

# ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE LAS DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS DE SALUD EN CATALUÑA EN EL CONTEXTO DE LA ÚLTIMA CRISIS ECONÓMICA<sup>1</sup>

SPIJKER, Jeroen  
Centre d'Estudis Demogràfics  
[jspijker@ced.uab.es](mailto:jspijker@ced.uab.es)

ZUERAS CASTILLO, Pilar  
Centre d'Estudis Demogràfics  
[pzueras@ced.uab.es](mailto:pzueras@ced.uab.es)

## Resumen

Este artículo analiza las desigualdades en salud en función del perfil socioeconómico de la población catalana mayor de 50 años, con especial atención al impacto de la crisis. Mediante el análisis de los datos de la Encuesta de salud de Cataluña (ESCA) para los periodos 2006 (auge económico), 2010-12 (principio crisis) y 2013-15 (final crisis) se abordan tres objetivos: estudiar los efectos de la crisis económica en la relación entre factores sociodemográficos y diferentes indicadores salud, explorando si esta relación ha sido constante entre diferentes grupos de edad y sexos. Los resultados demuestran que la salud de hombres y mujeres presentan niveles de asociación similares en ciertos factores (por ejemplo, el nivel educativo) así como diferenciados en otros (por ejemplo, la salud de la mujer es ligeramente más sensible al nivel de los ingresos del hogar mientras los hombres a su propio estado de empleo).

Palabra clave: salud, crisis económica, desigualdades socioeconómicas, personas mayores, Cataluña

Las consecuencias a corto y medio plazo de la crisis económica que experimenta Cataluña desde 2008 han provocado una preocupación por la salud de la población. No obstante, a pesar de los numerosos estudios científicos que se han realizado a nivel internacional desde hace más de un siglo sobre los efectos de los ciclos económicos en la salud, la relación entre un contexto económico adverso y la salud todavía está por determinar (Karanikolos et al., 2013). Este desconocimiento se debe, básicamente, al hecho de que el impacto de una crisis económica sobre la salud de la población depende de factores definitorios del propio periodo recesivo como intensidad, duración, población más afectada, políticas económicas y sociales (pre-existentes y las reformas de austeridad para enfrentarse a la crisis económica), que definen la naturaleza de su evolución, los valores socioculturales dominantes, el nivel de bienestar formal e informal, así como los cambios demográficos en el mercado laboral (Thomson et al., 2014).

En respuesta al contexto económico, las administraciones públicas redujeron sus presupuestos en partidas destinadas a la salud pública, sobre todo en los países más afectados por la crisis económica, como Grecia, Italia, Portugal y también España (Velenyi & Smitz, 2014). Todo ello a pesar de que los sistemas de salud, en general, necesitan más recursos en un periodo de crisis económica (Cylus et al., 2012), aunque existen evidencias que subrayan la importancia

---

<sup>1</sup> Para ser presentado en el XVI Congreso de la población en España, Alicante, 12-14 de septiembre 2018. 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 (Ref.: RecerCaixa 2015 ACUP 00108) y dirigido por J. Spijker.

del gasto público anticíclico, especialmente en los sectores sociales (Velenyi & Smitz, 2014), como consecuencia de un aumento en la necesidad de servicios para grupos de población más vulnerables como los desempleados, los inmigrantes y, en general, todos aquellos sin recursos económicos fijos y/o regulares (Kondilis et al., 2013). De esta manera, si en una crisis económica se compromete la salud pública, eso puede afectar a la salud de los individuos que precisan asistencia médica por no poder recibir las mismas prestaciones que antes de la recesión.

Sin embargo, todavía no se ha podido establecer una relación clara entre crisis económica y salud de la población. A menudo se obtienen resultados contra intuitivos ya que dicha relación depende fuertemente del contexto institucional y de la vertebración de la sociedad civil (Dávila Quintana & González López-Valcárcel, 2009). 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, donde incluso la mortalidad disminuyó cuando la economía se ralentizó y aumentó en la posterior recuperación (Gerdtham & Ruhm, 2006; Karanikolos et al., 2013; Ruhm, 2000, 2007; Tapia Granados, 2014). Posibles explicaciones sugieren que la crisis económica mejoraría ciertos comportamientos relacionados con la salud como el aumento de horas de sueño o de tiempo libre, que puede ser destinado a actividades de naturaleza saludable (por ejemplo el ejercicio físico), o la reducción del consumo de alimentos menos saludables o de alcohol (debido a la reducción del presupuesto) o la reducción en la exposición a accidentes laborales y de tráfico (debido a la menor actividad económica) (Dávila Quintana & González López-Valcárcel, 2009; Karanikolos et al., 2013).

Por el contrario, otros estudios 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 a ciertos tipos de comportamientos, enfermedades o discapacidades. Por ejemplo, el desempleo se ha relacionado con diversos problemas de salud como el deterioro de la salud mental (Virtanen et al., 2005; también la temporalidad en vez de un contrato indefinido), también con el incremento del consumo de alcohol y de drogas, así como con la mayor incidencia de contagios del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Kondilis et al., 2013), condiciones que pueden repercutir en el aumento de muertes por suicidio (Barr et al., 2012). En el caso de España se ha evidenciado un empeoramiento en la salud en algunas subpoblaciones con perfiles sociales más desaventajados en el actual periodo de crisis económica. En particular, la crisis ha incrementado las desigualdades en el ámbito de la salud mental, se han detectado 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 (Cortès-Franch & González López-Valcárcel, 2014).

La clave de los efectos de una crisis económica sobre la salud parece estar en la reducción de renta de las familias y el empobrecimiento repentino que, ya en el corto plazo, cuando rebasa cierto umbral crítico, empieza a afectar a la salud. Por ejemplo, y en combinación con un bajo nivel educativo, una de las consecuencias inmediatas del empobrecimiento es un deterioro en la calidad de la dieta que, a su vez, aumenta el riesgo de obesidad (Dávila Quintana & González López-Valcárcel, 2009).

En cuanto a estudios sobre la relación entre el impacto de la crisis económica y la salud en España, según el informe SEESPAS estudios anteriores mostraron que los colectivos más vulnerables a los efectos de la crisis son la infancia, las personas desempleadas, las que tienen bajos ingresos, los inmigrantes y las personas mayores, porque suelen acumular situaciones de desventaja (Cortès-Franch & González López-Valcárcel, 2014). Por otro lado, los niveles educativos medios o altos han contribuido a 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 por este contexto.

Finalmente, valga mencionar que los resultados muestran ser dependientes de los indicadores utilizados para medir cambios económicos (Svensson, 2007) o diferencias socioeconómicas (Lundberg, 2008); también la metodología aplicada, por ejemplo la omisión de otras variables potencialmente explicativas (mejoras en la nutrición) o la correlación con características no observables (Ruhm, 2000).

En este trabajo pretendemos estudiar la evolución de la salud de la población madura y mayor durante un periodo de expansión y crisis económicas. Específicamente, investigamos si la crisis ha tenido un efecto en la relación entre factores socioeconómicos y demográficos y la salud de la población de 50 o más años y si esta relación ha sido diferente entre grupos de edad y entre sexos. A continuación especificamos los objetivos e hipótesis, seguido de los datos y método empleados. Tras los resultados concluimos con una discusión.

## 1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La investigación se aborda mediante tres objetivos específicos:

- 1) Estudiar los efectos de la crisis económica en la relación entre factores socioeconómicos y diferentes indicadores salud, controlando por factores demográficos.
- 2) Explorar si la relación entre nivel socioeconómico y salud ha sido constante en diferentes grupos de edad o si, al contrario, unos grupos se han visto más afectados por la crisis que otros.
- 3) Averiguar si la relación de los factores socioeconómicos y la salud ha tenido un efecto diferenciado para hombres y para mujeres, como consecuencia de sus desiguales perfiles socioeconómicos y de salud.

A continuación se detallan las hipótesis que subyacen a estos objetivos.

*H1: El efecto de la crisis económica sobre la salud ha sido más acusada entre las clases socioeconómicas más bajas que entre las más altas.* El motivo de esta hipótesis es que las clases socioeconómicas más favorecidas cuentan con una serie de recursos tangibles (económicos, materiales, etc.) como intangibles (redes sociales, conocimiento del medio, acceso a la información, etc.) que les permite minimizar los efectos de las situaciones macroeconómicas desfavorables. Así, el estado de salud de la población con un nivel socioeconómico más bajo es más vulnerable en tiempos de crisis debido a la conjunción de diversas condiciones. Por un lado, en el contexto de recortes del gasto público en materia sociosanitaria, la menor disponibilidad de recursos económicos de las clases más bajas puede ir en detrimento de su salud. Por otro lado, para la población en edad laboral (50-64) un nivel educativo más alto proporciona una mayor estabilidad en el mercado laboral con menor riesgo de desempleo y mayor probabilidad de reinserción, especialmente en periodos de recesión económica (Garrido y Chuliá, 2005). Finalmente, los mayores de 65 años, ya fuera de las edades laborales, pueden haber quedado en ocasiones como únicos sustentadores económicos del hogar, o han tenido que prestar apoyo a familiares en situación de necesidad a causa de la crisis. Entre ellos también son más vulnerables a un empeoramiento de la salud aquellos con perfiles socioeconómicos bajos, con pensiones de menor importe y menor capacidad de ahorro, que pueden haber sufrido una reducción de sus ingresos disponibles quedando en peor situación que la población de mayor nivel socioeconómico.

*H2. El nivel socioeconómico no tiene un efecto igual sobre la salud en todas las edades que actualmente componen el grupo de población adulta mayor de 50 años de edad.* El rápido

desarrollo social y económico, así como las mejoras en salud pública en España durante el siglo pasado configuraron un conjunto específico de factores distintivos para cada generación que han jugado un papel en la determinación de su salud (Spijker et al., 2012). Así, teniendo en cuenta la rapidez de estos cambios sociales (aumento de la esperanza de vida como consecuencia de las mejoras en las condiciones de vida, expansión educativa con mayor intensidad entre las mujeres, cambios en el modelo económico hacia un predominio del sector terciario, etc.), parece plausible que la relación entre nivel socioeconómico y salud haya variado entre diferentes grupos de edad en la muestra nacidos antes de mediados de la década de los sesenta, que actualmente conforman la población de 50 años y más. A modo de ejemplo, los cambios ocurridos en educación han aumentado la heterogeneidad del perfil socioeconómico. Entre las generaciones más antiguas la proporción de población con estudios superiores es muy baja y concentrada en los hombres, mientras que a medida que observamos generaciones más jóvenes esta proporción aumenta, en gran parte, por la contribución de la población femenina. En realidad, con un periodo de 10 años de datos analizados, no es suficiente para poder hablar sobre cambios generacionales sino de grupos de edad. Por tanto, la relación entre nivel socioeconómico y salud mostraría *a priori* una mayor complejidad para los adultos maduros (50-64 años), donde la diversidad de perfiles en este sentido es mayor que para los adultos más mayores.

*H3. El desigual perfil socioeconómico de hombres y mujeres ha resultado en una asociación diferenciada por sexos entre este perfil y la salud, tanto a largo recorrido (adultos maduros frente a adultos más mayores) como en los efectos coyunturales (crisis económica).* Esta hipótesis está basada tanto en la diferente influencia que la crisis ha tenido sobre la actividad económica de hombres y mujeres como en el efecto diferencial de los factores socioeconómicos sobre la dimensión subjetiva de la salud de unos y otros. El peso de la mujer dentro del mercado laboral ha aumentado en las generaciones más recientes, concentrándose su incorporación en el sector terciario, que ha sido el menos castigado por los efectos de la crisis en comparación con el sector primario y secundario con una mayor presencia masculina. En un contexto de crisis económica, parece plausible pensar que aquellas mujeres que se han mantenido económicamente activas han contribuido a suavizar los efectos de la crisis sobre ellas mismas y sobre los miembros de su hogar, no solo a través de la acción a corto plazo sino también a través de la acumulación de recursos como resultado de una carrera profesional continuada. De manera complementaria, en los primeros años de la crisis se ha producido un incremento en el número de mujeres activas probablemente para intentar paliar los efectos de la desocupación masculina dentro del propio hogar (Permanyer & Treviño, 2013). Esto explica parcialmente el aumento observado en el desempleo femenino, fruto del cambio en la estructura de la población activa (Domingo & Vidal, 2012). En cuanto a la relación entre los factores socioeconómicos y la salud, el hecho de trabajar o de haber alcanzado un nivel educativo alto está asociado a una mejor salud. No obstante, la importancia que estos factores tienen dentro del conjunto de los determinantes sociales de salud es diferente en hombres y mujeres. En el caso de la salud subjetiva, trabajos anteriores han apuntado que los hombres son más sensibles a los factores socioeconómicos, mientras que para las mujeres son más determinantes los factores familiares (Gumà et al., 2015). Esta diferencia se basa en el desigual balance entre trabajo remunerado y no remunerado que presentan hombres y mujeres, que continua comportando una mayor carga sobre las mujeres; y la diferente importancia que estos factores tienen en la creación de las identidades masculinas y femeninas, motivo por el cual se les otorga un peso diferente sobre la percepción individual.

## 2. DATOS Y MÉTODOS

Utilizamos los datos de siete ediciones la *Enquesta de Salut de Catalunya* (ESCA): 2006 y las ediciones anuales desde 2010 hasta 2015. La fuente permite analizar las diferencias en salud en función del género, la clase social, la actividad económica y el lugar de nacimiento, entre otros ítems. Se trata de una encuesta transversal en la que se entrevista una muestra de individuos residentes en hogares privados, sin seguimiento entre una y otra edición.

### 2.1. Variables dependientes

Utilizamos seis indicadores diferentes para medir la salud de los individuos (Tabla 1):

i) *La salud autopercebida*, a partir de la pregunta “¿Cómo es su salud en general?”. Es un indicador sensible a las diferencias de salud entre poblaciones relativamente homogéneas en cuanto a su salud objetiva (Idler & Benyamini, 1997). Para los análisis agregamos las categorías salud ‘regular’ o ‘muy mala’ en “no tiene buena salud” y salud ‘buena’, ‘muy buena’ o ‘excelente’ en “buena salud”.

ii) *Discapacidad*, precisamente, si el respondiente tiene alguna limitación o discapacidad que afecta de manera permanente para hacer sus actividades cotidianas.

iii) *Comorbilidad crónica*, específicamente “tener cuatro o más enfermedades crónicas”.

iv) *La salud mental*. Basado en el indicador GHQ-12 (Goldberg 1979) se considera que personas tienen riesgo de mala salud mental cuando obtienen una puntuación de 3 o más sobre un máximo de 12, basado en 12 preguntas en la encuesta que valoraba el estado mental durante los últimos 30 días.

v) *Medicamentos*. Para medir la toma de medicamentos se han utilizado los resultados de la pregunta “¿se ha tomado algún medicamento?” durante los últimos dos días.

vi) *Sedentarismo*. Para determinar el nivel de actividad de las personas se han sumado los resultados de dos variables reconstruidas por la ESCA: La actividad física habitual (basada principalmente en la pregunta sobre la actividad física que el entrevistado desarrolla habitualmente) y la actividad física en tiempos de ocio (basada principalmente en la pregunta sobre si el entrevistado ha caminado como mínimo 10 minutos seguidos durante los últimos 7 días). Hemos considerado que las personas vivían una vida sedentaria cuando la ESCA había codificado como mínimo una de las dos variables como “sedentario”.

### 2.2. Variables explicativas / independientes

Las variables que utilizamos para testar la relación entre los factores socioeconómicos (SES) y los diferentes indicadores de salud, así como las variables demográficas de control, se han medido a nivel individual y de hogar (Tabla 1). Pensamos que el hecho de contar con un trabajo remunerado, tener un nivel educativo más alto o vivir en un hogar con ingresos más altos generalmente reduce las posibilidades de mala salud, cuando se compara con aquellos que tienen características socioeconómicas menos favorables. Aunque somos conscientes de la multitud de categorías disponibles en la ESCA hemos dicotomizado todas las variables, excepto a la relación con la actividad, para mantener una cierta robustez en los resultados, obtenidos sobre dos grupos de edad y sexo:

i) *Relación con la actividad*. Aparte de los trabajadores distinguimos a los parados y a los inactivos. Los parados son susceptibles de volver a entrar en el mercado laboral y, además, reciben una compensación por un período de tiempo concreto. Eso no es siempre el caso entre los inactivos, ya que esta categoría incluye, además de los jubilados e incapacitados, también aquellos que se dedican a actividades no remuneradas (p.ej. tareas del hogar o voluntariado). Como consecuencia, su bienestar económico depende más de otros miembros del hogar.

ii) *Nivel de instrucción*. Ya que más de la mitad de la muestra incluye personas mayores de 65 años que no experimentaron la expansión educativa, distinguimos entre primaria o menos y

primer ciclo de secundaria o más. El nivel educativo está asociado con la adquisición de conocimiento sobre actitudes y comportamientos saludables, así como con la habilidad de optimizar el uso de los servicios de salud (Pincus & Callahan, 1994; Winkleby et al., 1992). 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 (Davey Smith et al., 1994). Además, tener un nivel alto de educación puede jugar un papel protector para el bienestar (físico, psicológico) durante una crisis personal como es entrar en el paro (Ross & Wu, 1995).

*iii) Clase social.* Su relación positiva con la salud está sólidamente establecida (Marmot & Wilkinson, 1999). La clase social se obtiene a partir de la información sobre la ocupación de la persona de referencia del hogar. Esta persona no siempre coincide con la persona adulta seleccionada para las preguntas sobre la salud. Así, en hogares multipersonales, las mujeres y los ancianos están sub-representados como personas de referencia. La clase social se determina a partir de seis categorías socio-profesionales que, para el análisis, se han agrupado en dos grandes categorías: clase social más alta (I-II-III) y clase social más baja (IVa-IVb-V).

*iv) Ingresos del hogar.* De manera similar, los ingresos del hogar están incluidos porque pueden aliviar los efectos del paro o la inactividad (Stronks et al., 1997) en el caso de convivir con alguien que trabaja o de recibir rentas no procedentes del empleo.

*v) Cobertura sanitaria.* Distinguimos entre la población que solamente tiene cobertura pública y aquellos que tienen cobertura sanitaria pública y privada (de aquí en adelante doble cobertura)<sup>2</sup>. La inclusión de esta variable está motivada porque los patrones de utilización de servicios sanitarios en España son muy diferentes entre uno y otro colectivo (Rodríguez & Stoyanova, 2004) y, por lo tanto, podría tener repercusiones en la salud. A pesar de que el sistema sanitario público cubre muchos servicios, hay otros como la atención odontológica, la óptica, la atención psicológica y cirugía electiva que quedan excluidas de la cobertura pública así como una atención más personalizada para servicios de bajo costo. Sin embargo, dado que disponer de doble cobertura sanitaria también está relacionado con la clase social, los ingresos y la relación con la actividad (Borrell et al., 2001)<sup>3</sup>, sería interesante averiguar si mantiene un efecto beneficioso sobre la salud después de haber controlado por las otras variables SES.

La relación entre factores SES y la salud se controla por otras variables demográficas: edad, lugar de nacimiento, convivencia en pareja y tamaño del hogar. La razón de incluir la variable lugar de nacimiento se debe al hecho que 37,0% de la población mayor de 50 años nació en otra CCAA distinta de Cataluña. Puesto que sólo un 4,8% de la muestra es extranjero (y con gran variedad en el país de origen), analizamos sólo las diferencias entre los nacidos en y fuera de Cataluña. Igual conocida es la asociación positiva de la convivencia en pareja sobre la salud (Koball et al., 2010; Lillard & Panis, 1996) debido a un conjunto de beneficios como un cierto control social sobre comportamiento relacionado con la salud, una red social más amplia que puede reducir el impacto de acontecimientos negativos, como perder el trabajo, y la optimización de recursos (económicos) comunes. También controlamos por tamaño del hogar para obtener estimaciones más fiables sobre el efecto de los ingresos del hogar.

Para acabar, cabe mencionar que eliminamos de la base de datos 296 casos (1,8% del total) por falta de información en una o más variables o, como en el caso de la cobertura sanitaria, por no tenerla. No obstante, se han mantenido los casos sin información en las variables de clase social e ingresos del hogar ya que su proporción es mayor (respectivamente el 3,0% y el 44,3% de la base de datos corregida) y por tanto su exclusión podría afectar a los resultados. Estos casos se han incluidos en los análisis como categoría 'missing' para la variable correspondiente sin mostrar sus resultados (pero están disponibles bajo petición a los autores).

---

<sup>2</sup> Según la ESCA sólo el 0,4% de los entrevistados no tenía cobertura sanitaria.

<sup>3</sup> Seguros privados que se contractan por parte de la empresa o los funcionarios que disfrutan del privilegio de poder elegir a su proveedor de atención médica entre la sanidad pública y determinados seguros privados.

Tabla 1 Descripción de las variables dependientes e independientes incluidas en los análisis. Edad 50-64 y 65+. Cataluña.

Variables dependientes	Categoría(s)/Definición <sup>1</sup>	2006				2010-12				2013-15				Total
		50-64		65+		50-64		65+		50-64		65+		
		H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	
Salud autopercebida	% No tiene buena salud	29,8	42,0	46,4	62,1	24,5	34,7	40,7	56,4	20,9	29,0	39,9	45,9	<b>37,8</b>
Discapacidad	% Alguna limitación grave/disc	17,9	24,5	43,2	61,2	16,9	18,9	40,2	49,4	13,3	15,2	37,3	46,7	<b>31,0</b>
Enfermedades crónicas	% Acumular 4 o más	37,2	64,3	61,6	80,3	38,8	61,7	68,4	82,8	33,8	53,6	67,9	77,6	<b>60,8</b>
Salud mental <sup>2</sup>	% Riesgo de mala salud mental	8,8	17,7	9,0	20,0	11,7	18,9	8,5	16,7	6,5	13,7	7,6	12,1	<b>12,5</b>
Medicamentos	% Ha tomado algún medicamento <sup>3</sup>	65,0	81,0	87,2	95,1	70,1	80,3	90,9	96,1	66,4	76,6	92,6	94,0	<b>83,2</b>
Sedentarismo <sup>4</sup>	% Vida sedentaria	20,8	18,9	37,4	41,7	18,3	16,0	28,0	33,4	24,4	22,5	34,6	41,9	<b>27,4</b>
<b>Variables independientes</b>														
<i>A nivel individual</i>														
Relación con la actividad	% Trabajando	72,2	43,9	2,3	1,2	64,9	46,2	2,5	0,9	61,9	50,8	2,3	0,6	<b>29,4</b>
	% Parado	8,1	5,2	0,4	0,5	12,8	10,1	0,0	0,1	17,2	10,1	0,1	0,1	<b>6,1</b>
	% Inactivo	19,8	50,9	97,3	98,2	22,3	43,7	97,5	99,0	21,0	39,1	97,5	99,3	<b>64,5</b>
Nivel de instrucción	% Bajo ( $\leq$ primaria)	43,3	50,9	69,7	83,0	24,2	33,9	50,9	66,3	17,2	21,3	47,9	57,0	<b>42,8</b>
Cobertura sanitaria	% Pública y privada	29,7	23,5	18,3	18,6	28,1	26,8	21,4	19,2	25,6	26,8	21,5	19,4	<b>23,5</b>
Estado civil	% Vive en pareja	84,0	76,4	82,0	46,5	84,0	77,2	82,4	51,2	84,4	73,6	82,5	50,9	<b>72,1</b>
Lugar de nacimiento	% Cataluña	48,6	50,3	52,5	53,7	55,7	54,0	51,0	47,5	57,0	60,8	50,2	49,2	<b>52,9</b>
<i>A nivel del hogar</i>														
Clase social	% Bajo (IVa-IVb-V)	44,6	45,8	37,3	33,7	47,3	52,9	38,3	40,3	49,4	55,4	39,1	39,2	<b>55,1</b>
Ingresos mensuales	<1200 €	16,8	25,2	45,0	58,3	23,4	35,4	50,3	66,3	33,1	36,0	57,2	69,5	<b>44,3</b>
<b>Tamaño muestra</b>	<b>N</b>	1556	1579	1530	2002	1099	1066	1040	1039	1330	1280	1307	1260	<b>16593</b>

Fuente: ESCA. Nota: <sup>1</sup>Ver texto para una descripción más detallada de definición. <sup>2</sup>De 1005 personas no se podían calcular un valor de GHQ-12. <sup>3</sup>Durante los últimos 2 días.

<sup>4</sup>De 1021 personas no se podían averiguar si vivían una vida sedentaria.

### 2.3 Estrategia analítica

Las seis encuestas anuales realizadas entre 2010 y 2015 se han agrupado en dos periodos temporales: 2010-12 y 2013-15. Para ver si las relaciones establecidas siguen en vigor después de haber controlado por los demás factores explicativos de nuestro interés llevamos a cabo un análisis exhaustivo de regresión logística multivariable. De este análisis se presentan algunos de los resultados más significativos de los efectos marginales de las variables SES sobre los distintos indicadores de salud a lo largo del tiempo, representados a través de las probabilidades estimadas, calculadas con la función *margins* de Stata©, a partir de los modelos multivariados. Estos valores predichos para cada grupo de población en una categoría socioeconómica y un momento del tiempo proceden de sendos análisis de regresión logística multivariada donde, para cada grupo de población por edad y sexo, la probabilidad de manifestar el estado de salud analizado ha sido estimada para cada una de las variables socioeconómicas en interacción con el tiempo, siempre controlando por las variables demográficas, de origen, de convivencia y el resto de las variables SES anteriormente detalladas<sup>4</sup>. Debido a nuestro interés en captar los posibles efectos derivados de las desigualdades de edad y género, todos los análisis se realizan de manera independiente para los dos grupos de edad 50-64 y 65+ y para hombres y mujeres. El primer grupo etario permite captar la posible influencia de factores relacionados con la actividad laboral en las personas mayores de 50 años al final de su carrera laboral. La razón detrás de hacer modelos separados por cada sexo es para poder observar si existen diferencias tanto en la intensidad como en el sentido de las asociaciones entre los diferentes factores y la salud de hombres y mujeres en un contexto social donde las normas de género siguen siendo desfavorables para las mujeres. En otras palabras, en vez de comparar las probabilidades de, por ejemplo, la mala salud autopercebida, entre hombres y mujeres, nos interesa conocer si los factores asociados con esta mala salud son diferentes.

### 3. RESULTADOS

Para comprobar la primera hipótesis, analizamos el efecto combinado de cada una de las variables SES consideradas y el tiempo, controlando siempre por el resto de variables, para predecir el valor de cada uno de los indicadores de salud estudiados sobre la población de 50 y más años en función de su categoría social (Figura 1). Los gráficos muestran que, sin duda, entre las variables SES incorporadas en el análisis, la que mayor efecto mantiene sobre el estado de salud de la población mayor de 50 años es su relación con la actividad económica (estar o no trabajando), seguida de la variable educativa; mientras que la que pierde relevancia una vez se incorporan el resto de variables, es la clase social. Por otro lado, el indicador de salud más sensible al nivel socioeconómico es la salud autopercebida, seguida de la comorbilidad crónica y de la discapacidad, y el que menos el sedentarismo. Sin embargo, parecen más reactivos a la crisis los indicadores de riesgo de salud mental y de toma de medicamentos, que aumentan sensiblemente sobre todo en 2010-12.

En términos generales, la salud autopercebida ha mejorado durante el periodo entre todos los estratos sociales con una tendencia a reducirse la brecha entre niveles socioeconómicos, especialmente entre clases sociales y niveles de ingresos, para los que se observa una convergencia en 2013-15. La reducción de la desigualdad social es algo menor al considerar la doble cobertura y la educación, y no aparece al considerar la variable de la actividad, que presenta líneas paralelas. Resultados similares se observan en la relación de las variables SES con la discapacidad, sin diferencias significativas en cuanto a clase social. Sin embargo, el riesgo de tener mala salud mental aumentó en el periodo 2010-12, de manera más acusada

---

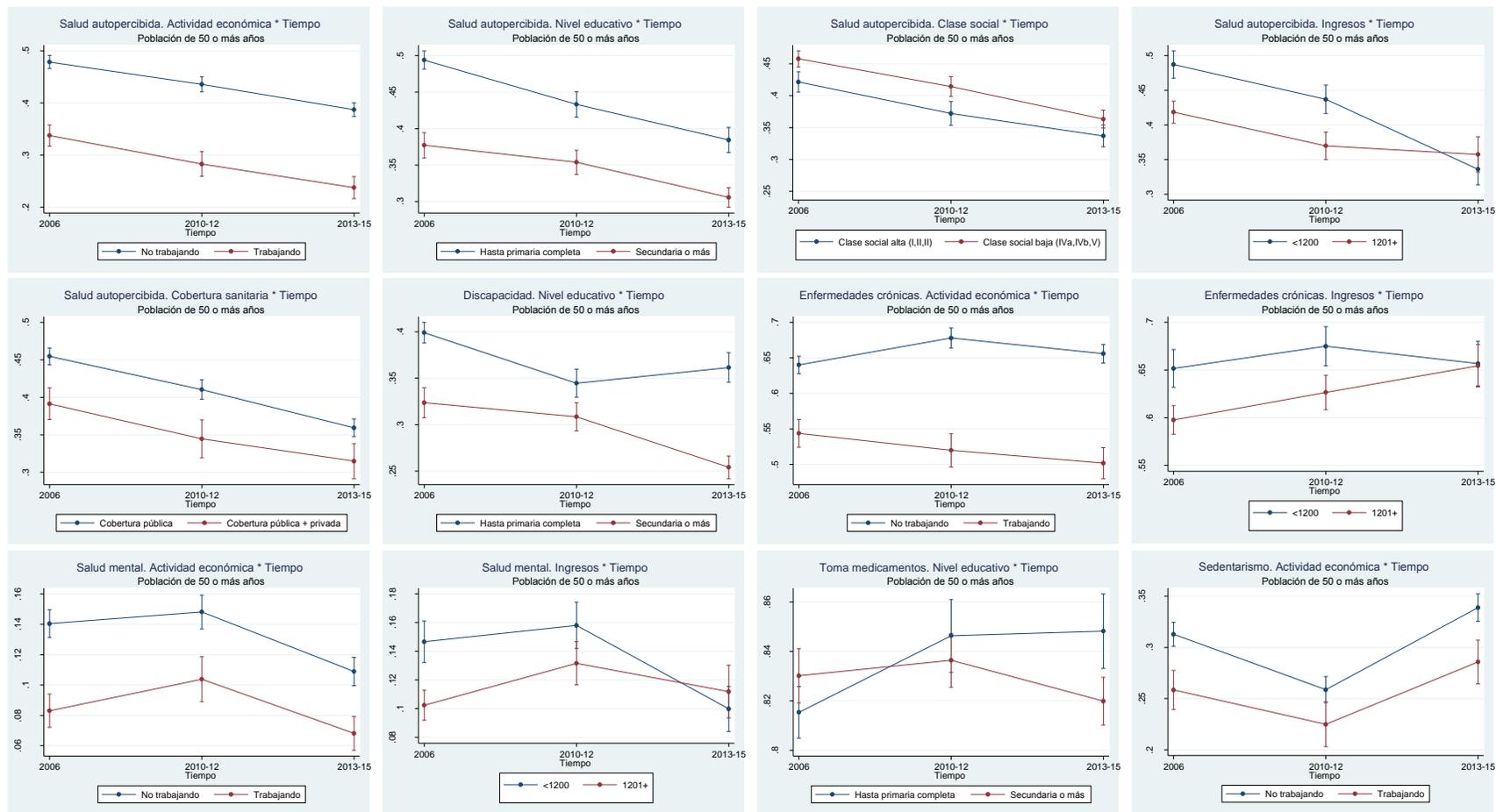
<sup>4</sup> Los resultados de los análisis de regresión y de los *predictive margins* de los 25 modelos estimados para cada uno de los indicadores de salud analizados están disponibles bajo solicitud a los autores.

entre los que estaban trabajando, los niveles educativos y de ingresos más altos; aunque posteriormente se ha producido una mejoría y disminución de la desigualdad, especialmente entre niveles de ingresos del hogar, que ha desaparecido. La toma de medicamentos ha aumentado entre la población que no trabaja y, en especial, entre la población de nivel educativo más bajo, ampliando la brecha de desigualdad entre capas sociales respecto a este indicador de salud. Una pauta similar se observa en la evolución de las enfermedades crónicas en relación con los niveles socioeconómicos: se ha ampliado ligeramente la brecha de desigualdad salvo en relación con el nivel de ingresos, que presenta convergencia. El sedentarismo ha seguido una evolución distinta, disminuyendo en el primer periodo de la crisis y aumentando sensiblemente en 2013-15 y presentando, además, una disminución de la desigualdad social, que reapareció en 2013-15 en relación a la actividad. En definitiva, no se puede confirmar la hipótesis ya que, salvo en excepciones, los indicadores de salud muestran una evolución similar entre los grupos socioeconómicos bajos y altos o cierta convergencia, ya sea debido a una mayor mejoría entre las capas bajas o a un empeoramiento o mejoría moderada entre las capas más altas.

La comprobación de la segunda y tercera hipótesis conlleva análisis equivalentes para cada uno de los grupos de edad (50-64 y 65+) y sexo. Efectivamente, el nivel socioeconómico tiene un mayor efecto en el estado de salud de la población en edades 50-64 que en las más mayores. Entre el grupo más joven, las mayores diferencias las establece la relación con la actividad económica y la educación. Además, entre las mujeres también el nivel de ingresos o la doble cobertura sanitaria establece diferencias significativas en la evolución de algunos indicadores de salud durante la crisis (salud autopercebida, toma de medicamentos y enfermedades crónicas). Entre la población más mayor son menores las diferencias SES en salud. Entre los hombres de 65 o más años mantenerse en el mercado laboral, a pesar de ser poco frecuente, sigue teniendo una asociación positiva con la salud y establece diferencias significativas con la población inactiva, salvo en la salud mental y el sedentarismo. También la educación establece desigualdad social en la salud autopercebida y la discapacidad entre los hombres mayores. En cuanto a las mujeres en el grupo de mayor edad, las variables SES que establecen algunas diferencias son la educación y, al igual que entre las mujeres más jóvenes, el nivel de ingresos del hogar y la doble cobertura sanitaria. Así, se observan ciertas diferencias de género en la relación entre las variables SES y la salud, siendo, en términos generales más importante la relación con la actividad en los hombres de todas las edades y el nivel de ingresos y la doble cobertura sanitaria. Mientras que el nivel educativo presenta un efecto transversal, estableciendo diferencias en salud entre grupos sociales en ambos sexos y edades en diferentes indicadores, salvo en la toma de medicamentos.

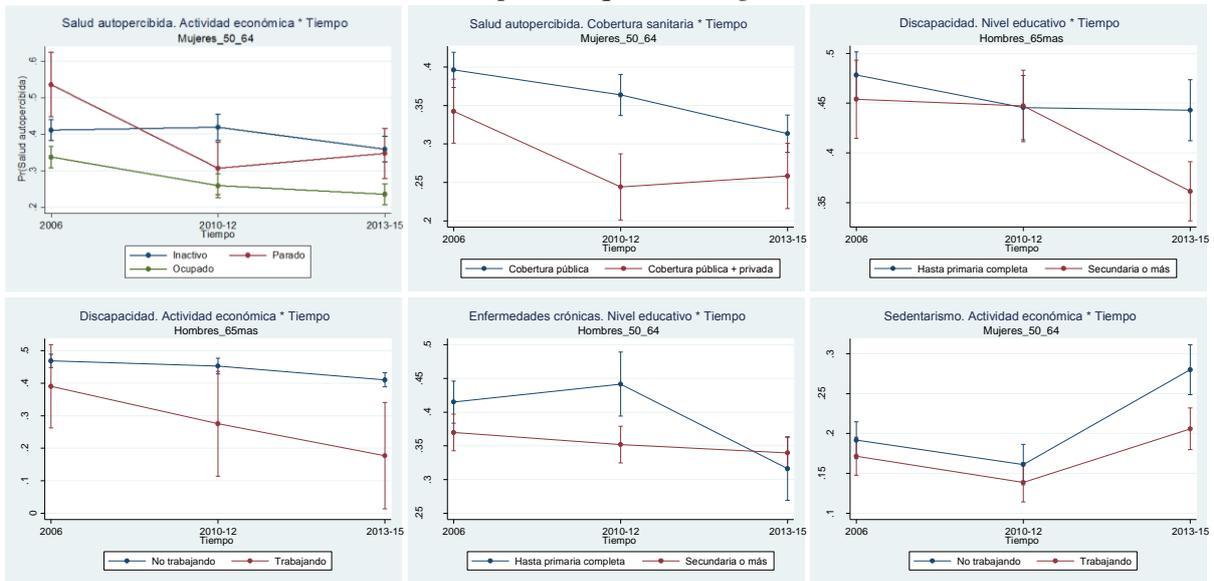
Respecto a la relación de los niveles socioeconómicos y los indicadores de salud en cada uno de los grupos de sexo y edad analizados, la diversidad de los resultados encontrados hace compleja su síntesis. En general, son pocos los resultados que van en la línea de la hipótesis general que establece que la crisis ha aumentado la desigualdad social en salud debido a su mayor impacto negativo sobre los grupos sociales más desfavorecidos (Figura 2a). De hecho, el aumento de la brecha social sólo se observa en contadas ocasiones. En particular, entre las mujeres de 50 a 64 años, que aparece el grupo más sensible a la crisis. Así, la desigualdad aumenta durante la crisis entre las que están trabajando y las que no lo están, tanto en la salud autopercebida, como en el sedentarismo, la discapacidad y las enfermedades crónicas. También aumenta la desigualdad en este grupo en función de la cobertura sanitaria en la salud autopercebida, y la brecha en las enfermedades crónicas en función del nivel educativo. Entre los hombres de 65 o más años aumenta la brecha social en la discapacidad en función de su relación con la actividad y de su nivel educativo. Y para los hombres más jóvenes sólo se observa un aumento de la desigualdad en función del nivel educativo en las enfermedades crónicas en el periodo intermedio.

Figura 1. Valores predichos (IC del 90%) de los indicadores de salud en función del efecto combinado de las variables socioeconómicas y el tiempo. Población de 50 o más años.

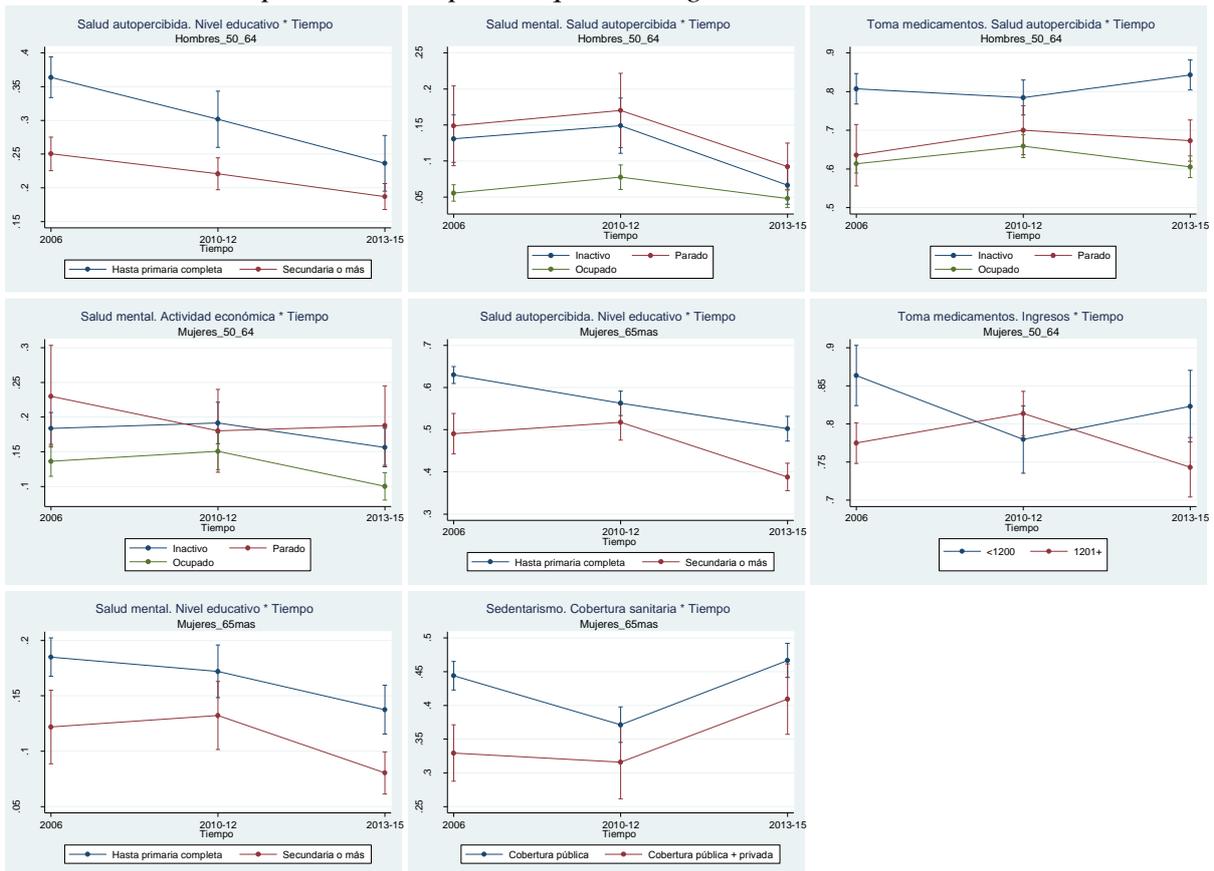


Fuente: ESCA. Nota: La predicción de los valores controla por las variables sexo, intervalo de edad decenal, origen, convivencia en pareja, número de personas en el hogar y el resto de las variables socioeconómicas (relación con el trabajo, nivel educativo, clase social del hogar, nivel de ingresos del hogar y cobertura sanitaria).

Figura 2. Valores predichos (IC del 90%) de los indicadores de salud en función del efecto combinado de las variables socioeconómicas y el tiempo. Población por sexo y edad.  
*a. Resultados en línea con la hipótesis que la desigualdad aumenta durante la crisis.*



*b. Resultados opuestos a la hipótesis que la desigualdad aumenta durante la crisis.*



Fuente: ESCA. Nota: Ver Figura 1.

Por el contrario, son más frecuentes los resultados que muestran una disminución de la desigualdad social durante la crisis, ya sea por una disminución de la brecha social o por la convergencia de los indicadores de salud (Figura 2b). De manera general, cuando se observa una disminución de la brecha en el momento intermedio (2010-12) se debe a un empeoramiento de las capas sociales más altas y no, como establecía la hipótesis, por un

empeoramiento de los estratos más desfavorecidos. Aunque en ocasiones la brecha social se reabre en 2013-15 y en algunos casos con mayor intensidad (por ejemplo la diferencia en salud mental entre nivel educativo entre mujeres mayores de 65 años). En otras ocasiones se produce una convergencia, ya sea por una mejora más pronunciada entre los grupos sociales más bajos o por un empeoramiento de los más altos. Otras variables mantienen de manera estable durante la crisis su relación discriminatoria con la salud, por ejemplo en el caso de la relación con el trabajo y la salud autopercebida de los hombres de 50 a 64 años.

#### **4. DISCUSIÓN**

Este trabajo empezó con la premisa que una peor economía llevaría a una peor salud, sobre todo para los más desaventajados. Sin embargo, salvo unas excepciones, las desigualdades socioeconómicas en salud han ido disminuyendo durante el periodo de la crisis, al menos en el caso de la población mayor de 50 años en Cataluña. El hecho que la relación entre un contexto económico adverso y la salud no es como uno supondría 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 (pre-existentes y las reformas de austeridad para enfrentarse a 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. Prestando especial atención al impacto del auge y crisis económico, analizamos la asociación entre diferentes variables socioeconómicas y seis indicadores de salud (salud autopercebida, discapacidad, enfermedades crónicas, salud mental, toma de medicinas y sedentarismo), mediante regresión logística multivariable y utilizando los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA). Nuestro interés en analizar la población 50+ radica en el hecho de que experimentaron rápidos cambios sociales, culturales y económicos y mejoras en la salud pública.

En relación con los resultados obtenidos, la mejora en la salud de la población de 50 o más años durante el periodo de crisis económica es especialmente visible en la salud autopercebida y la discapacidad. El riesgo de salud mental y la toma de medicamentos, por el contrario, parecen más reactivos al contexto económico adverso, ya que empeoraron en el primer periodo de la crisis, aunque mejoraron posteriormente. El sedentarismo siguió la evolución opuesta, mejorando en un primer momento para empeorar de nuevo. La evolución de la comorbilidad crónica es diversa en función de las categorías socioeconómicas, así como es diversa su relación con la desigualdad social según el factor socioeconómico considerado.

Los resultados rechazan la primera hipótesis que sostiene que la desigualdad social ha incrementado durante la crisis debido a su mayor impacto negativo en la salud de los estratos sociales más bajos que de los más altos. Por el contrario, en general la brecha social ha disminuido y, en algunos casos se ha debido a un mayor empeoramiento entre los grupos sociales más favorecidos. Entre la población mayor de 50 años, el único caso evidente de aumento de la desigualdad social se observa en la toma de medicamentos en función de la relación con la actividad económica y con el nivel educativo. En cuanto a la segunda hipótesis, se confirma que el nivel socioeconómico ha tenido un mayor impacto entre la población de edades maduras (50-64) que entre la población mayor (65 o más años). En particular, la relación con la actividad laboral y el nivel educativo son las variables más discriminantes para este grupo de edad, mientras que las diferencias entre categorías sociales son menos significativas entre los adultos más mayores. La tercera hipótesis se ha podido confirmar parcialmente ya que se observan diferencias de género en el efecto de los factores socioeconómicos sobre la salud tanto en la evolución de su relación como de las variables significativas, pero únicamente en el grupo de edades maduras, siendo menores las diferencias

de género entre los mayores de 65 años. Así, las mujeres en edades maduras constituyen el grupo que aparentemente ha visto incrementada la brecha de desigualdad social en la salud durante la crisis. Mientras que, en sentido opuesto, los hombres maduros son los que en mayor medida presentan una disminución de la desigualdad social o incluso la convergencia de la salud en función de los indicadores de salud y factores socioeconómicos considerados. Por otro lado, para ellas las variables discriminantes incluyen también los ingresos y la doble cobertura sanitaria, lo que sugiere que su estado de salud no depende sólo de su situación personal sino también de la del hogar, es decir, de los recursos compartidos.

Entre la población mayor, las diferencias significativas las establecen la actividad laboral para los hombres (sobre la salud autopercebida, la toma de medicamentos, la discapacidad y la comorbilidad crónica), aunque la brecha social apenas se modifica, y para las mujeres el nivel educativo (sobre la salud autopercebida, la discapacidad y la salud mental).

Finalmente, es destacable que, una vez analizados todos los indicadores de salud objetiva y subjetiva, y su relación con los factores socioeconómicos durante el período de expansión y crisis económica, y controlando por variables demográficas, los variables socioeconómicas que más mantienen su efecto discriminante sobre la salud son la relación con la actividad laboral, básicamente estar trabajando o no, y el nivel educativo.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2012). Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *British Medical Journal*, 345(e5142).
- Borrell, C., Fernandez, E., Schiaffino, A., Benach, J., Rajmil, L., Villalbí, J. R., & Segura, A. (2001). Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia, Spain: what is the influence of supplemental private health insurance? *International Journal for Quality in Health Care*, 13(2), 117-125. doi:10.1093/intqhc/13.2.117
- Cortès-Franch, I., & González López-Valcárcel, B. (2014). Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 1-6.
- Cylus, J., Mladovsky, P., & McKee, M. (2012). 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*, 47(6), 2204-2224.
- Davey Smith, G., Blane, D., & Bartley, M. E. L. (1994). Explanations for socio-economic differentials in mortality. *The European Journal of Public Health*, 4(2), 131-144.
- Dávila Quintana, C. D., & González López-Valcárcel, B. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, 23(4), 261-265.
- Domingo, A., & Vidal, E. (2012) La crisis y los flujos de migrantes en España: Estrategias de ajuste de los inmigrantes ante la crisis económica en España. *Anuario de relaciones laborales en España: Objetivo el trabajo (pp. 330-334)*: Comisión Ejecutiva Confederal.
- Gerdtham, U.-G., & Ruhm, C. J. (2006). Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Economics & Human Biology*, 4(3), 298-316.
- Goldberg, D. (1979). GHQ and psychiatric case. *British Journal of Psychiatry*, 134, 446-447.
- Gumà, J., Treviño, R., & Cámara, A. D. (2015). 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*, 73(1), 003.
- Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Karanikolos, M., Mladovsky, P., Cylus, J., Thomson, S., Basu, S., Stuckler, D., . . . McKee, M. (2013). Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*, 381(9874), 1323-31.
- Koball, H. L., Moiduddin, E., Henderson, J., Goesling, B., & Besculides, M. (2010). What Do We Know About the Link Between Marriage and Health? *Journal of Family Issues*, 31(8), 1019-1040. doi:10.1177/0192513x10365834

- Kondilis, E., Giannakopoulos, S., Gavana, M., Ierodiakonou, I., Waitzkin, H., & Benos, A. (2013). Economic crisis, restrictive policies, and the population's health and health care: the Greek case. *American journal of public health, 103*(6), 973-979.
- Lillard, L. A., & Panis, C. W. (1996). Marital status and mortality: The role of health. *Demography, 33*(3), 313-327.
- Lundberg, O. (2008). Commentary: Politics and public health—some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *International Journal of Epidemiology, 37*(5), 1105-1108. doi:10.1093/ije/dyn078
- Marmot, M. G., & Wilkinson, R. (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- Permanyer, I., & Treviño, R. (2013). El impacto de la crisis sobre los niveles de renta y el mercado de trabajo según género y tipología familiar. *Papeles de Economía Española, 135*, 119-137.
- Pincus, T., & Callahan, L. F. (1994). Associations of low formal education level and poor health status: behavioral, in addition to demographic and medical, explanations? *Journal of clinical epidemiology, 47*(4), 355-361.
- Rodríguez, M., & Stoyanova, A. (2004). The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. *Health economics, 13*(7), 689-703. doi:doi:10.1002/hec.832
- Ross, C. E., & Wu, C.-I. (1995). The links between education and health. *American sociological review, 60*(5), 719-745.
- Ruhm, C. J. (2000). Are recessions good for your health? *The Quarterly Journal of Economics, 115*(2), 617-650.
- Ruhm, C. J. (2007). A healthy economy can break your heart. *Demography, 44*(4), 829-848.
- Spijker, J., Cámara, A. D., & Blanes, A. (2012). The health transition and biological living standards: adult height and mortality in 20th-century Spain. *Economics and Human Biology, 10*(3), 276-288.
- Stronks, K., Van De Mheen, H., van den Bos, J., & Mackenbach, J. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology, 26*(3), 592-600.
- Svensson, M. (2007). Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality? *Social science & medicine, 65*(4), 833-841.
- Tapia Granados, J. A. (2014). La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud colectiva, 10*(1), 81-91.
- Thomson, S., Figueras, J., Evetovits, T., Jowett, M., Mladovsky, P., Maresso, A., . . . Kluge, H. (2014). *Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Velenyi, E. V., & Smitz, M. F. (2014). *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.
- Virtanen, P., Vahtera, J., Kivimäki, M., Liukkonen, V., Virtanen, M., & Ferrie, J. (2005). Labor Market Trajectories and Health: A Four-Year Follow-up Study of Initially Fixed-Term Employees. *American Journal of Epidemiology, 161*(9), 840-846. doi:10.1093/aje/kwi107
- Winkleby, M. A., Jatulis, D. E., Frank, E., & Fortmann, S. P. (1992). Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *American journal of public health, 82*(6), 816-820.