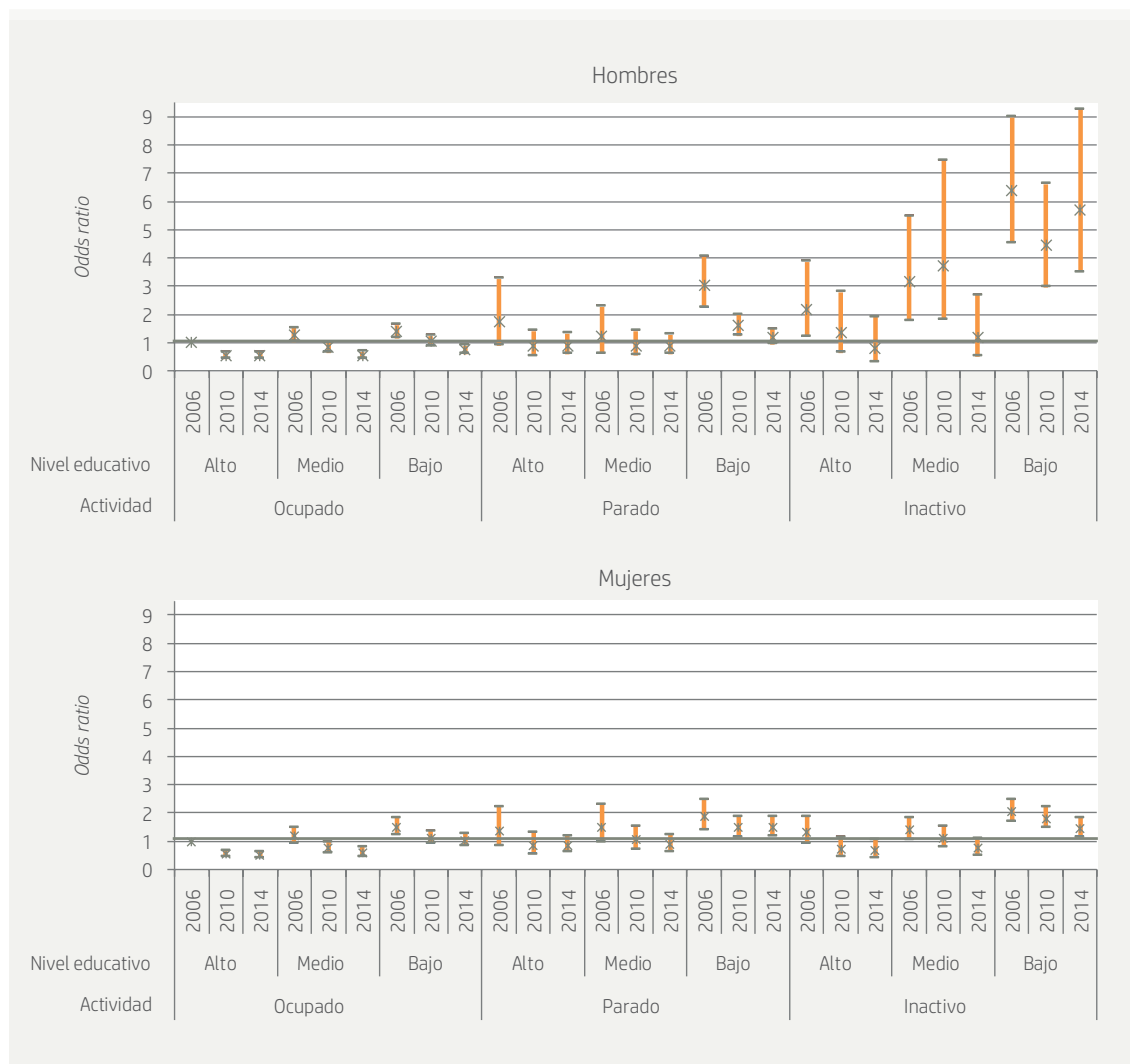


Figura 1. *Odds ratio* de la autopercepción de “no tener buena salud” en hombres y mujeres españoles de 30 a 59 años, según actividad y nivel educativo, controlado por edad, capacidad económica del hogar y la posición en el hogar (modelo 4). España, 2006, 2010 y 2014.

Fuente: Elaboración propia con base en la muestra española de la European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), años 2006, 2010 y 2014.

no significativa, es el de nivel educativo alto. En el otro extremo vemos como los inactivos con nivel educativo bajo parecen mantener la *odds* de no tener buena salud durante todo el periodo de estudio. En cuanto a las mujeres, a pesar de que hay menos variación entre las desocupadas e inactivas, aquellas con un nivel educativo menor muestran tener una *odds* de no tener buena salud más elevada que las de nivel educativo alto en cada una de las categorías de la relación con la actividad, donde las diferencias se han mantenido estables en el tiempo.

DISCUSIÓN

En el presente trabajo nos planteamos el reto de identificar los posibles efectos que la actual crisis económica, una de las más agudas de los últimos tiempos, haya podido tener sobre el estado de salud general de la población adulta española en edad laboral (30-59 años). Con base en este propósito hemos analizado la asociación entre la salud autopercebida y las características socioeconómicas de la población antes del inicio de la crisis económica, en el año 2006, y durante

la crisis en dos momentos, 2010 y 2014, de manera independiente entre hombres y mujeres. Aunque estudios previos han demostrado que aquellas personas con un perfil socioeconómico definido por un alto nivel educativo y ocupación estable suelen tener mejores niveles de salud respecto del resto, la hipótesis que planteamos aquí es que estas diferencias aumentaron como consecuencia de la crisis ya que los primeros no se han visto afectados por esta, mientras que los efectos negativos se han cebado en los individuos con un perfil asociado a una mayor vulnerabilidad. Además, y con la idea de tener en cuenta el hecho de que el nivel económico de los individuos no solo se define por sus características individuales sino que se establece de manera conjunta en el hogar, hemos introducido en nuestros modelos variables como la posición en el hogar y la capacidad económica subjetiva para llegar a fin de mes. La bibliografía al respecto no deja lugar a dudas de que convivir en pareja implica una mayor disponibilidad de recursos, tanto tangibles (económicos, etc.) como intangibles (mayor red social, etc.), así como la optimización de su uso, lo cual permite una mayor capacidad para poder superar posibles situaciones adversas derivadas del contexto económico si las comparamos, bajo las mismas circunstancias generales, con aquellas personas que viven en estructuras familiares menos frecuentes como sería el caso de las monoparentales, ejemplo paradigmático del tipo de familia expuesto a peores condiciones⁽³⁰⁾.

Los resultados descriptivos muestran cómo el perfil socioeconómico de la población adulta española ha cambiado claramente entre 2006 y 2010, pero no tanto entre 2010 y 2014. Aunque en el período estudiado, tanto para hombres como para mujeres, el perfil educativo muestra un incremento de los porcentajes de las dos categorías con mayor nivel (secundario y universitario), el perfil de actividad presenta un innegable empeoramiento. En el caso de los hombres, estos cambios se localizan claramente en el aumento del porcentaje de entrevistados que declaran estar desocupados mientras que,

entre las mujeres, una parte de las inactivas han pasado a ser activas, aunque este trasvase de la inactividad a la actividad ha dado lugar a un mayor incremento del peso relativo de las desocupadas.

Los resultados de los modelos multivariantes confirman la dificultad para aislar los efectos de la crisis sobre la salud. De hecho, en el corto plazo nuestros resultados corroboran lo encontrado en trabajos anteriores sobre la falta de influencia de la situación económica adversa sobre la salud poblacional en España⁽⁶⁾. Sin embargo, lo que parece claro es que aunque la salud de los españoles adultos no ha empeorado, parece que se ha reducido o incluso abandonado la tendencia de mejora cuando se analiza el período más avanzado de la crisis (entre 2010 y 2014). Este hecho parece deberse a dos factores. El primero, es el aumento del peso relativo de la población con un perfil más desfavorable en cuanto a su asociación con la salud. Tal y como se ha comentado (Tabla 1), el perfil socioeconómico de la población española muestra un deterioro que ha provocado que el número de desocupados de ambos sexos sea superior. La percepción sobre la capacidad económica también muestra cómo el peso relativo de aquellos que declaran tener dificultades para llegar a fin de mes aumentó respecto de 2006. Pero además, observamos que aquellos perfiles que *a priori* se consideraban fuera de peligro pasaron a ser más sensibles al contexto económico. El deterioro del perfil socioeconómico en los últimos años conllevó un incremento del peso relativo de la subpoblación con mayor vulnerabilidad, como sería el caso de los desocupados. El perfil de los hombres desocupados en particular pasó de ser muy selectivo y concreto en términos de salud o desestructuración familiar⁽²²⁾ a ser mucho más diverso y abarcar, por ejemplo, diversos niveles educativos, lo cual nos lleva a un escenario diferente respecto a los precedentes. Por ejemplo, existe la certeza de que los individuos con nivel educativo alto no son más sanos únicamente por el hecho de tener un nivel socioeconómico más alto sino, además, por poseer un mayor conocimiento sobre cómo llevar estilos de

vida más saludables (por ejemplo, en cuanto a la dieta, actividad física, etc.), motivo por el cual quizás las mujeres que cuentan solo con el nivel educativo obligatorio casi no experimentaron mejora en su salud durante este periodo. Aun así, la larga duración de la crisis empieza a tener su efecto: tanto en las personas que trabajan como en las desocupadas apenas hubo mejoras en la salud entre 2010 y 2014. Sin embargo, los niveles educativos medios o altos han servido para mitigar los efectos adversos de la crisis sobre la salud. Por tanto, estamos ante una mayor permeabilidad en las barreras entre los diferentes niveles de vulnerabilidad según los perfiles 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.

Otro factor clave para entender la salud de la población adulta española es la capacidad subjetiva de los hogares para llegar a fin de mes. En este sentido, el nivel económico general muestra una clara asociación con la salud de los individuos, de manera más clara entre las mujeres. En trabajos anteriores, las mujeres ya habían mostrado una mayor sensibilidad a las características y situación del hogar, mientras que la salud de los hombres se mostró más sensible a sus características individuales^(30,38). Esta idea se ve corroborada por la posición en el hogar, variable asociada mucho más a la variabilidad en la salud de las mujeres que a la de los hombres, aunque para estos también resulta ser significativa. De nuevo, el hecho de convivir en pareja y con hijos muestra ser la situación con una menor probabilidad de estar asociada con un estado de salud malo o regular.

Resumiendo, la complejidad para identificar actualmente cuál puede ser el efecto de la crisis económica sobre la salud de la población es alta. Este periodo de recesión no solo ha modificado el estatus socioeconómico de una gran parte de la población española, sino que además ha redibujado las fronteras entre las subpoblaciones vulnerables y no vulnerables. De este modo, el conocimiento que teníamos anteriormente sobre el vínculo entre los diferentes determinantes sociales y la salud durante un periodo de crisis puede no ser del todo válido o, como mínimo, debería ser revisado. Esta revisión debería tener en cuenta no solo que las transformaciones en los perfiles sociodemográficos antes y durante la crisis no han sido los mismos para hombres y mujeres, sobre todo en relación con la actividad (menos hombres activos pero, al mismo tiempo, menos mujeres inactivas) sino también los posibles efectos derivados de la duración de la crisis. Finalmente, es importante considerar que la salud en ambos sexos puede tanto mostrar niveles de asociación similares con ciertos factores socioeconómicos (por ejemplo, el nivel educativo como fue el caso en nuestro estudio) como diferencias con otros (por ejemplo, la salud de la mujer es ligeramente más sensible al nivel de los ingresos del hogar mientras que la salud de los hombres a su propio estado de empleo, sobre todo cuando tienen estudios secundarios o menos). Esta combinación de características socioeconómicas desde una perspectiva temporal es lo que futuros estudios en esta línea de investigación deberían considerar.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación pudo ser realizada gracias a los programas I+D+i del Ministerio de Economía y Competitividad de España: al Subprograma Ramón y Cajal (RYC-2013-14851) asignado a Jeroen Spijker y al Programa Juan de la Cierva (FJC-2015-

25066) asignado a Jordi Gumà. Además, este trabajo se ha realizado en el marco del proyecto: "Anàlisi demogràfica de les desigualtats socioeconòmiques de la salut a Catalunya en el context de la darrera crisi econòmica: gènere, generació i territori", financiado por RecerCaixa (2015 ACUP 00108) y dirigido por el doctor Jeroen Spijker.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

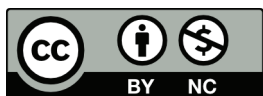
1. Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach JP, McKee M. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 2013;381(9874):1323-1331.
2. Thomson S, Figueras J, Evetovits T, Jowett M, Mladovsky P, Maresso A, Cylus J, Karanikolos M, Kluge H. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 [citado 10 oct 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/krvrjsn>.
3. Velenyi EV, Smits MF. Cyclical Patterns in Government Health Expenditures between 1995 and 2010: Are Countries Graduating from the Procyclical Trap or Falling Back? Washington DC: The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank; 2014.
4. Cylus J, Mladovsky P, McKee M. Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries. *Health Services Research*. 2012;47(6):2204-2224.
5. Kondilis E, Giannakopoulos S, Gavana M, Ierodiakonou I, Waitzkin H, Benos A. Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American Journal of Public Health*. 2013;103(6):973-979.
6. Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud Colectiva*. 2014;10(1):81-91.
7. Tapia Granados JA. Salud, economía y libertad: 40 años de crecimiento económico, transición política y condiciones de salud en España. *Medicina Clínica*. 2007;128(12):463-467.
8. Tapia Granados JA. Recessions and mortality in Spain, 1980-1997. *European Journal of Population*. 2005;21(4):393-422.
9. Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Economics & Human Biology*. 2006;4(3):298-316.
10. Ruhm CJ. A healthy economy can break your heart. *Demography*. 2007;44(4):829-848.
11. Ruhm CJ. Good times make you sick. *Journal of Health Economics*. 2003;22(4):637-658.
12. Spijker J, Van Wissen L. Socioeconomic determinants of male mortality in Europe: the absolute and relative income hypotheses revisited. *Genus*. 2010;LXVI(1):37-61.
13. Svensson M. Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality? *Social Science & Medicine*. 2007;65(4):833-841.
14. Spijker J. Socioeconomic determinants of mortality differentials in Europe. [PhD Thesis]. Groningen: University of Groningen; 2004.
15. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J, Kokko K, Pulkkinen L. Mental health and hostility as predictors of temporary employment: evidence from two prospective studies. *Social Science & Medicine*. 2005;61(10):2084-2095.
16. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M, Stuckler D. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *British Medical Journal*. 2012;345:e5142.
17. Cortès-Franch I, López-Valcárcel BG. Crisis económico-financiera y salud en España: Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(Supl 1):1-6.
18. Instituto Nacional de Estadística. Tasas de paro por sexo y grupo de edad [Internet]. 2016 [citado 10 oct 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/lp7nvlf>.
19. López I, Rodríguez E. Fin de ciclo: Financiación, territorio y sociedad de propietarios en la onda larga del capitalismo hispano (1959-2010). Madrid: Traficantes de Sueños; 2010.
20. Jaumotte F. The Spanish labor market in a cross-country perspective (WP/11/11). Washington DC: International Monetary Fund; 2011.
21. Malgesini G. Informe Anual sobre la Vulnerabilidad Social 2008-9. Madrid: Departamento de Estudios e Innovación Social, Cruz Roja Española; 2010.
22. Malgesini G. Informe Anual sobre la Vulnerabilidad Social 2011-12. Madrid: Departamento de Estudios e Innovación Social, Cruz Roja Española; 2013.
23. Durán Heras MA, Bonke J, Garrido A, Maruani M, Perista H, Vaiou D. The future of work in Europe (gendered patterns of time distribution). Bruselas: Directorate General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, European Commission; 1998.
24. Goldscheider FK. Men, children and the future of the family in the third millennium. *Futures*. 2000;32(6):525-538.

25. León M, Migliavacca M. Italy and Spain: Still the case of familistic welfare models? *Population Review*. 2013;52(1):10.1353/prv.2013.0001.
26. Esping-Andersen G. *Social foundations of postindustrial economies*. New York: Oxford University Press; 1999.
27. Eurostat. *European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) methodology* [Internet]. 2015 [citado 10 oct 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/ldr9bka>.
28. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*. 1997;38(1):21-37.
29. OECD. *Pensions at a Glance 2015*. Paris: OECD Publishing; 2015.
30. Gumà J, Treviño R, Cámara AD. Posición en el hogar y género: Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España. *Revista Internacional de Sociología*. 2015;73(1):003.
31. Hughes ME, Waite LJ. Health in household context: Living arrangements and health in late middle age. *Journal of Health and Social Behavior*. 2002;43(1):1.
32. Pincus T, Callahan LF. Associations of low formal education level and poor health status: behavioral, in addition to demographic and medical, explanations? *Journal of Clinical Epidemiology*. 1994;47(4):355-361.
33. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American Journal of Public Health*. 1992;82(6):816-820.
34. Davey Smith G, Blane D, Bartley MEL. Explanations for socio-economic differentials in mortality. *The European Journal of Public Health*. 1994;4(2):131-144.
35. Ross CE, Wu CL. The links between education and health. *American Sociological Review*. 1995;60(5):719-745.
36. Stronks K, van de Mheen H, van den Bos J, Mackenbach J. The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology*. 1997;26(3):592-600.
37. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de población activa* [Internet]. 2016 [citado 10 oct 2016]. Disponible en: <http://tinyurl.com/kv353w8>.
38. Martikainen P, Martelin T, Nihtilä E, Majamaa K, Koskinen S. Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: analyses of changes in marital-status distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death. *Population Studies*. 2005;59(1):99-115.

FORMA DE CITAR

Spijker J, Gumà J. 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*. 2018;14(4):655-670. doi: 10.18294/sc.2018.1297

Recibido: 11 de febrero de 2017 | Versión final: 23 de junio de 2017 | Aprobado: 27 de julio de 2017



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

CIC COMISIÓN DE
INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación

Buenos Aires
Provincia

Este artículo fue traducido al inglés por Vanessa Di Cecco con fondos del Subsidio para Publicaciones de Divulgación Científica (Acta N° 1459/17) de la Comisión de Investigaciones Científicas de la provincia de Buenos Aires.

<http://dx.doi.org/10.18294/sc.2018.1297>