

ORIGINAL BREVE

Recibido: 10 de septiembre de 2018

Aceptado: 15 de octubre de 2018

Publicado: 28 de noviembre de 2018

DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS EN SALUD EN LA POBLACIÓN CATALANA MAYOR DE 50 AÑOS DURANTE LA ÚLTIMA CRISIS ECONÓMICA (*)

Jeroen Spijker (1) y Pilar Zuera (1)

(1) Centre d'Estudis Demogràfics. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

(*) Financiación: 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 (RecerCaixa 2015 ACUP 00108), de los programas Ramón y Cajal (RYC-2013-14851) y Juan de la Cierva (FJCI-2015-27107), financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad, y del Programa CERCA de la Generalitat de Catalunya.

RESUMEN

Fundamentos: Las consecuencias a corto y medio plazo de la crisis económica desde 2008 han provocado una preocupación por la salud de la población. El objetivo del estudio fue conocer las desigualdades en salud en función del perfil socioeconómico de la población de 50 y más años en diferentes momentos de la crisis.

Métodos: Estudio transversal utilizando datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) para los periodos 2006 (N=6667), 2010-12 (N=4458) y 2013-15 (N=5469). Las variables dependientes fueron salud autopercebida, salud mental, toma de medicamentos y sedentarismo, y las variables independientes: relación con la actividad, nivel de instrucción, cobertura sanitaria, clase social del hogar e ingresos mensuales del hogar. Para cada variable dependiente se realizó análisis logísticos multivariados mediante Stata 14 ajustados por el resto de factores socioeconómicos y otras variables demográficas y se estimaron los efectos marginales promedio para cada categoría socioeconómica en los tres momentos de observación.

Resultados: Entre 2006 y 2013-15 disminuyó la brecha en la probabilidad de no tener buena salud autopercebida de 0,06 a 0,04 en función de tener o no doble cobertura sanitaria y de 0,12 a 0,08 según el nivel educativo, pero se mantuvo estable entre trabajadores y no trabajadores. La brecha según actividad, niveles educativos e ingresos aumentó entre 2006 y 2010-12 en el riesgo de mala salud mental de 0,08 a 0,10, de 0,10 a 0,12 y de 0,10 a 0,13, respectivamente aunque posteriormente se redujo la desigualdad. La diferencia en la toma de medicamentos aumentó según actividad (de 0,07 a 0,10) y nivel educativo (de -0,01 a 0,03), así como en llevar una vida sedentaria entre personas que trabajaban y no trabajaban (de 0,05 a 0,06). El impacto del nivel socioeconómico fue mayor entre la población de 50-64 años, especialmente la femenina, mientras que los hombres presentaron una disminución de la desigualdad social.

Conclusiones: En general la salud mejoró a pesar de la crisis y la brecha de desigualdad social se mantuvo o redujo, salvo en contadas ocasiones.

Palabras clave: Recesión Económica, Determinantes Epidemiológicos, Desigualdades en la salud, Personas mayores, Cataluña.

Correspondencia:

Jeroen Spijker
Centre d'Estudis Demogràfics
Carrer de Ca n'Altayó, Edifici E2
Universitat Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra / Barcelona
jspijker@ced.uab.es

ABSTRACT

Socioeconomic health inequalities in the Catalan population aged 50+ during the last economic crisis

Background: The short- and medium-term consequences of the economic crisis since 2008 has become a cause of concern for population health. The study's objective was to analyse health inequalities according to the socioeconomic profile of the Catalan population aged 50 year and older.

Methods: Cross-sectional study using data from the Catalan Health Survey (ESCA) for the periods 2006 (N=6667), 2010-12 (N=4458) and 2013-15 (N=5469). The dependent variables were self-perceived health, mental health, medication intake and sedentary lifestyle and the independent variables: labour force activity status, educational level, health care coverage, household social class and household monthly income. On each dependent variable multivariate logistic analysis was conducted using Stata 14, adjusting for the remaining socioeconomic factors and other demographic variables, and estimating the average marginal effects for each socioeconomic category in the three observation moments.

Results: Between 2006 and 2013-15 the difference in the probability of having less than good self-perceived health among the population with or without double health coverage reduced from 0.06 to 0.04; between the most and least educated from 0.12 to 0.08; but did not reduce between workers and non-workers. The gap according to employment status, educational levels and income in the risk of poor mental health increased between 2006 and 2010-12 from 0.08 to 0.10, from 0.10 to 0.12 and from 0.10 to 0.13, although subsequently, inequality decreased. Difference in medication intake increased by employment status (from 0.07 to 0.10) and educational level (from -0.01 to 0.03) and in sedentary lifestyles between workers and non-workers (from 0, 05 to 0.06). Socioeconomic conditions had more impact on 50-64 year olds, especially women, while social inequality declined among men.

Conclusions: Despite the crisis health generally improved, while socioeconomic health inequalities remained or reduced, barring few exceptions.

Key words: Economic recession, Epidemiologic factors, Health inequalities, Elderly, Catalonia.

Cita sugerida: Spijker J, Zuera P. Desigualdades socioeconómicas en salud en la población catalana mayor de 50 años durante la última crisis económica. Rev Esp Salud Pública.2018;92:28 de noviembre e201811085.

INTRODUCCIÓN

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 está todavía por determinar⁽¹⁾. Ello se debe, básicamente, a que el impacto de una crisis económica sobre la salud de la población depende de un conjunto de factores definitorios del propio periodo recesivo: intensidad, duración, población más afectada y políticas económicas y sociales (pre-existentes y reformas de austeridad para enfrentarse a la recesión) 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⁽²⁾.

Además, a menudo se obtienen resultados contra intuitivos ya que dicha relación depende fuertemente del contexto institucional y de la vertebración de la sociedad civil⁽³⁾. 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 alto nivel de ingresos, incluyendo en España, donde incluso la mortalidad disminuyó cuando la economía se ralentizó y aumentó en la posterior recuperación^(1,4,5,6,7,8). 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 destinarse a actividades saludables (por ejemplo el ejercicio físico), o la reducción de factores de riesgo: consumo de alimentos menos saludables o de alcohol (debido al reajuste del presupuesto), o de la exposición a accidentes laborales y de tráfico (fruto de la menor actividad económica)^(1,3).

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⁽⁹⁾ (también la temporalidad frente a un contrato indefinido), 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)⁽¹⁰⁾, condiciones que pueden repercutir en el aumento de muertes por suicidio⁽¹¹⁾. 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⁽¹²⁾.

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, a partir de cierto umbral crítico, afecta a la salud ya en el corto plazo. 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⁽³⁾.

En cuanto a la relación entre el impacto de la crisis económica y la salud en España, 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, mientras los niveles educativos medios o altos han contribuido a mitigar los efectos adversos de la crisis sobre la salud⁽¹²⁾. Otro estudio⁽⁴⁾, basado en datos de 2007 y 2011,

destacó que el desempleo, la renta familiar y la educación influyeron de forma diferente en la salud autopercebida de hombres y mujeres. Según los autores eso se debió probablemente a los roles de género ya que el efecto del desempleo fue más claro en hombres, mientras los bajos niveles educativos y de renta tenían un mayor impacto en las mujeres. Por tanto, los perfiles socioeconómicos son una de las claves que permiten distinguir entre aquellas subpoblaciones cuya salud es más o menos vulnerable a un contexto socioeconómico recesivo. No obstante, los resultados muestran ser dependientes de los indicadores utilizados para medir cambios económicos⁽¹³⁾ o diferencias socioeconómicas⁽¹⁴⁾; así como la omisión de otras variables potencialmente explicativas o la correlación con características no observables⁽⁶⁾.

Con esto en mente, este trabajo estudió la evolución de diferentes indicadores de salud de la población madura y mayor durante un periodo temporal que abarca el final de la expansión económica (2006) y dos trienios de recesión económica (2010-12 y 2013-15), con el objetivo de investigar si la relación entre factores socioeconómicos (FSE) y la salud de la población de 50 o más años cambió durante la crisis. Se seleccionó la población de estudio con 50 años y más porque, además de que a partir de esta edad aumentan exponencialmente los problemas de salud, también abarca una población que agrupa las generaciones que experimentaron un gran desarrollo social y económico, a la vez que se beneficiaron de las importantes mejoras en la salud pública durante el curso del siglo pasado. Considerando la rapidez de estos cambios (aumento de la esperanza de vida como consecuencia de la mejora en las condiciones de vida, expansión educativa general intensa con mayor intensidad entre las mujeres, cambio en el modelo económico hacia un predominio del sector terciario, etc.), parece plausible que la relación entre el nivel socioeconómico y la salud haya variado entre las generaciones nacidas en Cataluña antes de 1965. También se trata de una población todavía con predominancia

de la división de roles de género y, por tanto, con fuertes diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a la vida laboral y las pensiones. Estas cohortes han tenido una carrera laboral más estable que las generaciones más jóvenes y la crisis económica les alcanza en una etapa vital en que el (riesgo de caer en) desempleo dificulta notablemente su reinserción y puede tener consecuencias importantes en las condiciones de su futura pensión de jubilación, convirtiéndolos en una población especialmente vulnerable y, por ello, sensible al impacto de la crisis sobre su salud, a diferencia de la población mayor de 65 años quienes están presuntamente retirados y, en este sentido, potencialmente menos expuestos a las severidades del mercado laboral.

Igualmente, las generaciones más antiguas tienen proporciones muy bajas de población con estudios superiores y se concentran en los hombres, mientras que a medida que observamos generaciones más jóvenes esta proporción aumenta por la expansión educativa, en gran parte por la contribución de la población femenina. Por lo tanto, la relación entre el nivel socioeconómico y la salud mostraría a priori una mayor complejidad para las generaciones más recientes, donde la diversidad de perfiles en este sentido es mucho mayor que para las más antiguas. Como consecuencia se analizó si esta relación fue diferente entre los adultos maduros (50-64) y mayores (65+) y entre sexos. Finalmente, estudios sobre los efectos de la crisis en la salud prestan menos atención a los grupos de mayor edad (especialmente 65+) que a edades más jóvenes.

La hipótesis de partida fue que la desigualdad social en la salud de la población mayor de 50 años aumentó durante la crisis debido a un empeoramiento de los sectores sociales menos favorecidos, potencialmente más vulnerables a la recesión.

SUJETOS Y MÉTODOS

Realizamos un análisis multivariado utilizando microdatos procedentes de siete

ediciones de la Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA): 2006 (N=6667 después haber depurado el fichero) y las ediciones anuales desde 2010 hasta 2015, que se agruparon en dos periodos temporales: 2010-12 (N=4458) y 2013-15 (N=5469). Es una encuesta transversal de individuos residentes en hogares privados que permite analizar las diferencias en salud en función del sexo, la clase social, la actividad económica y el lugar de nacimiento, entre otros ítems. Para medir la salud de los individuos utilizamos cuatro indicadores diferentes, que convertimos en binarios (tabla 1):

i) La salud autopercebida, a partir de la pregunta “¿Cómo es su salud en general?”, agrupó en la categoría “no tiene buena salud” las respuestas que declararon una salud ‘regular’ o ‘muy mala’, frente a la población “en buena salud”, que consideró su salud ‘buena’, ‘muy buena’ o ‘excelente’.

ii) La salud mental, basada en el indicador GHQ-12⁽¹⁵⁾, consideró que las personas tienen riesgo de mala salud mental cuando obtienen una puntuación de 3 o más sobre un máximo de 12, a partir de las 12 preguntas en la encuesta que valoraba el estado mental durante los últimos 30 días.

iii) La toma de medicamentos se obtuvo de la pregunta “¿se ha tomado algún medicamento?” durante los últimos dos días.

iv) Sedentarismo. Se sumaron los resultados de las preguntas sobre la actividad física que el entrevistado desarrolla habitualmente y en tiempos de ocio. Se consideró que las personas llevaban una vida sedentaria cuando la ESCA había codificado como mínimo una de las dos variables como “sedentario”.

La tabla 1 recoge la distribución de los cuatro indicadores de salud, las variables que utilizamos para testar su relación con los FSE y las variables demográficas de control. Nuestro punto de partida fue que contar con un trabajo remunerado, poseer un nivel educativo más alto, tener doble cobertura

sanitaria, vivir en un hogar de clase social no manual, o con ingresos más altos, generalmente reduce la probabilidad de mala salud, en comparación con aquellos que tienen características socioeconómicas menos favorables. Las variables clase social e ingresos se refirieron al hogar donde habitaban, ya que se obtuvieron de la información de la persona de referencia. Con el fin de ganar en robustez en los resultados, todas las variables se dicotomizaron. También se depuró el fichero unificado para eliminar los casos en los que el entrevistado no había respondido (1,8% del total). Como en el caso de las variables clase social e ingresos del hogar estos suponían, respectivamente, el 3% y 45% de los casos, estos se mantuvieron como una categoría aparte para los análisis para no sesgar los resultados.

Para comprobar si las relaciones bivariadas establecidas seguían 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 los FSE 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[®]. Estos valores predichos para cada grupo de población en una categoría socioeconómica y un momento del tiempo procedieron 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 fue estimada para cada uno de los FSE en interacción con el tiempo, siempre controlando por las variables demográficas, de origen, de convivencia y por el resto de los FSE anteriormente detallados. Para captar los posibles efectos derivados de las desigualdades de edad y sexo, todos los análisis se realizaron para el conjunto de la población de estudio y, además, de manera segregada para los grupos de edad 50-64 y 65+ y sexo.

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

Variables		Categoría(s)/Definición ^a	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		
Variables dependientes	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	37,8	
	Salud mental ^b	% 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	12,5	
	Medicamentos	% Ha tomado algún medicamento ^c	65,0	81,0	87,2	95,1	70,1	80,3	90,9	96,1	66,4	76,6	92,6	94,0	83,2	
	Sedentarismo ^d	% 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	27,4	
Variables independientes	<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	29,4
		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	42,8
		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	23,5
		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	72,1
		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	52,9
	<i>A nivel del hogar</i>	Clase social	% Manual (IIVa/IVb/V) ^e	44,6	45,8	37,3	33,7	47,3	52,9	38,3	40,3	49,4	55,4	39,1	39,2	55,1
		Ingresos mensuales	\leq 1200 € ^e	16,8	25,2	45,0	58,3	23,4	35,4	50,3	66,3	33,1	36,0	57,2	69,5	44,3
Tamaño muestra		N	1556	1579	1530	2002	1110	1117	1049	1182	1354	1322	1318	1474	16593	

Fuente: ESCA; Nota. ^aVer texto para una descripción más detallada de definición; ^bDe 1005 personas (6,2%) no se pudo calcular un valor de GHQ-12; ^cDurante los últimos 2 días; ^dDe 1021 personas no se pudo averiguar si vivían una vida sedentaria (6,3%); ^eLos porcentajes basados en el total menos los valores perdidos.

RESULTADOS

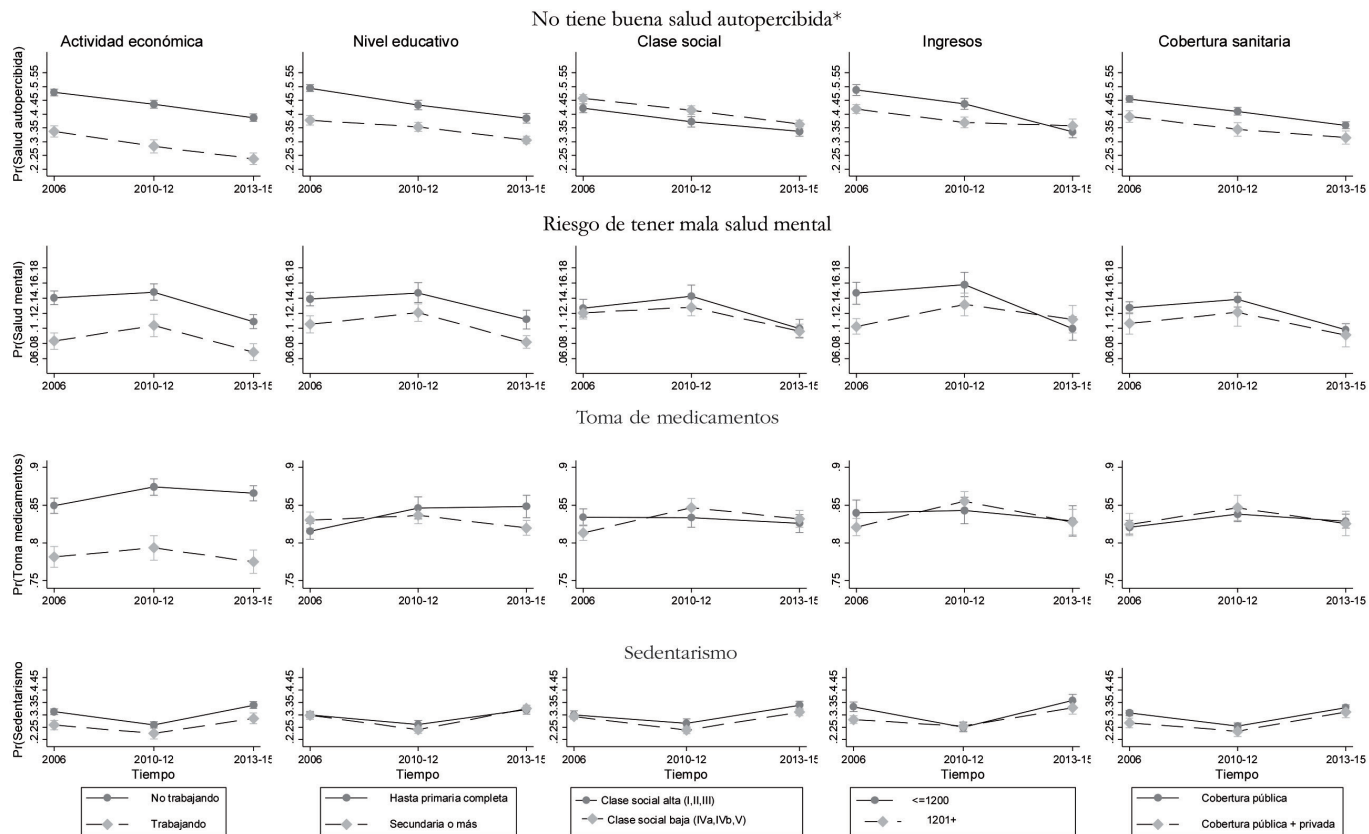
La *figura 1* muestra que entre los FSE incorporados en el análisis, el que mayor efecto mantuvo sobre los indicadores de salud en la población mayor de 50 años fue su relación con la actividad económica, seguida de la variable educativa. Así, la diferencia en la probabilidad de no tener buena salud autopercebida entre la población que estaba o no trabajando alcanzó hasta 0,16 en el caso de la salud autopercebida, que es, a su vez, el indicador de salud más sensible al nivel socioeconómico. El FSE que perdió relevancia una vez se incorporaron el resto de variables, fue la clase social (la diferencia entre las dos categorías alcanzó como máximo 0,03 en el caso de la salud autopercebida). Por otro lado, los indicadores más reactivos a la crisis fueron el riesgo de salud mental y la toma de medicamentos, que aumentaron sensiblemente, sobre todo entre 2006 y 2010-12, incluso más entre las categorías más altas de FSE. Por ejemplo, el riesgo de mala salud mental subió de 0,10 al 0,13 entre personas viviendo en hogares con ingresos mensuales de 1.201 euros o más en comparación con una subida de 0,15 a 0,16 en el caso de personas viviendo en hogares con menos ingresos.

Entre la población de 50 o más años, la salud autopercebida mejoró 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 observaron una convergencia en 2013-15. La reducción de la desigualdad social en la probabilidad de no tener buena salud autopercebida fue algo menor al considerar la doble cobertura sanitaria frente a la pública (de 0,06 en 2006 a 0,04 en 2013-15) y la educación más alta frente a la más baja (de 0,12 en 2006 a 0,08 en 2013-15), y no apareció al considerar la variable de la actividad, que presentó líneas paralelas (la diferencia entre los que trabajaban y los que no en la probabilidad de no tener buena salud autopercebida osciló entre 0,15 y 0,16 en los tres periodos analizados).

Sin embargo, el riesgo de tener mala salud mental aumentó entre 2006 y 2010-12, inesperadamente y de manera más acusada, entre los que estaban trabajando (de 0,08 a 0,10) y los niveles educativos y de ingresos más altos (respectivamente de 0,10 a 0,12 y de 0,10 a 0,13); aunque posteriormente se produjo una mejoría y disminución de la desigualdad, especialmente entre niveles de ingresos del hogar, donde desapareció. La probabilidad de riesgo de mala salud mental entre 2010-12 y 2013-15 bajó de 0,13 a 0,11 entre las personas que vivían en hogares con ingresos más altos y de 0,15 a 0,10 entre las personas en hogares con menos renta. La toma de medicamentos aumentó entre la población que no trabajaba (de 0,85 en 2006 a 0,87 en 2013-15) y entre la población de nivel educativo más bajo (de 0,82 a 0,85) mientras la probabilidad entre las personas más educadas bajó (de 0,83 a 0,82), ampliando la brecha de desigualdad entre capas sociales respecto a este indicador de salud. El sedentarismo siguió una evolución distinta, disminuyendo en el primer periodo de la crisis y aumentando sensiblemente en 2013-15 y presentando, además, escasas diferencias sociales (por ejemplo, ninguna que fuera estadísticamente significativa en el caso de educación y clase social). La excepción fue en relación a la actividad, donde la probabilidad con una vida sedentaria fue, respectivamente, 0,26 y 0,31 entre personas que trabajaban y no trabajaban en 2006, 0,23 y 0,26 en 2010-12, y 0,28 y 0,34 en 2013-15.

En general, los análisis segregados para cada uno de los grupos de edad (50-64 y 65+) y sexo, mostraron que el nivel socioeconómico tuvo 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 originó la relación con la actividad económica y la educación, y en menor medida la doble cobertura sanitaria. Además, entre las mujeres también el nivel de ingresos estableció diferencias significativas en la evolución de la salud autopercebida y la toma de medicamentos durante la crisis. Entre la población más mayor fueron

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

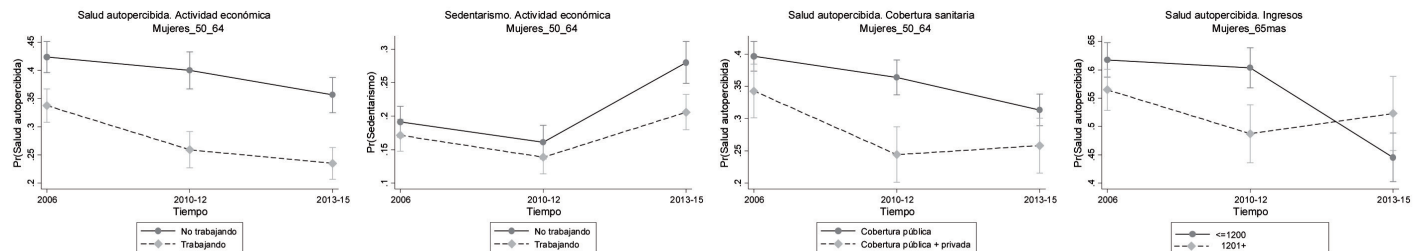


Fuente: ESCA. Nota: La predicción de los valores ajusta por las variables sexo, intervalo de edad decenal, origen, convivencia en pareja, número de personas en el hogar y el resto de las variables socioeconómicas (relación con el trabajo, nivel educativo, clase social del hogar, nivel de ingresos del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

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. La desigualdad se reduce durante la crisis.

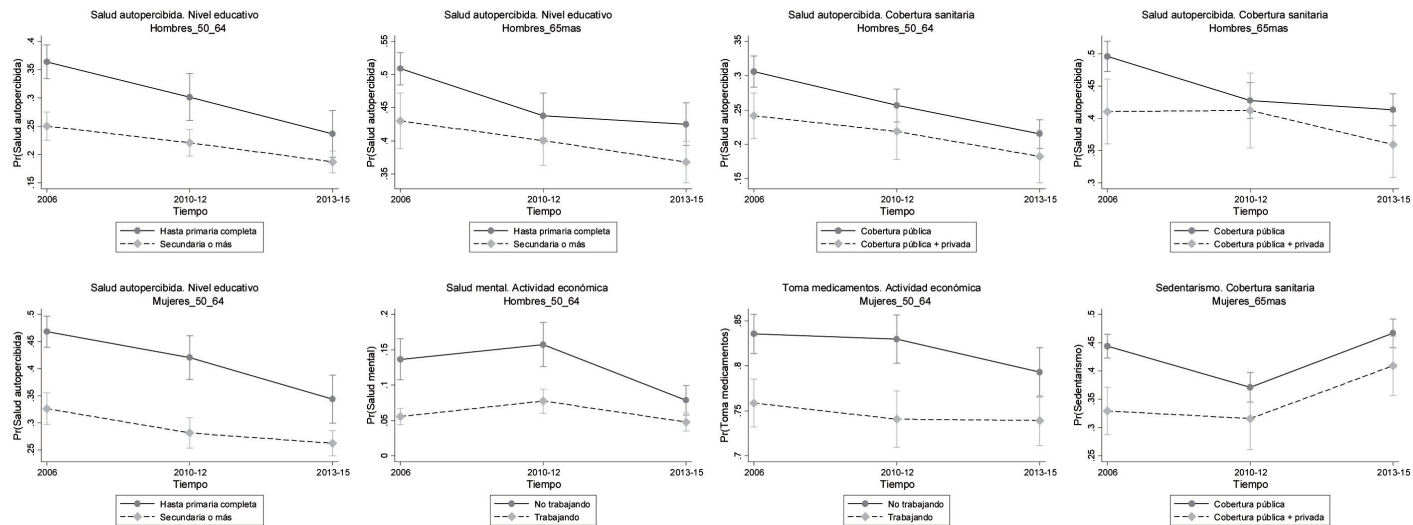
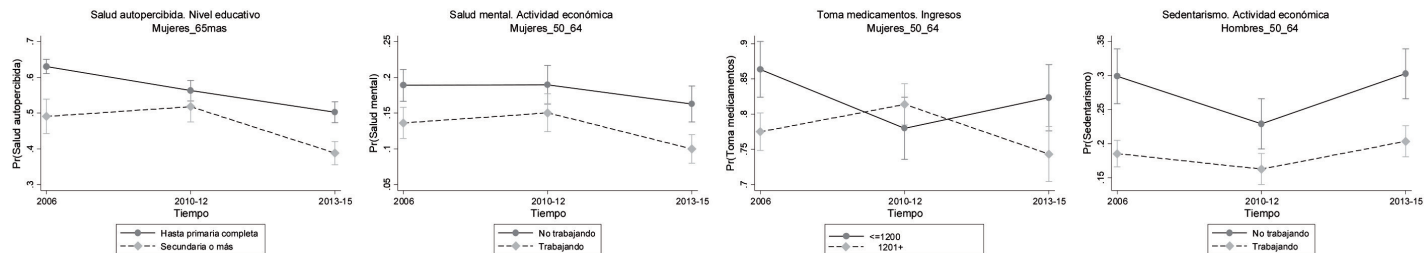
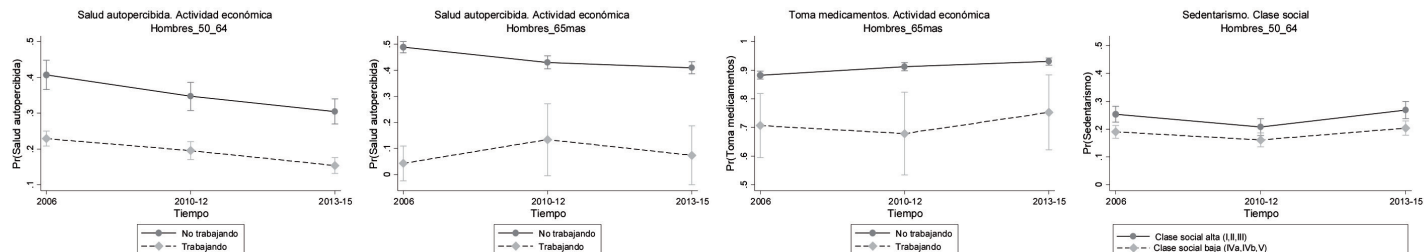


Figura 2
Valores predichos (IC del 90%) de los indicadores de salud en función del efecto combinado de las variables socioeconómicas y el tiempo. Población por sexo y edad. Cont.

c. La desigualdad se reduce en el primer periodo de la crisis, pero aumenta en el segundo periodo.



d. La desigualdad se mantiene estable durante la crisis



menores las diferencias socioeconómicas en salud. No obstante, entre los hombres de 65 o más años mantenerse en el mercado laboral, a pesar de ser poco frecuente, siguió teniendo una asociación positiva con la salud y provocó diferencias significativas con la población inactiva (en el caso de no tener buena salud autopercibida la diferencia en la probabilidad fue un 0,45 en 2006 y 0,32 en 2013-15), salvo en la salud mental y el sedentarismo donde las diferencias no fueron estadísticamente significativas. También la educación y la doble cobertura sanitaria antes de la crisis establecieron desigualdad en la salud autopercibida entre los hombres mayores. En cuanto a las mujeres en el grupo de mayor edad, los FSE que explicaron algunas diferencias fueron la educación y, al igual que entre las mujeres más jóvenes, el nivel de ingresos del hogar. 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 hizo compleja su síntesis. Fueron pocos los resultados en la línea de la hipótesis que planteaba 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 observó en contadas ocasiones. En particular, entre las mujeres de 50 a 64 años, que parece el grupo más sensible a la crisis. Así, la desigualdad aumentó durante la crisis entre las que estaban trabajando y las que no lo estaban, tanto en la probabilidad de no tener buena salud autopercibida (de 0,08 en 2006 a 0,14 en 2010-12), como en llevar una vida sedentaria (de 0,02 en 2010-12 a 0,07 en 2013-15). También aumentó la desigualdad en función de tener o no doble cobertura sanitaria y entre las dos categorías de ingresos de hogar en la probabilidad de no tener buena salud autopercibida entre las mujeres más mayores, pero sólo durante el primer periodo de la crisis (respectivamente, de 0,05 y 0,05 en 2006 a 0,11 y 0,07 en 2010-12).

Por el contrario, fueron más frecuentes los resultados que mostraron una disminución de

la desigualdad social durante la crisis (figura 2b). De manera general, cuando se observó una disminución de la brecha en el momento intermedio (2010-12) o incluso una convergencia, se debió a una mejora más pronunciada entre los grupos sociales más bajos o por un empeoramiento de los más altos y no, como planteaba la hipótesis, por un empeoramiento de los estratos más desfavorecidos. Por ejemplo, la probabilidad de no tener buena salud autopercibida bajó entre hombres de 50-64 años con estudios hasta la primaria completa de 0,37 en 2006 a 0,23 en 2013-15 (-0,14) y de 0,25 a 0,18 (-0,07) entre aquellos con secundaria o más, donde las diferencias subsiguientes ya no fueron estadísticamente significativas en el último periodo. En cuanto a las mujeres de esta edad, los cambios según nivel educativo fueron similares (de 0,47 en 2006 a 0,35 en 2013-15 en el caso del nivel más bajo y de 0,33 a 0,26 en el caso del nivel más alto de educación, aunque la diferencia educativa se mantuvo significativa. En otras ocasiones, la brecha social se reabrió en 2013-15 (figura 2c) y, en algunos casos, con mayor intensidad (por ejemplo, la diferencia en salud mental entre niveles educativos entre mujeres mayores de 65 años aumentó de 0,04 en 2010-12 (no significativo) a 0,06 en 2013-15 (significativo) y entre mujeres trabajadoras y no trabajadoras de 50-64 años también lo hizo, de 0,04 (no significativo) a 0,06 (significativo), durante el mismo periodo). Otras variables mantuvieron 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 autopercibida de los hombres de 50 a 64 años (en 2010-12 no trabajadores tuvieron una probabilidad de 0,16 mayor de no tener buena salud que los trabajadores y de 0,15 en 2013-15; figura 2d).

DISCUSIÓN

Aún son pocos los trabajos publicados sobre el impacto de la crisis en las desigualdades socioeconómicas en salud⁽¹⁶⁾ y aún menos en relación con personas mayores de 50 años. En este estudio analizamos la asociación entre

diferentes FSE y cuatro indicadores de salud (salud autopercibida, salud mental, toma de medicamentos y sedentarismo), prestando especial atención al contexto de expansión y crisis económicas. Se esperaba encontrar que una peor situación económica conllevaría una peor salud, especialmente para los más desaventajados, partiendo de la hipótesis de que aumentaría la desigualdad social en salud. Sin embargo, salvo algunas excepciones, no sólo la salud mejoró en general, sino que las desigualdades socioeconómicas en salud fueron disminuyendo durante el periodo de la crisis.

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 fue especialmente visible en la salud autopercibida, que es un indicador sensible a las diferencias de salud entre poblaciones relativamente homogéneas en cuanto a su salud objetiva⁽¹⁷⁾. Además, la brecha social disminuyó y, contrariamente a lo esperado, en algunos casos debido a una mayor mejora entre los grupos sociales menos favorecidos. Por tanto, este resultado confirma lo que ya ha sido observado para la mortalidad total en España⁽¹⁸⁾. Por el contrario, el riesgo de mala salud mental y la toma de medicamentos aparecieron más reactivos al contexto económico adverso –algo también observado en otros estudios para España⁽¹⁹⁻²¹⁾–, ya que empeoraron entre 2006 y el primer periodo de la crisis analizado (2010-12). Gili et al⁽²¹⁾ mostraron que el aumento en depresión observado entre 2006 y 2010 podría atribuirse a los riesgos combinados de desempleo individual, desempleo familiar y dificultades de pago de la hipoteca. Igualmente, en nuestro estudio la relación con la actividad laboral fue la variable más discriminante para el grupo de 50 a 64 años, más expuesto al desempleo. Es sorprendente, no obstante, que el riesgo de tener mala salud mental mejorara en 2013-15, puesto que Cataluña todavía no había salido de la crisis, si se considera que no hubieron mejoras en las altas tasas de paro entre la población de 50-64 años⁽²²⁾. Por otro lado, sabemos que una crisis también puede reducir ciertos tipos de

comportamiento de riesgo, como el consumo de tabaco y alcohol por restricciones presupuestarias, así como el sedentarismo^(23,24,25,26). Encontramos que el sedentarismo descendió entre 2006 y el principio de la crisis (observado también por Maestre-Miquel et al. a nivel estatal⁽²⁷⁾), pero empeoró posteriormente hasta el nivel inicial. Además, hay evidencias de un aumento en la desigualdad social en el sedentarismo en función de la actividad económica, lo cual sugiere que un par de años de crisis puede conllevar un aumento en la actividad física gracias al incremento de tiempo libre, pero que la prolongación de la ociosidad puede revertir sus efectos beneficiosos para volver a los comportamientos anteriores.

También se observó un ligero mayor impacto del nivel socioeconómico entre la población de edades maduras (50-64) que entre la población mayor (65 o más años). Principalmente, porque la variable que mayor desigualdad generó en este periodo fue la relación con la actividad laboral, especialmente entre los hombres. No obstante, en cuanto a diferencias de sexo, las mujeres en edades maduras constituyen el grupo que aparentemente vio incrementada la brecha de desigualdad social en la salud durante la crisis. Como en Calzón Fernández et al., los roles de género, con una menor incorporación de la mujer al mercado laboral y una mayor dependencia económica en las familias, podrían explicar estos resultados⁽⁴⁾. En sentido opuesto, los hombres maduros fueron los que en mayor medida presentaron una disminución de la desigualdad social o incluso la convergencia de la salud en función de los indicadores de salud y FSE considerados. Por otro lado, para ellas las variables discriminantes incluyeron 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. Mientras, el nivel educativo presentó un efecto transversal, estableciendo diferencias significativas en salud entre grupos sociales en ambos sexos en diferentes indicadores, salvo en la toma de medicamentos.

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

Varios estudios sugieren que el efecto amortiguador del apoyo social y la solidaridad familiar reduce el impacto de la recesión económica sobre la salud^(20,28,29), lo cual podría explicar la falta de empeoramiento de salud autopercebida en nuestra población de estudio, sobre todo para los hombres. Otros lo relacionan con el mantenimiento de las prestaciones sociales y que, a pesar de los recortes y copagos introducidos, los dispositivos sanitarios asistenciales públicos siguen siendo de acceso universal y gratuito⁽³⁰⁾.

En nuestro estudio existen algunas limitaciones. Se estudió Cataluña en parte porque la ESCA se lleva a cabo anualmente desde 2010, a diferencia de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), que se produce cada ocho años alternándose con la europea. La ESCA permite, entonces, una medición de la salud más ajustada a las fluctuaciones coyunturales. Sin embargo, se trata de una encuesta transversal sin seguimiento entre una y otra edición, mientras que las enfermedades crónicas suelen ser el resultado de una acumulación de exposiciones en el transcurso de la vida, exposiciones que además tienden a ser mayor entre las clases socioeconómicas más bajas⁽³¹⁾. Por tanto, aunque a corto plazo la crisis parece haber beneficiado más la salud de las personas de 50 y más años en Cataluña que pertenecen a clases menos favorecidas, ello no garantiza que la brecha siga reduciéndose en el futuro. Aunque sólo datos longitudinales que captan cambios laborales y de comportamiento serían capaces de proporcionar una respuesta precisa a esto, los datos de corte transversal y anual (como los de la ESCA) permiten una aproximación.

La segunda limitación es que no analizamos todas las edades sino elegimos la edad 50 y más. Esa decisión se tomó por las

características específicas que tiene esta generación, sobre todo haber experimentado un gran desarrollo social y económico, una carrera laboral más estable y una (pre-)jubilación bajo buenas condiciones económicas, aunque con pocas posibilidades de reinserción en caso de perder el empleo y con grandes diferencias de género. Sin embargo, si considerásemos los resultados del estudio reciente por Regidor *et al.*⁽¹⁸⁾ sobre las tendencias de mortalidad por nivel socioeconómico en España, los grupos sociales más bajos no solamente obtuvieron el mayor descenso durante la crisis, sino el efecto fue mayor entre las personas de 25 a 49 años que entre las de 50 a 74 años. En cuanto a futuras líneas de investigación, sería interesante, entonces, indagar cómo diferentes indicadores de salud, de la población que ahora está en plena vida laboral y reproductiva, han estado afectados por las consecuencias de la crisis económica. Aquí también se podrían analizar otros indicadores como el tabaquismo y el consumo de alcohol y drogas, que tiene más prevalencia entre estas edades. En cuanto a los FSE, analizar solamente personas en edad laboral permitiría entrar en más detalle en relación con el tipo de jornada. Otra limitación es la alta proporción de no respuesta en relación con la pregunta sobre ingresos del hogar (45%). Puesto que eso puede introducir sesgo, realizamos los análisis con la muestra completa y solo con los casos completos para examinar la influencia de incluir casos incompletos. Como los resultados fueron casi idénticos elegimos presentar los resultados para la muestra completa.

Como conclusión, en Cataluña la salud de las personas de 50 años y más mejoró incluso durante la crisis económica a la par que se redujo la brecha social en salud, salvo entre las mujeres de 50 a 64 años, para quienes se observó un aumento. Únicamente fue visible un empeoramiento del riesgo de salud mental y de la toma de medicamentos al inicio de la crisis. El impacto negativo de la recesión fue más importante entre la población de 50 a 64 años, a quienes la crisis golpeó al final de su vida laboral, siendo la relación con la actividad

económica un discriminante más importante para los hombres que para las mujeres, sensibles también a los recursos compartidos del hogar. El nivel educativo sigue siendo un factor discriminante en salud, especialmente entre la población de 65 y más años. Es llamativo que, aunque hubo numerosos ejemplos en que las diferencias entre las categorías socioeconómicas disminuyeron en los años de la crisis económica, las categorías socioeconómicas más altas parecen seguir estando mejor informadas y protegidas en temas de salud que las clases sociales más bajas.

En este sentido, es necesario que las instituciones reformulen las políticas de protección y cohesión social, especialmente entre las personas en situaciones socioeconómicas desfavorecidas, que mejoren la cobertura, y aseguren el acceso y la calidad del sistema de salud, al tiempo que se diseñen políticas para promover más equidad en la salud.

Finalmente, es recomendable ampliar la investigación a otras CCAA. Averiguar si los grupos sociales en otras CCAA se han visto afectados en una forma similar por la crisis económica, algo que se podría llevar a cabo con datos de la ENS, permitirá orientar las estrategias de políticas públicas de las Consejerías de Salud para la mejor promoción y prevención de la salud de los grupos más vulnerables durante potenciales recesiones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *The Lancet*. 2013;381(9874):1323-31.
- Thomson S, Figueras J, Evetovits T, et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014. Disponible en: www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/257579/Economic-crisis-health-systems-Europe-impact-implications-policy.pdf.
- Dávila Quintana CD, González López-Valcárcel B. Crisis económica y salud. *Gac Sanit*. 2009;23(4):261-65.
- Calzón Fernández S, Fernández Ajuria A, López del Amo González MdP, Martín Martín JJ. Diferencias por sexo de la salud percibida antes y durante la crisis económica (2007 y 2011). *Rev Esp Salud Pública*. 2017;91(21 de septiembre).
- Gerdtham U-G, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol*. 2006;4(3):298-316.
- Ruhm CJ. Are recessions good for your health? *Q J Econ*. 2000;115(2):617-50.
- Ruhm CJ. A healthy economy can break your heart. *Demography*. 2007;44(4):829-48.
- Tapia Granados JA. La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud Colectiva*. 2014;10(1):81-91.
- Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Liukkonen V, Virtanen M, Ferrie J. Labor Market Trajectories and Health: A Four-Year Follow-up Study of Initially Fixed-Term Employees. *Am J Epidemiol*. 2005;161(9):840-46.
- 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. *Am J Public Health*. 2013;103(6):973-79.
- 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. *BMJ*. 2012;345(e5142).
- Cortès-Franch I, González López-Valcárcel B. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28:1-6.
- Svensson M. Do not go breaking your heart: do economic upturns really increase heart attack mortality? *Soc Sci Med*. 2007;65(4):833-41.
- Lundberg O. Commentary: Politics and public health—some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *Int J Epidemiol*. 2008;37(5):1105-08.
- Goldberg D. GHQ and psychiatric case. *Br J Psychiatry*. 1979;134:446-47.
- Rivadeneira-Sicilia A, Lorenzo SM, Purroy CA, Calderón SM. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28:12-17.
- Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38(1):21-37.
- Regidor E, Vallejo F, Tapia Granados JA, Viciano-Fernández FJ, de la Fuente L, Barrio G. Mortality decrease according to socioeconomic groups during the economic crisis in Spain: a cohort study of 36 million people. *The Lancet*. 2016;388(10060):2642-52.

19. Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhreke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health*. 2013;ckt208.
20. Fernandez A, Garcia-Alonso J, Royo-Pastor C, et al. Effects of the economic crisis and social support on health-related quality of life: first wave of a longitudinal study in Spain. *Br J Gen Pract*. 2015;65(632):e198-e203.
21. Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 2012;23(1):103-08.
22. INE (Instituto Nacional de Estadística). Economically Active Population Survey. Series since the first quarter 2002. Results by Autonomous Community. Unemployed persons. Unemployment rates by different age groups, sex and Autonomous Community. [Internet]. 2017 [consultado August 1, 2017. Elaboración propia]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=4247>.
23. Feliu A, Filippidis FT, Joossens L, et al. Impact of tobacco control policies on smoking prevalence and quit ratios in 27 European Union countries from 2006 to 2014. *Tobacco Control*. 2018. online first. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2017-054119
24. De Goeij MC, Suhreke M, Toffolutti V, van de Mheen D, Schoenmakers TM, Kunst AE. How economic crises affect alcohol consumption and alcohol-related health problems: a realist systematic review. *Soc Sci Med*. 2015;131:131-46.
25. Filippidis FT, Gerovasili V, Millett C, Tountas Y. Medium-term impact of the economic crisis on mortality, health-related behaviours and access to healthcare in Greece. *Scientific Reports*. 2017;7:46423.
26. Spijker J, Bayona J, Medina A, Menacho T. *Atles de salut de la població de 50 i més anys a Catalunya*. Bellaterra: Centre d'Estudis Demogràfics; 2018. 260 p.
27. Maestre-Miquel C, Regidor E, Cuthill F, Martínez D. Desigualdad en la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo libre en población adulta española según su nivel de educación: diferencias entre 2002 y 2012. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89:259-69.
28. Moskowitz D, Vittinghoff E, Schmidt L. Reconsidering the effects of poverty and social support on health: a 5-year longitudinal test of the stress-buffering hypothesis. *J Urban Health*. 2013;90(1):175-84.
29. Wahlbeck K, McDavid D. Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World Psychiatry*. 2012;11(3):139-45.
30. Ruiz-Ramos M, Córdoba-Doña JA, Bacigalupe A, Juárez S, Escolar-Pujolar A. Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*. 2014;28:89-96.
31. Blane D. The life course, the social gradient and health. In: Marmot MG, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 1999.