

# Crisis económica y salud en España



# Crisis económica y salud en España

## **Autores**

**Juan Oliva Moreno**

Universidad de Castilla-La Mancha

**Luz M<sup>a</sup> Peña Longobardo**

Universidad de Castilla-La Mancha

**Beatriz González López-Varcárcel**

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

**Rosa Urbanos Garrido**

Universidad Complutense de Madrid

**Patricia Barber Pérez**

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

**Néboa Zozaya González**

Weber Economía y Salud

Cita sugerida: MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL (2018). *Crisis económica y salud en España*. Madrid.



Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL

CENTRO DE PUBLICACIONES

Paseo del Prado, 18 - 28014 MADRID

NIPO: 731-18-034-3

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

# Crisis económica y salud en España



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL



# Índice

|   |    |
|---|----|
| <b>Prefacio</b>   | 11 |
| <b>0 Resumen Ejecutivo</b>  | 15 |
| <b>1 Conceptualización</b>  | 19 |
| 1.1 Crisis económica: definición y algunas cifras de la reciente crisis española    | 19 |
| 1.2 Tipos de efectos y mecanismos de acción de las crisis económicas sobre la salud | 23 |
| 1.3 El papel de las políticas públicas durante las crisis                           | 25 |
| 1.3.1 Crisis y sanidad  | 28 |
| 1.4 Atención a grupos vulnerables   | 29 |
| 1.5 Dificultades metodológicas para evaluar los efectos de las crisis               | 30 |
| 1.6 ¿Qué sabemos a partir de la experiencia de crisis anteriores?                   | 33 |
| <b>2 Revisión de la literatura española generada en los últimos años</b>            | 37 |
| 2.1 Esperanza de vida, mortalidad general y causas de muerte                        | 37 |
| 2.2 Salud autopercebida   | 41 |
| 2.3 Salud mental  | 42 |
| 2.4 Problemas de salud en grupos seleccionados                                      | 46 |
| 2.5 Impacto sobre el acceso y utilización de los servicios sanitarios               | 48 |
| 2.5.1 El caso específico del copago   | 54 |
| 2.6 ¿Ha afectado la crisis económica a las desigualdades en salud?                  | 56 |
| <b>3 Indicadores de la evolución de la salud de la población</b>                    | 59 |
| 3.1 Indicadores básicos de resultados en salud                                      | 61 |
| 3.1.1 Esperanza de vida y años de vida saludables al nacer y a los 65 años de edad  | 61 |
| 3.1.2 Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)                                      | 65 |
| 3.1.3 Tasas de mortalidad estandarizadas  | 71 |
| 3.1.4 Fallecimientos prematuros (<65 años de edad)                                  | 77 |
| 3.1.5 Mortalidad Innesesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable               | 81 |
| 3.1.6 Tasas de mortalidad infantil  | 83 |
| 3.1.7 Tasas de recién nacidos con bajo peso al nacer                                | 84 |
| 3.1.8 Número de fallecimientos por embarazo o parto                                 | 84 |
| 3.1.9 Salud autopercebida   | 85 |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| 3.1.9.1   | Análisis multivariante de la evolución de la salud<br>autopercebida durante la crisis       | 90         |
| 3.1.10    | Problemas de salud crónicos   | 91         |
| 3.1.11    | Interrupciones Voluntarias del embarazo (IVE)   | 109        |
| 3.1.12    | Factores de riesgo vascular   | 111        |
| 3.1.13    | Salud infantil  | 121        |
| 3.2       | Indicadores sobre comportamientos en salud  | 126        |
| 3.2.1     | Consumo de tabaco   | 126        |
| 3.2.2     | Consumo de alcohol  | 129        |
| 3.2.3     | Consumo de drogas ilegales  | 132        |
| 3.2.4     | Ejercicio físico  | 135        |
| 3.2.5     | Análisis multivariante de la evolución de los<br>comportamientos en salud durante la crisis | 138        |
| 3.3       | Indicadores sociales de riesgo para la salud  | 139        |
| 3.3.1     | Desempleo   | 139        |
| 3.3.2     | Accidentalidad laboral  | 146        |
| 3.3.3     | Pobreza y exclusión social  | 149        |
| 3.3.4     | Desigualdad de ingresos   | 166        |
| 3.3.5     | Apoyo social  | 169        |
| 3.4       | Indicadores de acceso a servicios sanitarios  | 172        |
| 3.4.1     | Tiempos de acceso y listas de espera  | 173        |
| 3.4.2     | Inaccesibilidad al sistema  | 178        |
| 3.4.3     | Desigualdad en las necesidades de atención médica<br>no cubiertas                           | 182        |
| 3.4.4     | Políticas preventivas   | 185        |
| 3.4.5     | Desigualdad en el acceso a servicios sanitarios   | 187        |
| 3.5       | Indicadores de satisfacción con los servicios sanitarios                                    | 190        |
| 3.6       | Resumen de indicadores  | 194        |
| <b>4.</b> | <b>Conclusiones</b>   | <b>201</b> |
| <b>5.</b> | <b>Recomendaciones</b>  | <b>211</b> |
|           | <b>Referencias bibliográficas</b>   | <b>217</b> |
|           | <b>Apéndice estadístico</b>   | <b>225</b> |
| I.        | Metodología   | 225        |
| II.       | Interpretación de los modelos de regresión logística con interacciones                      | 226        |
| III.      | Tablas de resultados  | 228        |



# Agradecimientos

Los autores de este trabajo queremos agradecer los consejos y la opinión desinteresada recibida a textos previos por parte de Jordi Alonso, Enrique Bernal, José María Labeaga, Soledad Márquez, Fernando Rodríguez Artalejo, Marc Sáez y María Luisa Vázquez. También agradecemos el apoyo recibido por la Subdirección General de Información Sanitaria y Evaluación, en persona de su Subdirectora, Mercedes Alfaro. El resultado, las opiniones y los errores u omisiones contenidos en la obra son responsabilidad exclusivamente de los autores, no de las personas que nos han asesorado. De la misma manera, este trabajo no representa el punto de vista oficial de la institución pública que lo ha encargado, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



# Prefacio

Minusvalorada por la mayoría, incluyendo las instituciones que debieron prevenirlas, la crisis financiera, desencadenada en EEUU a finales de 2007 y transmitida a otros países, devino en una crisis económica a gran escala que estalló con virulencia inusitada en el año 2008. Crisis en tres actos bien diferenciados: crisis financiera y pérdida de confianza en el sistema; parálisis acentuada del crédito; y crisis de las deudas soberanas. Llegados a este último punto, el discurso de refundar el capitalismo ya había sido olvidado y la respuesta de los gobiernos europeos en esta fase de crisis mutante fue una fuerte restricción de las cuentas públicas bajo el auspicio de la austeridad. En España, las tasas de variación real negativas del Producto Interior Bruto (PIB) llegaron en el último trimestre del 2008. Desde esa fecha hasta finales de 2009 se sucedieron siete trimestres consecutivos de caída del PIB. Tras el año de transición que representó 2010, a comienzos de 2011 se inicia la «segunda recesión», encadenándose 11 trimestres consecutivos de contracción de la actividad económica.

La crisis fue asimétrica a nivel mundial y a nivel europeo, viéndose algunos países como España especialmente afectados. En nuestro caso, el peso desmesurado del sector inmobiliario en la economía del país, con familias y empresas altamente endeudadas, y una fuerte relación entre el «ladrillo» y el sector financiero hizo que la crisis fuera mayor y se sufriera con una especial intensidad. Ello hizo que, aun partiendo de niveles iniciales de Deuda Pública moderados, la gran caída que experimentó la recaudación fiscal, deviniera en fuertes déficits de las cuentas públicas e incrementos de la deuda soberana. Ello llevó a que los mercados sospecharan de su solvencia para poder afrontar sus obligaciones futuras de pagos y a que la capacidad de las políticas públicas para amortiguar los efectos de la crisis se viera fuertemente comprometida.

Aunque en términos macroeconómicos, el PIB tocó fondo en el año 2013, tras haber caído casi un 9%, en términos acumulados desde el año 2008, y oficialmente dejáramos atrás la crisis en el año 2014 (aplicando la definición oficial de recuperación de dos trimestres enlazados de crecimiento económico), el nivel de PIB del año 2007 no se superó hasta 2016 y el máximo de 2008 no se volvió a alcanzar hasta el primer trimestre de 2017.

La crisis ha generado un enorme sufrimiento a la población española, empobreciendo a las familias y sumiéndolas en la inseguridad. Durante el periodo de crisis el número de personas desempleadas se incrementó en 4,5 millones entre 2008 y 2013. Los indicadores de desigualdad en renta y el porcentaje de población en riesgo de pobreza o de exclusión social no deja-

ron de crecer hasta situarnos como uno de los países de la Unión Europea con mayores desigualdades, siendo particularmente preocupantes los datos sobre pobreza infantil. Más allá de la definición oficial de crisis, aunque los indicadores macroeconómicos se hayan recuperado desde 2014 y el mercado laboral vuelva a crear empleo, los indicadores sociales se mueven muy lentamente y no se puede hablar de una recuperación sólida respecto a los valores anteriores a 2008. Así pues, la crisis no solo ha dejado cicatrices sino que la recuperación económica no ha restaurado los niveles iniciales de muchos indicadores sociales, por lo que los efectos que ha causado la misma podrían prolongarse durante años.

La salud es uno de los pilares donde se apoya el bienestar de los individuos y las sociedades. Desde la perspectiva individual, aunque disfrutar de una buena salud no es condición suficiente para alcanzar o mantener un alto grado de bienestar, en términos generales, es condición necesaria, como lo muestran distintos estudios sobre felicidad y satisfacción con la vida realizados en las últimas décadas. En este contexto cabe preguntarse cuál ha sido el efecto de la crisis sobre la salud de las personas que residen en España.

Este fue el cometido encargado por el Ministerio de Sanidad a este equipo de investigación, tomando tres elementos en consideración. En primer lugar, aunque la crisis económica pueda haber afectado al Sistema Nacional de Salud (SNS), los servicios sanitarios son uno de los determinantes de la salud de las poblaciones, importante pero no único, y, por ende, el presente informe no es un compendio de las medidas adoptadas a nivel nacional o regional en materia sanitaria. En segundo lugar, hay efectos de las crisis económicas que pueden tener reflejo inmediato en la salud de la población, o de ciertos colectivos, pero hay otros efectos que puedan tardar años en apreciarse. En tercer lugar, el trabajo se ha realizado en un tiempo limitado y con las bases de datos disponibles para ello. Un encargo de esta naturaleza puede abrir un campo de investigación permanente pero las autoridades que han encargado este trabajo querían tener una visión actualizada del objeto de estudio. El segundo y el tercer punto hacen que este informe no se deba considerar un trabajo culminado y las conclusiones alcanzadas sean definitivas. Al contrario. Son limitaciones que han de tenerse en consideración para seguir avanzando en el conocimiento de las consecuencias de esta crisis económica reciente para la salud y en el diseño y desarrollo de políticas que palién sus efectos más negativos sobre el bienestar de las poblaciones presente y futuras.

El trabajo se articula de la siguiente manera. Tras un resumen ejecutivo, en primer lugar, abordaremos una conceptualización de las crisis económicas. Ello nos llevará a señalar qué se entiende por crisis de manera oficial por parte de las instituciones internacionales y a aportar varias cifras clave que reflejen cómo ha afectado esta crisis a la economía española. A

continuación, revisaremos los tipos de efectos y mecanismos de acción de las crisis económicas sobre la salud y el papel de las políticas públicas. Asimismo, identificaremos qué grupos de población han sido señalados como más vulnerables en crisis precedentes, así como las dificultades metodológicas más relevantes para identificar los efectos de las crisis. El primer epígrafe se cerrará con la revisión del conocimiento acumulado de crisis precedentes. El segundo epígrafe se dedica a la revisión de la literatura más relevante generada en España o sobre España en relación a los efectos que ha tenido la crisis sobre la esperanza de vida, mortalidad, salud autopercebida, salud mental, problemas de salud en grupos seleccionados, impacto sobre el acceso y utilización de los servicios sanitarios e impacto sobre desigualdades en salud. En el tercer epígrafe, analizaremos indicadores de evolución de la salud de la población residente en España, entre los años 2002 y 2017, divididos en cinco grandes bloques: (i) indicadores básicos de resultados en salud; (ii) indicadores sobre comportamientos en salud; (iii) indicadores sociales de riesgo para la salud; (iv) indicadores de acceso a servicios sanitarios; (y v) indicadores de satisfacción con los servicios sanitarios. Para ello, se ha utilizado, siempre que ha sido posible, datos de libre acceso a través de internet, al alcance de cualquier ciudadano, investigador, profesional o decisor. Dada la extensión del epígrafe y el elevado número de indicadores manejados, al final del mismo se presenta un resumen de los indicadores y su evolución. El epígrafe cuarto se dedica a compendiar las principales conclusiones extraídas de los análisis realizados en los epígrafes precedentes y se finaliza, en el epígrafe cinco, con un conjunto de recomendaciones dirigidas a los responsables públicos.



# 0. Resumen Ejecutivo

La crisis ha afectado de manera intensa a la economía y la sociedad española. Tanto los principales indicadores económicos como aquellos que hacen referencia a la desigualdad y el riesgo de pobreza y exclusión social se han visto negativamente influidos. Pese a la recuperación macroeconómica, estos últimos siguen mostrando cifras muy preocupantes, mostrando que la recuperación económica no se ha trasladado a la sociedad de manera homogénea.

Las crisis económicas suponen riesgos para la salud de la población alterando los recursos disponibles para la ejecución de políticas públicas (incluyendo las sanitarias), destruyendo empleo, reduciendo las rentas familiares y generando migraciones masivas. No obstante, no hay leyes universales sobre las reacciones de la salud ante las crisis económicas, dado que dependen del contexto institucional, cultural y social y de la intensidad, duración y velocidad de la caída, así como de los tipos de respuestas públicas y sociales. Por tanto, los efectos de las crisis dependen en gran medida de las políticas de protección social, de la red de seguridad del Estado del Bienestar y de la vertebración de las redes sociales y familiares. De este modo, crisis que han tenido lugar en los mismos años han afectado de manera dispar a distintos países en función de los elementos señalados.

Asimismo, no es fácil cuantificar los efectos de la crisis económica sobre la salud. A los problemas generales de identificar con rigor relaciones de causa y efecto, se añaden otros problemas específicos relacionados con la cronología de la crisis y las medidas de su intensidad, así como de la disponibilidad de datos en tiempo y forma adecuadas para realizar los análisis.

De los estudios realizados en distintos países sobre anteriores crisis, los resultados son sorprendentemente contradictorios y, en algunos casos, contraintuitivos. En muchos casos las crisis se han visto acompañadas de mejoras en la salud poblacional, si bien en otras ocasiones se identifica el efecto contrario. Asimismo, se debe señalar que los efectos son asimétricos en la población, afectando más a subgrupos vulnerables como las familias con miembros desempleados, los inmigrantes, los niños y los ancianos.

La revisión de la literatura sobre los efectos de la reciente crisis (hasta octubre de 2017) no ha identificado un impacto negativo sobre la evolución de la esperanza de vida ni sobre la mortalidad, en general, si bien existe polémica sobre la evolución de la tasa de suicidios. En materia de salud auto-percibida tampoco se detecta un empeoramiento general, si bien sí se identifican grupos cuya evolución ha empeorado (desempleados, especialmente, los de larga duración y mujeres sin estudios). El grupo más nutrido de es-

tudios es el que analiza los problemas de salud mental, documentándose en muchos de los trabajos un impacto negativo de la crisis en esta dimensión, más intenso en varones, siendo especialmente relevantes el estatus laboral y el nivel de estudios. En materia de acceso y utilización de servicios sanitarios, los años de la crisis parecen haber aumentado las barreras al acceso a la atención médica y las necesidades insatisfechas, especialmente en el caso de las personas con menor capacidad adquisitiva. Finalmente, algunos trabajos identifican que la crisis ha mantenido o agudizado algunas desigualdades en salud ya existentes antes de la misma en materia de mortalidad y comportamientos saludables.

En el apartado tres analizamos la evolución que han experimentado en España, entre los años 2002 a 2017, los principales indicadores de salud, los indicadores de comportamientos en salud, indicadores sociales de riesgo para la salud, indicadores de acceso a servicios sanitarios e indicadores de satisfacción con los servicios sanitarios. Comenzando por los datos de evolución de salud, se observa que los distintos indicadores de esperanza de vida (al nacer, a los 65 años, en buena salud) y los indicadores de mortalidad (tasas de mortalidad estandarizadas, fallecimientos prematuros y Años Potenciales de Vida Perdidos), han presentado una evolución favorable pese a la crisis económica. En relación con la salud autopercebida, el porcentaje de población adulta que indica que su salud es buena o muy buena mejoró entre el periodo anterior a la crisis y los años de crisis, para empeorar ligeramente en los últimos años de análisis. En cuanto a las enfermedades crónicas, en general, con la excepción de la Diabetes Mellitus, la prevalencia de enfermedades diagnosticadas y reportadas no muestran que durante los años de crisis se haya producido un incremento en las mismas. No obstante, en el campo de los factores de riesgo vascular (hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad), los indicadores muestran una evolución desfavorable a lo largo del periodo.

Pasando ya a los comportamientos en salud, la evolución en porcentaje de la población que consume tabaco, cannabis o es sedentaria ha evolucionado de manera muy favorable a lo largo del periodo, si bien la prevalencia de tabaquismo y consumo de alcohol sigue siendo muy elevada en población joven. En el apartado de indicadores sociales de riesgo para la salud, los indicadores de desempleo, riesgo de pobreza y exclusión social, privación material severa e índices de desigualdad en rentas mostraron una evolución muy desfavorable. Estos resultados muestran elementos de riesgo para la salud muy preocupantes y se distribuyen de manera asimétrica entre la población (afectando a los más jóvenes, a los peor formados, a los hogares monoparentales con niños y a los extranjeros de fuera de la Unión Europea).

En materia de indicadores de acceso a los servicios sanitarios, las listas y tiempos de espera muestran una evolución desfavorable, si bien hay que



interpretar estos resultados con precaución. En lo que respecta a las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios relacionadas con la renta, nuestros análisis muestra un gradiente en favor de las rentas bajas en las consultas a atención primaria, urgencias y vacunación antigripal, y un gradiente en favor de las rentas altas en las consultas al especialista y realización de mamografías. En el caso de la desigualdad económica en las necesidades médicas no atendidas o no cubiertas, se observa un gradiente procíclico significativo que perjudica a los individuos con menor nivel de renta. Finalmente, en materia de satisfacción de los ciudadanos, los servicios sanitarios públicos siguen siendo valorados muy positivamente. Sin embargo, cuando la pregunta se orienta hacia la evolución de la calidad de los mismos, la respuesta de los ciudadanos denota una conciencia clara de deterioro.

Nuestra principal conclusión es que la crisis, pese al sufrimiento y a la pérdida de bienestar causada, no parece haber afectado, al menos en el corto plazo, a la salud de los españoles ni a la de los extranjeros residentes en España, salvo en la dimensión de salud mental. No obstante, cabe matizar que los resultados observados para la población general no deben ocultar las grandes diferencias identificadas entre grupos sociales y por estatus de ocupación. Por otra parte, los indicadores socioeconómicos analizados han presentado una evolución alarmante como consecuencia de la crisis económica. Ello alerta sobre efectos de la crisis en la salud que podrían manifestarse transcurrido un tiempo, lo cual obliga a ser cautelosos a la hora de extrapolar las conclusiones derivadas de los indicadores de salud actuales al medio-largo plazo.

Por último, en nuestras recomendaciones, además de subrayar la necesidad de continuar invirtiendo en sistemas de información que nos permitan mejorar nuestro conocimiento sobre el efecto de las crisis económicas en la salud y bienestar de la población, se señala un conjunto de sugerencias concretas de intervención en diversos ámbitos de las políticas públicas de carácter transversal, se subraya la necesidad de evaluar las políticas, las ya implementadas y las intervenciones a desarrollar, y se recuerda que de esta crisis se pueden aprender valiosas lecciones, dado que la cuestión no es si se producirá otra crisis económica en el futuro sino cuándo, de qué intensidad, cómo afectará a la población y cómo actuaremos colectivamente para contrarrestar sus posibles efectos más negativos.



# 1. Conceptualización

## 1.1. Crisis económica: definición y algunas cifras de la reciente crisis española

La década más reciente de la historia de nuestro país está marcada por la profunda crisis económica iniciada a mediados de 2008 y que se prolongó hasta el año 2014. Al margen de la definición oficial de crisis económica, que empieza con dos trimestres consecutivos de caída del PIB real (Claessens y Kose, 2013) y marca el inicio de la fase descendente del ciclo económico, desde la perspectiva de la salud la crisis económica es un *fenómeno difuso*, que se resiste a conceptualizaciones y cronologías precisas. Durante las crisis económicas, con frecuencia precedidas por crisis financieras (Reinhart y Rogoff, 2009), aumentan el desempleo y el empobrecimiento de las familias. Dependiendo de su extensión en el tiempo y su gravedad también afectan en menor o mayor medida a servicios públicos básicos como la educación o la sanidad. La crisis económico-financiera en España se ha manifestado en caídas continuadas en el PIB, pérdidas de ingresos públicos, agravamiento del desempleo y otros problemas estructurales. Por su parte, las reacciones, tardías algunas, de las políticas anticrisis, se han reflejado en cambios normativos y en reducciones de los presupuestos públicos. Oficialmente, según la definición al uso antes mencionada, la crisis se inició en España el tercer trimestre de 2008 y habría concluido el segundo trimestre de 2014. Sin embargo, el nivel de PIB del año 2007 no se superó hasta 2016 y el máximo de 2008 no se volvió a alcanzar hasta el primer trimestre de 2017.

La erosión de los niveles de PIB per cápita fue aún mayor durante la crisis, pues la población residente en España, que había crecido a ritmos muy elevados en los primeros años del siglo XXI, debido fundamentalmente a la inmigración, continuó aumentando, si bien a menor ritmo, hasta el año 2012. Como consecuencia de esta dinámica, la renta per cápita cayó más de un 10% entre 2007 y 2013, lo que nos alejó más de 10 puntos de la media europea. Parte de esta pérdida se ha recuperado en los tres últimos años, gracias al fuerte crecimiento económico registrado, particularmente en 2015 y 2016, cuando tanto el PIB como el PIB por habitante han experimentado incrementos superiores al 3% anual (Oliva y Sánchez, 2017).

De la mano del cambio en el ciclo económico, la crisis causó en España un efecto devastador sobre el mercado laboral. Entre 2008 y 2013 se destruyeron más de 3,6 millones de puestos de trabajo (una pérdida acumulada del 1%); el número de parados, según la Encuesta de Población Activa, se

incrementó en 4,5 millones y la tasa de paro pasó del 7,9% en el segundo trimestre de 2007 al 26,9% de la población activa en el primer trimestre de 2013. La recuperación económica iniciada en 2014 está reduciendo los niveles de desempleo, de manera que, a finales de 2017, el número de parados se sitúa en torno a los 3,8 millones y la tasa de paro ha caído al 16,6%. Pese a ello, estas cifras continúan situando a España a la cabeza de la Unión Europea en tasa de desempleo, únicamente superada por Grecia. La reciente dinámica, que se manifiesta también en la creación de casi dos millones de empleos entre inicios de 2013 y finales de 2017, no debe ocultar los problemas que subsisten en el mercado laboral español, a saber, la excesiva temporalidad, el desempleo de larga duración, las dificultades de acceso al empleo de los jóvenes y, en general, la precarización de las relaciones laborales (poca estabilidad en el empleo y bajos salarios, que afectan no solamente a los trabajadores menos cualificados sino también a los mejor formados de la población ocupada). Pese a la innegable recuperación de los indicadores macroeconómicos, ninguno de estos problemas parece en vías de solución.

Relacionados con los puntos anteriores, la desigualdad y el riesgo de pobreza y exclusión social, ya preocupantes antes incluso del comienzo de la crisis, se han agudizado sustancialmente durante la misma. La desigualdad en la distribución de la renta, medida a través del coeficiente de Gini<sup>1</sup>, ha experimentado un incremento notable entre 2008 (32,4) y 2016 (34,5), situándose España entre los países europeos con mayor desigualdad y mayor crecimiento de la misma. La tasa AROPE, que mide el porcentaje de población en riesgo de pobreza o exclusión social, ha pasado del 23,8% en 2008 al 27,9% en 2016.

Este incremento de la desigualdad y la pobreza en España está en parte asociado a la creciente debilidad de políticas públicas correctoras de la situación. La capacidad de los presupuestos públicos para incidir en el bienestar material de la población española por la vía de los programas de gasto, bien sea en forma de prestaciones monetarias (pensiones, por ejemplo), bien mediante prestaciones en especie (sanidad, educación, servicios de atención a la dependencia, etc.), se vio gravemente comprometida a resultas del impacto que la crisis económica tuvo sobre las finanzas públicas de nuestro país. Ya en 2008 se inició un proceso de drástica caída de la recaudación fiscal. Entre 2007 y 2009 los ingresos públicos disminuyeron más de un 15%; la recaudación por IVA se redujo un 35% y la de los impuestos sobre la renta (IRPF y sociedades) bajó más de un 25%. En paralelo a este

<sup>1</sup> Principal indicador de desigualdad en la distribución de la renta. Este índice queda definido entre el valor 0, que representaría la igualdad absoluta en la distribución de la renta, y el valor 100, que se identifica con la máxima concentración teórica de la renta (toda iría a manos del mismo individuo o grupo reducido de individuos).

desplome de los recursos públicos, los gastos de las administraciones públicas aumentaron como consecuencia del efecto de la recesión sobre las prestaciones sociales (aumento del gasto en protección al desempleo, pagos de intereses de la Deuda Pública, o los fallidos intentos de las autoridades públicas de frenar la crisis con políticas de estímulo de la demanda, como el fracasado «Plan E» de infraestructuras públicas, por ejemplo). El resultado fue que el superávit público cercano al 2% del PIB que se había registrado en 2007 (como en 2006 y en 2005; un hecho inédito en la historia reciente del sector público español) mutó en el mayor déficit fiscal conocido hasta la fecha casi un 11% del PIB que lastró las posibilidades de compensar la contracción de la economía mediante políticas fiscales activas, puso al país al borde del rescate por parte de las autoridades europeas y obligó a la aplicación de un duro ajuste fiscal que se materializó en subidas de impuestos (la más importante, la del IVA) y en fuertes recortes del gasto público. La acumulación de saldos negativos en las cuentas públicas desde el año 2008 se ha traducido en unos niveles de endeudamiento público que se mantienen en torno al 100% del PIB desde 2014 y que suponen una fuerte carga para las cuentas públicas actuales (debido a las obligaciones del pago de intereses de la Deuda Pública) y para las generaciones futuras (tabla 1).

**Tabla 1. Evolución de algunos de los indicadores básicos de la economía española. 2007-2016**

|                              | 2007      | 2008      | 2009      | 2010      | 2011      | 2012      | 2013      | 2014      | 2015      | 2016      |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| PIB (millones de euros)      | 1.080.807 | 1.116.207 | 1.079.034 | 1.080.913 | 1.070.413 | 1.039.758 | 1.025.634 | 1.037.025 | 1.075.639 | 1.113.851 |
| Crecimiento real del PIB (%) | 3,8       | 1,1       | -3,6      | 0,0       | -1,0      | -2,9      | -1,7      | 1,4       | 3,2       | 3,2       |
| Crecimiento del PIB pc (%)   | 1,8       | -0,5      | -4,4      | -0,4      | -1,4      | -3,0      | -1,3      | 1,7       | 3,3       | 3,1       |
| PIB pc en PPC (UE-15 =100)   | 92,4      | 91,3      | 90,8      | 87,1      | 84,6      | 83,4      | 82,2      | 82,3      | 82,7      | 84,4      |
| Crecimiento del empleo (%)   | 3,2       | 0,2       | -6,1      | -2,6      | -2,8      | -4,8      | -3,4      | 1,1       | 3,0       | 2,9       |
| Tasa de paro (%)             | 8,2       | 11,3      | 17,9      | 19,9      | 21,4      | 24,8      | 26,1      | 24,4      | 22,1      | 19,6      |
| Tasa AROPE (%)               | n.d.      | 23,8      | 24,7      | 26,1      | 26,7      | 27,2      | 27,3      | 29,2      | 28,6      | 27,9      |
| Índice de Gini               | n.d.      | 32,4      | 32,9      | 33,5      | 34        | 34,2      | 33,7      | 34,7      | 34,6      | 34,5      |
| Gasto público (% PIB)        | 39,0      | 41,1      | 45,8      | 45,6      | 45,8      | 48,1      | 45,6      | 44,9      | 43,8      | 42,2      |
| Presión fiscal (% PIB)       | 37,1      | 32,9      | 30,6      | 32,1      | 32,0      | 33,1      | 34,0      | 34,5      | 34,6      | 34,3      |
| Ingresos públicos (% PIB)    | 41,0      | 36,7      | 34,8      | 36,2      | 36,2      | 37,6      | 38,6      | 38,9      | 38,5      | 37,7      |
| Saldo público (% PIB)        | 1,9       | -4,4      | -11,0     | -9,4      | -9,6      | -10,5     | -7,0      | -6,0      | -5,3      | -4,5      |
| Deuda pública (% PIB)        | 35,6      | 39,5      | 52,8      | 60,1      | 69,5      | 85,7      | 95,5      | 100,4     | 99,8      | 99,4      |

Fuente: Ampliado de Oliva y Sánchez (2017) a partir de datos del INE (Contabilidad Nacional, Encuesta de Población Activa y Encuesta de Condiciones de Vida), Eurostat y Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

## 1.2. Tipos de efectos y mecanismos de acción de las crisis económicas sobre la salud

Conviene diferenciar entre efectos a corto y a largo plazo, entre efectos directos e indirectos y entre consecuencias reversibles e irreversibles de las crisis. Además, hay que distinguir entre efectos de la crisis sobre la salud y efectos sobre los servicios sanitarios, que a su vez pueden resultar en cambios de salud. Hay que diferenciar también entre los efectos sobre la salud y sobre el bienestar, siendo difusa la frontera entre ambos conceptos. Además, la repercusión de las crisis sobre la salud y el bienestar dependen fuertemente del contexto institucional, de los mecanismos públicos contracíclicos y de la vertebración de la sociedad civil.

En cuanto al contexto institucional, el Estado del Bienestar, que cuida a sus ciudadanos y expresa la solidaridad social, convertida en norma, marca una gran diferencia. Puesto que las políticas sociales afectan a los principales determinantes poblacionales de la salud, la extensión de las políticas sociales universales dirigidas a los grupos más vulnerables se asocia a mejor salud global. Por ejemplo, el alcance de las políticas dirigidas específicamente a las familias monoparentales reduce la mortalidad infantil, y la generosidad de las políticas de pensiones básicas universales reduce el exceso de mortalidad de los mayores (Lundberg et al., 2008). En los países de la OCDE, los efectos del desempleo sobre la salud dependen, entre otros elementos, de la extensión de la cobertura de la Seguridad Social (Gerdtham y Ruhm, 2006).

La vertebración social y el capital social tienen un efecto protector de la salud durante las crisis. En los antiguos países del bloque soviético, el capital social, medido por la pertenencia a organizaciones sociales, amortiguó la subida de mortalidad a raíz de la desintegración económica y las privatizaciones masivas (Stuckler et al., 2009). Por el contrario, la combinación de descomposición de las instituciones y falta de redes sociales de apoyo agravó las consecuencias de la transición del comunismo al capitalismo en Rusia (Martin, 2002).

Las crisis económicas tienen ganadores y perdedores, cambian las reglas del juego institucional, los grupos detentadores de poder económico y generalmente suelen hacer variar la distribución de la renta. Puesto que no sólo el nivel de renta per cápita de un país, sino también su distribución determinan el nivel de salud (Lynch et al., 2004; Babones, 2008; Leigh y Smeeding, 2009), las crisis económicas pueden terminar afectando a la salud por la vía de los cambios en la concentración del poder económico. También hay que distinguir entre los efectos sobre las personas y familias, los efectos sobre los gobiernos y las políticas (que, en último término, acaban afectando

a las familias y las personas) y los efectos sobre el reparto de la riqueza y las desigualdades sociales.

Los efectos de corto plazo de las crisis sobre la salud se pueden producir por tres vías, muy relacionadas entre sí: las migraciones, el empobrecimiento y el desempleo. Las migraciones masivas son la respuesta a la pobreza y al empobrecimiento causado en múltiples ocasiones por las crisis económicas. El efecto renta de las crisis depende del nivel de partida y de llegada y de la velocidad del cambio. Las relaciones entre renta y salud, bidireccionales y no lineales, cambian a lo largo de la vida de las personas, pero los niños pobres son particularmente vulnerables. El *quid* de los efectos de las crisis sobre la salud está en las pérdidas de renta de las familias y el empobrecimiento repentino, la mayoría derivadas de la pérdida del empleo y la imposibilidad de encontrar otro trabajo, que ya en el corto plazo, cuando se rebasa cierto umbral crítico, éstas empiezan a afectar a la salud. Las crisis empobrecen a muchas familias. Una de las consecuencias inmediatas es el cambio de pautas de alimentación, que, dada la estructura de precios relativos de los alimentos, puede llevar, paradójicamente, a la obesidad de las familias empobrecidas del primer mundo (Drewnowski y Specter, 2004). La pobreza y la falta de educación son *causas* de la obesidad, y la calidad de la dieta está muy relacionada con el nivel socioeconómico (Darmon y Drewnowski, 2008).

Así, la educación puede actuar como mediador en los efectos a largo plazo de las crisis económica. La conexión causal entre educación y salud está bien establecida, y es bidireccional (Cutler et al., 2008; Groot et al., 2007; Groosman y Kaestner, 1997). Los beneficios de la educación sobre la salud constituyen uno de los denominados *beneficios no monetarios de la educación*. Los niños que gozan de buena salud tienen mejor rendimiento escolar y de adultos serán por ello más sanos, ya que acumulan habilidades cognitivas para procesar información sobre la producción de salud. Además, los niños más sanos son objeto de una inversión educativa más intensa por las expectativas de rendimiento a largo plazo y tendrán mejores oportunidades laborales por esta doble vía: mejor salud y más educación. Mejores oportunidades laborales se asocian a una mayor renta futura, lo cual también se asocia positivamente con la salud en edades medias y avanzadas de la vida. Por tanto, existe un círculo virtuoso entre buena salud en edad infantil y bienestar presente y futuro de la persona. Y, al contrario, padecer una mala salud puede incrementar considerablemente el riesgo de caer en un círculo vicioso que derive en una trampa de pobreza. Estos argumentos no son puramente teóricos. Existen pruebas empíricas bien fundamentadas de que la obligatoriedad de la educación hasta cierta edad en las legislaciones europeas ha tenido efectos beneficiosos sobre la salud (Cutler et al., 2008). Si, como efecto de la crisis, se pierden años de escolarización y aumenta el



fracaso escolar, se acabará pagando, a la larga, la factura en términos de salud perdida y de un menor bienestar social.

Por otro lado, el desempleo se ha asociado con un aumento de la mortalidad general, las muertes por suicidio y con diversos problemas de salud (Bambra et al., 2009; Brenner, 1979; Brenner, 2005a; Brenner, 2005b), aunque también se ha asociado empíricamente con la reducción de la mortalidad general y por causas específicas (enfermedades cardiovasculares, accidentes de tráfico y laborales), e incluso con mejoras de salud en distintos países y períodos de tiempo (Gerdtham y Ruhm 2006; Ruhm, 2000; Neumayer, 2004; Jin et al., 1995). Esta disparidad de resultados es consecuencia en parte de la metodología y en parte de la realidad. Los efectos del desempleo sobre la salud se producen a nivel individual (para el que se queda desempleado y su familia) y a nivel contextual (vivir en una comunidad con problemas de desempleo) (Catalano, 2009). Hay mecanismos causales que ligan el desempleo y la salud con signos opuestos y efectos a corto y a largo plazo, lineales y no lineales. Por una parte, el desempleo influye negativamente en la renta, de manera más o menos intensa dependiendo de la generosidad de las prestaciones económicas públicas del país (en cuantía y duración). El empobrecimiento empeora la dieta, las condiciones de vida y la salud mental. Pero, por otra parte, el desempleo reduce el coste de oportunidad del tiempo y el estrés del trabajo, permite dormir más y dedicar tiempo al autocuidado de la salud. Además, reduce la exposición a accidentes laborales y de tráfico. A nivel contextual, el descenso de la producción industrial reduce la contaminación, afectando positivamente a la salud de la población residente en el área. Así pues, el efecto neto del desempleo sobre la salud dependerá de la resultante de esos vectores contrapuestos.

Pasado cierto umbral, las migraciones, el desempleo y el empobrecimiento de las familias pueden terminar generando fuertes externalidades en costes, bajo la forma de violencia, delitos, inseguridad, marginalidad y exclusión social. A nivel individual, son fronteras difícilmente reversibles que perpetuarán la marginación. Por eso es esencial que, ante una situación de desempleo, particularmente de los jóvenes, se aproveche esta circunstancia para invertir en capital humano. Nunca las políticas sociales y de educación son tan esenciales como durante las crisis económicas.

### 1.3. El papel de las políticas públicas durante las crisis

El sector público tiene un papel fundamental en las crisis, no solo por las políticas, sanitarias o no, que afectan directa o indirectamente a la salud, sino

también por su capacidad para distribuir en el tiempo sus efectos económicos –planes de inversión, déficit corriente para afrontar las políticas sociales y redistributivas-. Así pues, la propia política económica tiene la capacidad de agudizar o aminorar el empeoramiento de la salud si retrasa o acelera la salida de la crisis.

Además de los efectos más visibles a corto plazo, como la reducción general de los presupuestos públicos, un efecto indirecto de las crisis es que la salud pierde prioridad para los gobiernos y visibilidad para las poblaciones, ante los problemas económicos más acuciantes. Se reducen los presupuestos de salud y de asistencia sanitaria, y se demoran los planes de inversión, incluyendo los de capital humano. Ante la urgencia de la crisis, se corre el riesgo de perder la atención a la intersectorialidad, a la «salud en todas las políticas» y a la prevención y los programas de largo plazo.

Las experiencias de crisis anteriores nos enseñan que algunas políticas han amortiguado y acertado los efectos adversos de las crisis económicas. En efecto, las redes sociales individuales y el mantenimiento de las políticas sociales actúan como factores protectores de la salud en esos períodos (Rivadeneira-Sicilia et al., 2014). Los programas y políticas laborales activas que mantienen y reintegran trabajadores al mercado podrían mitigar los efectos adversos del desempleo sobre la salud que se producen durante las recesiones económicas (Stuckler et al, 2009).

Según la corriente dominante durante esta crisis en la literatura biomédica, las políticas del bienestar y el mantenimiento del gasto social podrían ser potentes antídotos contra los efectos adversos de la recesión mientras que, por el contrario, las políticas restrictivas del gasto público y el objetivo de control de déficit serían nocivas para la salud. Este mensaje se ha plasmado en una frase de alto impacto mediático: «*La austeridad mata*» (Stuckler and Basu, 2013). Una palabra («austeridad») que tradicionalmente tenía connotaciones positivas, queda denostada y adquiere un tono peyorativo dominante en esos años (Segura-Benedicto, 2014). El mensaje de fondo es que la asociación entre crisis económica y muchos de los resultados negativos de salud es evitable (Wahlbeck & McDaid, 2012).

Prácticamente todos los países han puesto en marcha medidas restrictivas basadas en el paradigma de la austeridad, y han modificado el reparto de la carga financiera entre el sistema público y los usuarios con cambios de la financiación de las prestaciones. En algunos países se ha dado entrada a la financiación y colaboración privada en sanidad y en otros ámbitos, con el propósito de reducir las cargas públicas y de mejorar la eficiencia en la gestión, aunque no está claro que esto vaya a conseguir el objetivo perseguido.

Pero la base empírica del «austericidio» es con frecuencia endeble porque infiere resultados generales del análisis de entornos concretos (por ejemplo, comparando Grecia, Portugal y España con Islandia: Karanikolos

et al., 2013), en algunos casos cuando la crisis no había hecho más que empezar (Stuckler et al., 2009) y los gobiernos apenas habían empezado a definir sus reacciones de restricción o mantenimiento del gasto.

Pero ni los datos ni los métodos de esos estudios carecen de problemas. Aunque a veces los autores previenen de la dificultad para estimar relaciones causa-efecto con datos ecológicos (Baumbach & Gulis, 2014), lo cierto es que en muchas ocasiones concluyen como si dichas relaciones hubieran sido identificadas en el curso de sus trabajos. Y los hallazgos empíricos tienen un efecto multiplicador a través de la literatura científica. El debate científico sobre el triple eje crisis económica/políticas públicas/salud se inició al poco tiempo de iniciada la recesión y estuvo fuertemente propulsado por posiciones ideológicas que trascienden la salud y el propio sector sanitario. Argumentos teñidos de acusaciones de «neoliberalismo», datos cazados al vuelo para corroborar resultados. Es llamativo que varias de las revistas científicas de mayor relieve se hayan posicionado claramente con valoraciones apriorísticas sobre qué tipo de políticas públicas son deseables, y juzgando las políticas públicas más que a la luz de los datos, con el prisma de los preconceptos (Mladovsky et al., 2012). Llama también la atención la disparidad de resultados, con los mismos o similares datos, publicados por revistas científicas del ámbito de la Economía y de la Salud en lo concerniente a la estimación de los efectos de la crisis y la austeridad sobre la mortalidad, los suicidios o la salud en general. El caso griego se ha erigido como representativo de todos los países del entorno, y sobre este caso se han publicado muchos artículos con base empírica bastante limitada (véase, por ejemplo, Ifanti et al., 2013; Kondilis et al., 2013; Kentikelenis y Papanicolas, 2011). Nunca se había escrito tanto sobre Grecia en las revistas internacionales más prominentes. Tanto que en 2014 ha de publicarse una revisión sistemática sobre los efectos de la recesión griega sobre la salud (Simou & Koutsogeorgou, 2014). Entre enero de 2009 y marzo de 2013 se habían publicado 39 artículos en revistas internacionales, de ellos 23 (59%) «conceptuales» y 11 (28%) en *The Lancet*, que se erigió en paladín de la cruzada.

El problema de teñir los análisis de las políticas públicas frente a la crisis y sus efectos por posiciones ideológicas es que se pide a los datos, insuficientes y prematuros, adhesión a las tesis de los autores más que nueva evidencia, concluyendo, por ejemplo, que «*la interacción de la austeridad fiscal con shocks económicos y una protección fiscal débil es lo que en definitiva parece escalar las crisis de salud y sociales en Europa*» (Karanikolos, et al., 2013). Otro ejemplo es la aparente detección de relaciones causa-efecto entre la crisis económica y el gasto en salud, concluyendo que los recortes sanitarios afectan negativamente a la equidad, eficiencia y calidad de los servicios y, potencialmente, a los resultados en salud tras la crisis económica (Cylus et al., 2012).

Desde mediados de los años diez, el análisis se matiza y surgen claros oscuros y grises en el anterior panorama. La comparación de más países, todos europeos, permite encontrar una variedad de reacciones y efectos del ciclo económico adverso, que por otra parte no fue igual en intensidad en todos ellos. El nuevo mensaje se formula en positivo: la crisis y las restricciones presupuestarias derivadas de ella pueden aprovecharse para introducir cambios que mejoren la fortaleza, desempeño y resiliencia de los sistemas de salud (Thomson et al., 2015). Pero no solo las políticas de salud pueden proteger a la población, la educación es un factor protector de suma importancia (Cutler et al., 2015), lo que nos remite a la visión amplia de políticas sociales y de capital humano más allá de la salud. Si el paradigma de la «Salud en Todas las Políticas» tiene abogados, ¿por qué no el de «Educación en Todas las Políticas»?

Por tanto, en cualquier caso, el análisis de las políticas públicas durante (y como reacción a) las situaciones de crisis económicas ha de considerar las distintas dimensiones del bienestar social, e ir más allá de las intervenciones en el sistema sanitario que, si bien son las más visibles, no necesariamente han de coincidir con las de mayor impacto sobre la salud. Las lecciones sobre políticas frente a la crisis que proponía Stiglitz en los años 90 del pasado siglo se basan precisamente en plantear simultáneamente políticas macroeconómicas y atención a los mercados, pero también de protección social a los más vulnerables (Stiglitz, 1999).

### 1.3.1. Crisis y sanidad

Las crisis imponen restricciones presupuestarias exógenas a la sanidad y a las políticas sociales, y hay que reasignar recursos. Según el Sistema de Cuentas de Salud, el gasto sanitario público no se ajustó inmediatamente tras la llegada de la crisis. De hecho, creció entre los años 2007 y 2010 desde 64.216 a 75.118 millones de euros. Llegado ese momento, los ajustes presupuestarios le hicieron caer hasta los 66.799 millones en el año 2014, para después volver a crecer hasta los 71.036 millones en el año 2015 (último año disponible en el momento de redactar estas líneas).

Las políticas sociales tienen un coste, monetario y de oportunidad, mayor aún en tiempos de obligada consolidación fiscal. La crisis ha hecho que las políticas sanitarias hayan estado marcadas por las políticas económicas y fiscales, y las decisiones clave se hayan tomado espoleadas por las exigencias presupuestarias del corto plazo. Naturalmente, los efectos de la crisis sobre el acceso y la utilización de la sanidad son más tangibles e inmediatos que los efectos sobre la salud.

La crisis puede afectar tanto a la eficiencia como a la equidad de los sistemas sanitarios. Pueden ser momentos en los que las penurias presupuestarias empujen estrategias de mejoras en la eficiencia de los recursos invertidos (llevar los recursos allí donde más salud generen) pero también se corre el riesgo de que el énfasis se traslade enteramente al ajuste presupuestario, lo cual conllevaría el riesgo de erosión de estrategias y programas donde las inversiones presentes tardan tiempo en hacerse visibles (en especial los programas de salud pública de amplio recorrido), lo que puede dañar tanto a la eficiencia como a la equidad del sistema. Tradicionalmente, el sistema sanitario español se cualificaba como más equitativo que eficiente. El reto no era salir indemnes de la crisis, sino que los daños colaterales en la periferia social fueran mínimos. Para ello, y aunque monitorizar la dinámica de los promedios es necesario, mucho más lo es monitorizar la evolución de las desigualdades.

## 1.4. Atención a grupos vulnerables

Una crisis económica como la vivida en España, que no desplomó el PIB pero lo redujo significativamente, y que contrajo sensiblemente el gasto sanitario público y las políticas sociales, puede no notarse a corto plazo en los indicadores de salud de la población general, pero sí en determinados grupos vulnerables: niños, ancianos, pobres, desempleados, inmigrantes. La infancia merece interés especial, porque las consecuencias de las privaciones en la infancia se harán notar a lo largo de toda la vida. La pobreza se transmite entre generaciones (Case y Paxson, 2002) y la mala salud desempeña un papel importante en esa transmisión. Como ya se expuso, pero insistimos en ello, los niños de familias pobres adquieren enfermedades crónicas que reducen su capital humano en la edad adulta. La baja renta de los padres empeora la salud de sus hijos y condiciona su salud –y renta- futuras. Hay tres hipótesis sobre la transmisión de la pobreza y la mala salud: los modelos de la salud a lo largo de la vida (*life course models*), según los cuales la mala salud en la infancia condiciona la salud y el estatus socioeconómico en la edad adulta; la hipótesis de los orígenes fetales, que sugiere que el crecimiento intrauterino insuficiente es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades durante la vida adulta, y los modelos de senda (*pathways models*), según los cuales las condiciones de la infancia condicionan el estatus socioeconómico a la entrada en la edad adulta, que a su vez afecta a la salud. Otros grupos que han de monitorizarse por ser potencialmente vulnerables son los ancianos, los desempleados y los inmigrantes. Cada uno de ellos está en riesgo por motivos diferentes que le son propios, pero tienen en

común la posibilidad de desatención o despriorización, por ejemplo, muchos integrantes de estos colectivos podrían estar sufriendo las consecuencias de la pobreza energética (Benmarhnia et al., 2014). La población mayor es la que acumula una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, por lo que su estado de salud es más delicado y podría verse comprometido en mayor medida a consecuencia de cambios en sus condiciones de vida y determinantes de la salud, así como por la evolución de ciertas políticas públicas (pensiones, servicios sociales) afectadas por la crisis económica. Por su parte, los inmigrantes, aun cuando en el momento de llegada al país suelen disfrutar de un mejor estado de salud (efecto «inmigrante sano»), son más vulnerables a desarrollar peores estados de salud debido a su exposición a peores condiciones de vida y de trabajo, una situación laboral más precaria e incierta. Estos problemas son mucho mayores en el caso de inmigrantes en situación irregular, y deben añadirse los problemas de acceso a los servicios sanitarios, por lo cual pueden sufrir las consecuencias económicas de la crisis de forma más intensa que la población autóctona (Vázquez et al., 2014). Respecto a los desempleados, más abajo se aporta evidencia sobre su especial susceptibilidad a los efectos adversos de la crisis, en particular los parados de larga duración.

## 1.5. Dificultades metodológicas para evaluar los efectos de las crisis

No es fácil cuantificar los efectos de la crisis económica sobre la salud. A los problemas generales de establecer con rigor los fenómenos de causación se añaden otros problemas específicos relacionados con la cronología de la crisis y con las medidas de su intensidad.

En los modelos causales, la **causa** es el fenómeno desencadenante y responsable de los efectos. Los estudios empíricos crisis/salud son de dos tipos:

- a) Aquellos para los que el tiempo es el proxy esencial de la crisis. Estos estudios simplemente asocian determinados períodos temporales a las diferentes etapas pre-crisis, crisis, post-crisis. Utilizan datos agregados
- b) Aquellos que cuantifican la causa (por ejemplo, porcentaje de desempleados, caída del PIB o del gasto público social) y estiman relaciones causa-efecto. Pueden utilizar microdatos de personas, familias, empresas, etc. o datos agregados para grupos de población, áreas geográficas o países.

Los estudios de tipo «a» analizan series temporales. En sus análisis, ajustan tendencias, estiman series temporales interrumpidas o segmentadas, realizan análisis *jointpoint* para detectar momentos de cambio de tendencia; en último término se basan en un diseño antes-después, atribuyendo en último término toda la variación del resultado (mortalidad, salud, utilización sanitaria) a la causa (crisis económica) cuyo proxy es el tiempo cronológico. Obviamente, ignoran las otras posibles causas coadyuvantes y contemporáneas a la crisis. Ejemplos de estudios de este tipo son el de López Bernal et al. (2013), que encuentra aumentos de suicidios en España durante la crisis, o el de Corcoran et al (2015), para los suicidios en Irlanda. En contraste, con los mismos datos otros autores alcanzan resultados opuestos (Regidor et al., 2014).

Una dificultad añadida de los estudios donde el tiempo es el proxy esencial de la crisis económica es la decisión sobre la cronología de la crisis. Aunque los modelos econométricos de series temporales son capaces de estimar los retardos distribuidos en el tiempo como consecuencia de una intervención o causa instantánea en forma de impulso (terremoto) o escalón, la crisis económica no es un terremoto que ocurra en un instante sino una secuencia continuada de malas noticias económicas que recorren la *fase baja del ciclo*. No hay un antes y un después (Librero et al., 2013) de la crisis económica. Por eso, algunos estudios han de hacer pruebas de robustez y análisis de sensibilidad para datar la propia crisis (véase, por ejemplo, Tapia Granados & Ionides, 2017). No obstante, en casos concretos, existe una fecha identificable para determinadas medidas reactivas a la crisis, como el cambio de los co-pagos de medicamentos, lo cual permite emplear con mayor garantía este tipo de modelos antes/después en situaciones concretas.

Los estudios que se han categorizado como tipo «b» son más ambiciosos porque intentan asociar y atribuir efectos a causas. Pueden emplear datos temporales, transversales o de panel, con distinto nivel de agregación, desde microdatos hasta datos para países enteros.

Los estudios empíricos de causa-efecto con series temporales agregadas se han utilizado ya desde antes de la reciente crisis para demostrar que las recesiones (mayores tasas de desempleo) no son necesariamente malas para la salud, pues la mortalidad se reduce en EEUU durante la fase baja del ciclo económico (Ruhm, 2000). Ese mismo autor, sin embargo, con datos más recientes hasta 2010 y una metodología similar, concluye que ya las recesiones no son lo que eran y no es tan clara la relación procíclica con la mortalidad (Ruhm, 2015).

Un paso más consiste en emplear datos longitudinales o paneles donde varios países, que se consideran comparables, se analizan a lo largo del tiempo, asociándose variables macroeconómicas explicativas con tasas de

mortalidad por diversas causas, a la vez que se controla por variables demográficas y de contexto (Gerdtham & Ruhm, 2006).

Como hemos dicho, los estudios difieren en los datos que emplean, en su diseño y en la metodología estadística que aplican. La solidez de los resultados es muy variable. Los estudios observacionales, con datos transversales o cortes transversales repetidos, o bien con datos longitudinales (panel) tienen una limitación intrínseca de diseño, pero no es factible diseñar experimentos con la crisis como variable exógena de interés y solo en casos muy especiales se ha podido contar con datos cuasi-experimentales en contexto de experimentos naturales. Los microdatos desagregados permiten estimar mejor las relaciones causa-efecto que los agregados, pues éstos están sujetos al sesgo ecológico y, al fin y al cabo, las relaciones de causalidad (por ejemplo, entre desempleo y salud), se producen a nivel individual.

Aunque cada vez con mayor frecuencia se emplean datos de registros administrativos e historias clínicas individuales, muchas veces la fuente se basa en muestras aleatorias representativas de grupos de población, que arrastran inevitables errores de muestreo. En muchos de los estudios, los datos provienen de encuestas, con los consiguientes problemas de valores perdidos no distribuidos aleatoriamente, sesgos de respuesta y de recuerdo, subjetividad en medidas esenciales (peso, talla, comportamientos relacionados con la salud, etc.). Otro problema frecuente en las encuestas es la discontinuidad de algunas preguntas y el cambio de definiciones de una a otra edición. Además, hay sesgos claros en muchas de las encuestas en cuanto a la muestra empleada, puesto que habitualmente excluyen población institucionalizada, y dejan fuera a las «colas» de la población. Por ello, difícilmente podemos suponer que son encuestas representativas, por ejemplo, de la gente que vive en la calle, o de las personas que residen irregularmente en el país. Con estos y otros problemas nos encontraremos en los análisis de este informe.

En el apartado anterior describimos algunos mecanismos y procesos por los que las crisis económicas pueden acabar afectando a la salud, directa e indirectamente, a corto y a largo plazo. Cuantificar cada uno de ellos es complejo y requiere métodos rigurosos, indicadores adecuados y tiempo (es decir, distancia temporal, que transcurra un tiempo suficiente para que los efectos de largo plazo se lleguen a apreciar). En cualquier caso, los efectos de la crisis económica sobre la salud tardan más en empezar a percibirse que los efectos sobre la renta y el bienestar económico de las familias y que los efectos sobre la sanidad.



## 1.6. ¿Qué sabemos a partir de la experiencia de crisis anteriores?

Las crisis anteriores en distintos países han sido analizadas en cientos de publicaciones y los resultados son sorprendentemente contradictorios y, en algunos casos, contraintuitivos (Márquez, 2012). La idea general para explicar estas aparentes contradicciones es que no hay una «Crisis Económica Estándar». Como ya se indicó anteriormente, el contexto importa, y la intensidad y duración de la crisis también.

No hay leyes universales sobre las reacciones de la salud ante las crisis económicas, porque dependen del contexto institucional, cultural y social y de la intensidad, duración y velocidad de la caída, así como de los tipos de respuestas públicas y sociales. Los efectos de las crisis dependen en gran medida de las políticas de protección social, de la red de seguridad del Estado del Bienestar y de las redes sociales y familiares.

En los países de rentas medias y bajas, las crisis económicas suelen tener más impacto porque afectan intensamente a los populosos grupos de población más vulnerables. Los efectos se producen por el impacto simultáneo de la caída de capacidad adquisitiva, en un contexto de fuertes subidas de precios, y de la pérdida de acceso a los servicios de salud, bien sea porque al perder el empleo se pierden también los derechos a la atención sanitaria, o bien porque los programas públicos de salud reducen su gasto. En México, la crisis de 1996 hizo aumentar la mortalidad de niños (0-4 años) y de mayores de 60 años entre un 5 y un 7%. Se ha estimado que unos 7.000 niños y unos 20.000 mayores habrían muerto como consecuencia de la crisis (Cutler et al., 2000). La crisis de 1997 de los «Dragones del Sudeste Asiático» tuvo consecuencias trágicas para la salud de los grupos vulnerables, particularmente de los niños y de los más pobres (Tangcharoensathien et al., 2000; Waters et al., 20031). Indicadores como la incidencia de bajo peso al nacer y de los niños en edad escolar o la incidencia de malaria, sarampión y diarreas infantiles reflejan el efecto de las crisis, que incluso se ha notado en las tasas ajustadas de mortalidad de Corea del Sur (Khang et al., 2005).

Un caso bien estudiado es el de Rusia. A raíz de la desintegración del régimen soviético y de la posterior puesta en marcha de estrategias de «terapia de choque» hacia el capitalismo, muchos de los países europeos del bloque oriental sufrieron un aumento considerable de la mortalidad. Entre 1990 y 1994, la mortalidad estandarizada por edad aumentó un 30% en Rusia y la esperanza de vida de los varones cayó de 64 a 58 años (la de las mujeres, de 74 a 71). Más del 75% de la caída de la esperanza de vida se debió a los aumentos de mortalidad de varones en edad laboral, sobre todo por causas externas y por enfermedad cardiovascular (Notzon et al., 1998; Wal-

berg et al., 1998; Shkolnikov et al., 2001). No es fácil establecer las causas porque ocurrieron simultáneamente la desintegración institucional, la crisis económica, y los problemas de drogadicción, alcoholismo, malnutrición y deterioro del sistema de salud (Martin, 2002; Leon et al., 1997; Leon et al., 2007). La rápida privatización de las empresas con el consiguiente aumento del desempleo, es una de las causas que se arguyen (Stuckler et al., 2009), aunque esta justificación ha sido objeto de intenso debate (Martin, 2002).

Como contrapunto a Rusia, la vecina Finlandia sufrió una severa recesión en esos mismos años, 1990-94, con un aumento del desempleo del 2% al 18%, que sin embargo no tuvo efectos adversos sobre la salud, más bien al contrario. Durante la crisis disminuyó el consumo de alcohol, con efectos favorables sobre la mortalidad, disminuyeron los suicidios (Hintikka et al., 1999) y los intentos de suicidio (Ostamo y Lonnqvist, 2001) y se redujo el gradiente socioeconómico de la mortalidad (Valkonen et al., 2000). Las prestaciones del Estado del Bienestar en Finlandia amortiguaron los efectos de la crisis, mientras que la desintegración institucional en Rusia los agravó.

En una sección anterior argumentábamos que los aumentos de desempleo ejercen influencias positivas y negativas sobre la salud. La resultante de esas dos fuerzas contrapuestas marca el signo final de la asociación entre desempleo y mortalidad, que varía de unas crisis a otras (Jin et al., 1995). En los años setenta, varios estudios con datos temporales concluían que el desempleo tiene efectos negativos sobre la mortalidad (salvo por accidentes) y sobre la salud (Brenner, 1979; Brenner, 2005a). Pero en los últimos años, aplicando métodos estadísticos de panel más sofisticados que controlan por efectos fijos del Estado (o la provincia) invariantes en el tiempo, diversos investigadores concluyen que se da la relación opuesta: la salud mejora en tiempos de crisis económica y empeora en años de bonanza. Deaton y Paxson (1999) concluyen que los aumentos de renta en épocas alcistas del ciclo hacen aumentar la mortalidad, por empeorar los estilos de vida. Ruhm (2005), basándose en un análisis con datos agregados para los estados de EEUU en los años 1972-1991, estima que las fases bajistas del ciclo se asocian a caídas de la mortalidad, y que un 1% de aumento del desempleo en los EEUU resulta en una reducción del 0,5% en la mortalidad general. Otro estudio posterior del mismo autor con microdatos de adultos para 1987-2000 observa que cuando subía el desempleo en los EEUU disminuía ligeramente la mortalidad y las personas reducían el consumo de tabaco y el exceso de peso, y aumentaban el ejercicio físico en el tiempo libre. Según las estimaciones de Ruhm (2005), la caída del 1% de la población ocupada reduce la prevalencia de tabaquismo, obesidad, inactividad física y múltiples riesgos para la salud en 0,6%, 0,4%, 0,7% y 1,1% respectivamente. Esos efectos se han notado particularmente entre las personas con patrones de comportamiento más

insanos: los grandes fumadores, los muy obesos y los que no hacían nada en absoluto de ejercicio físico.

El trabajo más reciente de Strumpf et al. (2017) también muestra cómo las tasas de mortalidad en las áreas metropolitanas de EEUU se redujeron entre 2005 y 2010, mientras las tasas de desempleo aumentaban, y explica la mayor parte de ese efecto por la disminución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares. Por el contrario, constata un aumento de las muertes por sobredosis entre los adultos entre 25 y 54 años. (Strumpf et al., 2017).

Otros estudios también han encontrado efectos pro-cíclicos del desempleo sobre la salud en otros países de rentas altas, además de EEUU (Tapia Granados, 2005a): Francia (Tom et al., 2007; Buchmueller et al., 2007), Alemania (Neumayer, 2005) y para un grupo de 16 países de la OCDE (Gerdtham y Ruhm, 2006). También se han publicado resultados similares para España (Tapia Granados, 2005b). Con datos de las provincias españolas (1980-1997), en los que el desempleo osciló entre el 7% y el 24% y un modelo de panel de efectos fijos, concluye que la mortalidad aumenta procíclicamente cuando hay expansión económica y bajada del desempleo.

Durante la Gran Depresión, entre 1929 y 1933, el Producto Interior Bruto en EEUU cayó alrededor del 40% y el consumo per cápita un 30%. El desempleo industrial subió del 7,9% al 26,1%. Un efecto tangible a corto plazo fue el aumento de suicidios. La tasa de suicidios de varones blancos aumentó a inicios de los años treinta en los tramos de edad 45 y 74 años (MacMahon et al., 1963). La salud de los desempleados fue empeorando a lo largo de la recesión, no solo por el efecto renta, sino también por el sesgo de selección, a medida que los trabajadores de salud más frágil iban siendo despedidos (Murray, 2007). Algunos estudios de la época (Sydenstricker, 1934) señalan que hubo mayor mortalidad en familias con sustentador principal sin empleo o trabajando a tiempo parcial, así como mayor incidencia de enfermedades en familias que experimentaron descensos en sus niveles de ingresos durante la recesión.

Es importante señalar que la literatura científica de las décadas pasadas encontraba consistentemente que la mortalidad tiene comportamiento procíclico (Ruhm, 2000; Ruhm 2005). Dicho brevemente, las crisis eran buenas para la salud. Sin embargo, los mismos autores han descubierto que ya no es así, o no tanto (para Estados Unidos) (Ruhm, 2013). Además, señalan que los estudios con datos temporales necesitan series largas, al menos de veinte años, para identificar relaciones de causa-efecto. La mortalidad cardiovascular y la derivada de los accidentes viales parece que sigue siendo procíclica, pero la mortalidad por cáncer repunta en tiempos de crisis, posiblemente porque el coste de tratar un caso de cáncer se ha multiplicado en la última década.

Por otra parte, aun cuando se observa que las crisis económicas no afectan a la evolución de las tasas de mortalidad o afectan en sentido favorable, cabe señalar que ello no implica que los resultados sean homogéneos en la población e incluso que la tendencia sea similar entre países. Blakely et al. (2008), durante la crisis económica que vivió Nueva Zelanda durante los años 80 y 90 del pasado siglo identificaron que la mortalidad cayó con más intensidad en la población de elevados ingresos en comparación con los más pobres. Por su parte, tomando como referencia el nivel educativo, Edwards (2008) identifica que, en EEUU, en las recesiones experimentadas a lo largo del periodo 1979-1998, se produjo un incremento de la mortalidad de los varones en edad laboral de bajo nivel educativo, un descenso en los de elevado nivel educativo y se mantuvo estable en los de educación intermedia. En el caso de Noruega, durante el periodo 1977-2008, los ciclos económicos afectaron de manera más intensa a los grupos socioeconómicos más favorecidos cuando la variable de identificación era la educación o los ingresos, pero cuando la variable era la riqueza, el grupo más afectado era el socioeconómicamente más desfavorecido (Tapia Granados e Ionides, 2008). En el caso de Finlandia, en la crisis ya reseñada de inicios de los años 90, la mortalidad cayó en mayor proporción entre los trabajadores manuales que entre los no manuales (Valkonen et al., 2000) o, en el caso de Japón, en los mismos años, la mortalidad se incrementó entre profesionales de clase alta y directivos, pero no entre trabajadores manuales (Wada et al., 2012).

En conclusión, después de revisar trabajos empíricos originales que buscan asociaciones entre crisis económica y salud, se puede concluir que el signo y la intensidad de los efectos dependen de las condiciones particulares en las que se produce la crisis, de su intensidad y duración. Pero de poco nos sirven los estudios para un país concreto como, por ejemplo, Estados Unidos, cuyas crisis elevan las tasas de desempleo hasta niveles allí considerados inaceptables pero que en España consideraríamos envidiables. Por tanto, lo más prudente es desconfiar de la validez externa de los análisis empíricos que asocian crisis económicas y salud poblacional y concentrarnos en los datos existentes y en los estudios realizados para España en la última y profunda crisis económica.

## 2. Revisión de la literatura española generada en los últimos años

En este epígrafe revisaremos la literatura publicada en revistas científicas sobre las consecuencias de la crisis en términos de salud y en términos de equidad, entendida tanto desde la óptica de los resultados (desigualdades en salud) como del acceso/utilización a/de los servicios sanitarios. Para ello, nos apoyaremos en una reciente revisión realizada por dos de las autoras de este informe, actualizándola al momento de realización de este trabajo (octubre de 2017) y ampliando la información con la que se describe cada trabajo (González López-Varcárcel y Barber, 2016).

En este sentido, se debe subrayar que el caso español no solo es interesante para los investigadores, decisores y personas residentes en España, sino también como caso de estudio, dado que la crisis económica y financiera iniciada en 2008 manifestó una gran intensidad y afectó en mayor medida al empleo y a la desigualdad en la distribución de la renta que en otros países europeos, como se ha mencionado más arriba.

La selección de artículos se centró en aquellos publicados a partir de 2008 hasta octubre de 2017 en revistas con revisión por pares, en inglés o español que incluyeran los términos austeridad, crisis, salud o España en el título o en el resumen. Las bases de datos de búsqueda fueron Pubmed, Google Scholar y Econlit. También se buscó literatura gris en las páginas web de los observatorios de crisis y salud de Cataluña<sup>2</sup> y la Escuela Andaluza de Salud Pública<sup>3</sup>. A partir de la selección inicial, se retuvieron revisiones y estudios originales para España o que incluyeran a España. Se descartaron los editoriales y artículos de opinión. También se buscaron referencias adicionales en la bibliografía de los artículos seleccionados.

### 2.1. Esperanza de vida, mortalidad general y causas de muerte

Comenzaremos por el trabajo de Tapia Granados e Ionides (2017). Estos autores analizan la evolución de la **esperanza de vida** en el momento del

<sup>2</sup> <http://observatorisalut.gencat.cat/es/observatori-sobre-els-efectes-de-crisi-en-salut/detall/informe/inici/>

<sup>3</sup> <http://www.easp.es/crisis-salud/>

nacimiento para el periodo 1998-2014 en 27 países europeos, junto con otros 15 indicadores complementarios de salud, empleando tres bases de datos de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial y utilizando diferentes modelos de análisis de datos de panel. Sus resultados señalan que en aquellos países más afectados por la crisis (entre ellos, España) la reducción de la mortalidad fue más intensa en el periodo de crisis económica (2007-2010) que en la etapa anterior a la crisis (2004-2007). Los patrones de mortalidad variaron procíclicamente para el total, por sexo, causas específicas de mortalidad (salvo suicidio, donde los resultados son débilmente contracíclicos) y los tramos de edad 30-44 y 75 y más años.

El estudio realizado por Regidor et al. (2014) analiza la evolución de las **tasas de mortalidad prematura** para varias causas. Para cumplir su objetivo, los autores estudian la evolución de las tendencias temporales, comparando antes y después del inicio de la recesión (1995-2011) un total de 15 indicadores de salud: tasas de mortalidad prematuras, general y específicas, por causa de muerte, más dos indicadores específicos de morbilidad. Todos los indicadores considerados, con la excepción de la mortalidad por cáncer y la incidencia de VIH, mostraron una tendencia decreciente durante todo el periodo, incluyendo los años de recesión económica (2008-2011). Los autores apuntan que los resultados deben ser tomados con precaución, dado que posibles efectos negativos de la crisis económica pueden reflejarse en la salud futura de la población, más que en la presente, y señalan la necesidad de estudios que continúen analizando los años posteriores a 2011.

El anterior trabajo tiene su continuación en el trabajo de Regidor et al (2016) donde los autores tratan de discernir la evolución de la tendencia observada en la **tasa de mortalidad** en distintos grupos socioeconómicos. Para ello, empleando datos del Censo de Población de los años 2001 y 2011, clasifican a la población en 3 niveles socioeconómicos (bajo, medio y alto), empleando dos indicadores de riqueza familiar: el tamaño de la vivienda (m<sup>2</sup>) y el número de automóviles que poseen los miembros del hogar. Cuando los autores emplean el tamaño de la vivienda para aproximar el nivel socioeconómico los resultados sugieren que la mortalidad descendió de manera intensa antes de la crisis en el grupo socialmente más favorecido y durante la crisis en el grupo socialmente más desfavorecido. Cuando se emplea la posesión de automóviles para aproximar el nivel socioeconómico, la mortalidad descendió de manera intensa antes de la crisis en el grupo socialmente más favorecido, y en los tres grupos de manera similar durante los años de crisis. Los resultados por nivel educativo (bajo versus alto, siendo la secundaria el límite divisorio) no muestran diferencias significativas en la reducción de mortalidad para ambos grupos después de la crisis comparada con antes de la crisis.

La **mortalidad evitable** es un indicador más fino que la mortalidad general, porque incluye únicamente las causas que hubieran podido atajarse, dentro o fuera de la sanidad. En Cataluña ha seguido la misma tendencia decreciente que la mortalidad general entre 2007 y 2014 (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2015) pero con un decrecimiento inferior y algunas de las causas presentan evolución desfavorable: cáncer de pulmón en mujeres, suicidios en varones. Sin embargo, la mortalidad evitable por enfermedad isquémica del corazón y por enfermedad cerebrovascular presentaron tendencias muy favorables, lo que en conjunto sugiere ausencia de impacto de la crisis sobre la salud poblacional en los primeros años de la misma.

Los **suicidios** han sido uno de los problemas a los que los investigadores han dirigido mayores esfuerzos de análisis en estos años. De este modo, ha habido varios estudios empíricos sobre la dinámica de los suicidios e intentos de suicidio durante la crisis, sin que los resultados sean concluyentes (López-Bernal et al., 2013; Librero et al., 2013; Córdoba-Doña et al., 2014; Miret et al., 2015; Saurina et al., 2015).

Laanani et al. (2015), utilizando datos de Eurostat, analizan el impacto de las variaciones del desempleo sobre las muertes por suicidio en 8 países de la Europa occidental entre los años 2000 y 2010. Sus resultados indican que la tasa de suicidio se incrementa en un 0,3% para un incremento del 10% en la tasa de desempleo. No obstante, sus resultados son solo estadísticamente significativos para Holanda, Francia y Reino Unido. En España no se encontró asociación entre desempleo y suicidio pese a ser el país con mayor tasa de paro. Los resultados y conclusiones no son muy diferentes en el trabajo de Fountoulakis et al. (2014), quienes emplean datos de Eurostat para 29 países europeos en el periodo 2000-2011. Aunque para el conjunto de los países se identifica una correlación significativa entre las tasas de desempleo y las de suicidio, en el caso de España esta correlación es muy débil, siendo cercana a cero (positiva para los varones y negativa para las mujeres).

López-Bernal et al. (2013), realizan un análisis de series temporales para los años 2005-2010 analizando los datos mensuales de suicidio obtenidos de la Estadística de Defunciones por Causa de Muerte del Instituto Nacional de Estadística, desagregando por región y grupos de edad. Los autores estiman un incremento del 8% en la tasa de suicidio asociado a la crisis económica. El análisis estratificado sugiere un mayor crecimiento en las zonas mediterránea y norte de España, en varones y en jóvenes. No obstante, este estudio fue fuertemente respondido por Librero et al. (2013), poniendo en duda sus principales conclusiones, en especial, la identificación de una relación causa-efecto entre crisis económica y muertes por suicidios.

Por su parte, Rivera et al. (2016) analizan la tasa de suicidios por regiones españolas entre los años 2002 y 2013. Su trabajo tiene el doble interés de identificar variables del ciclo económico relacionadas con las tasas de suicidio y estimar las pérdidas laborales asociadas a los mismos. En su primer análisis emplean un modelo de datos de panel que les permite identificar que el desempleo, el desempleo de larga duración y la tasa de crecimiento del PIB se asocian significativamente con las tasas de suicidio, siendo dicha asociación positiva entre la tasa de suicidio y tasa de desempleo y negativa entre la tasa de suicidio y la tasa de crecimiento del PIB. El segundo análisis apunta a que en el año 2013 se estimaron en 38.038 los años potenciales de vida laboral perdidos a causa de los suicidios, los cuales corresponderían a unas pérdidas laborales del orden de los 565 millones de euros. Este es uno de los escasos trabajos identificados que va más allá del año 2011. Ello hace que sea de especial interés al ampliar el periodo de estudio de años de crisis, si bien se ha de considerar también que el Instituto Nacional de Estadística advierte en una nota metodológica que en el año 2013 se produjo una mejora metodológica que afecta a los casos de muerte afectados por procedimiento judicial (como es el caso de los suicidios).

Empleando también datos mensuales de la Estadística de Defunciones por Causa de Muerte para el periodo 1980-2014, Álvarez-Gálvez et al. (2017) aplican un análisis de series temporales que les lleva a identificar dos periodos diferenciados: 2007-2011 y 2011-2014. Durante la primera parte de la crisis, la tendencia es decreciente aunque no estadísticamente significativa, mientras que en el segundo lapso temporal se identifica una relación positiva y significativa entre el desempleo y el PIB per cápita y las tasas de suicidio. El análisis regional muestra patrones similares en distintas regiones españolas.

Saurina et al. (2015) analizan si el incremento en las tasas de suicidio en Cataluña desde el año 2000 hasta el año 2011 es estadísticamente significativo y si está asociado al crecimiento del desempleo. Para ello desarrollan modelos jerárquicos mixtos cuya variable a explicar es la tasa de muerte por suicidio en municipios mayores y menores de 10.000 habitantes por sexo y por grupo de edad. La principal conclusión de los autores es que el incremento observado en la tasa de suicidio no es estadísticamente significativo en conjunto aunque sí lo es para algunos grupos concretos: mujeres en edad laboral (16-64 años) residentes en municipios de 10.000 o más habitantes. Sin embargo, no se encontró asociación significativa entre el incremento de la tasa de desempleo y tasa de suicidio.

Miret et al. (2015), estiman la prevalencia de **ideación e intento de suicidio** en población general en España comparando periodos anteriores a la crisis con años de crisis económica y analizando factores asociados para diferentes grupos etarios. Para ello realizan una encuesta representativa de la población residente en España para los años 2011-2012 y comparan sus resultados con



los del proyecto ESEMED, realizado en los años 2001-2002. La principal conclusión de los autores es que la prevalencia de la ideación e intentos de suicidio no cambió significativamente en el periodo objeto de estudio.

Por su parte, Córdoba-Doña et al. (2014), centran su análisis en el impacto de la crisis sobre los intentos de suicidio registrados en Andalucía y en su relación con el desempleo, la edad y el sexo. Analizan un periodo temporal que cubre los 5 años previos a la crisis (2003-2007) y 5 años de crisis (2008-2012) empleando modelos de regresión lineal con efectos fijos. Los autores encuentran un crecimiento de los intentos de suicidio en los años de crisis. Los adultos de 35 a 54 años fueron el colectivo más afectado. Asimismo, los intentos de suicidio se asocian a las tasas de desempleo en el caso de los varones mientras que este efecto no es significativo en el caso de las mujeres. Como principal limitación del trabajo se identifica que los intentos de suicidio se obtienen a través de las llamadas de emergencia al número 112, lo cual supone, por una parte, que los intentos no notificados no son observados ni, por tanto, analizados, y, por otra, que cambios temporales en la utilización del número de emergencias 112 son indistinguibles del efecto crisis.

En suma, la crisis, en términos generales no parece haber afectado en el corto plazo de manera negativa a las **tasas de mortalidad**. De hecho, algunos trabajos identifican para nuestro país, (coincidiendo con los trabajos citados en el epígrafe 1 para otros países de rentas altas), una relación procíclica entre las tasas de mortalidad y la evolución del PIB.

Una parte sustancial de los trabajos se han dirigido a analizar la relación existente entre la **crisis económica y los suicidios**. La revisión de estos trabajos no apunta una conclusión clara sobre esta relación. Los resultados sugieren conclusiones diferentes, en ocasiones incluso contradictorias entre estudios. En todo caso, los efectos parecen ser diferentes en función del sexo y la edad considerados, mientras la tasa de desempleo tampoco refleja una relación sólida y repetida en los estudios en cuanto a su relación con los suicidios. Una de las precauciones que mencionan la mayoría de los estudios es continuar con los análisis contando con un lapso temporal más amplio, lo cual puede ayudar a clarificar la relación entre ciclo económico y esta causa de muerte.

## 2.2. Salud autopercebida

La salud autopercebida tampoco parece haber decaído durante la recesión (Regidor et al., 2014). De hecho, comparando las encuestas de salud de 2006, 2011 y 2014, se aprecia incluso una mejora en la percepción de la salud

de la mayor parte de la población, a diferencia de lo que ocurre con otros países europeos donde la crisis económica fue menos dura (Bacigalupe et al., 2016). Esta mejora en la percepción de la salud podría asociarse a que, en el ranking de prioridades, la salud pierde puestos con respecto a otras preocupaciones (como el trabajo o las dificultades económicas) durante los períodos de crisis.

Utilizando una fuente diferente, como las Encuestas de Condiciones de Vida de 2007 y 2011, Calzón et al. (2016) realizan un análisis multivariante sobre una muestra de 43.900 personas adultas de hasta 65 años, siendo la variable a explicar la salud percibida. La buena salud percibida se incrementó del 75% en 2007 a un 83% en 2011. La menor probabilidad de presentar mala salud percibida fue estadísticamente significativa tanto en varones como en mujeres. El desempleo fue un factor de riesgo para la mala salud percibida en los varones, mientras que en las mujeres se quedó al límite de la significación estadística. El trabajo de Urbanos-Garrido y López-Valcárcel (2015) también muestra una asociación positiva y significativa entre desempleo y mala salud percibida, particularmente intensa cuando el desempleo es de larga duración.

Por su parte, Aguilar-Palacio et al. (2015) utilizan la Encuesta Nacional de Salud (ediciones de 2001 a 2011-12) y la Encuesta Europea de Salud de 2009 para analizar la evolución entre la relación entre el nivel educativo y la salud percibida. Para ello, clasifican con mala salud percibida a aquellas personas que valoraron su salud como regular, mala o muy mala, frente a aquellas personas encuestadas que la definieron como buena o muy buena. Utilizando un análisis multivariante (regresión logística) concluyen que la prevalencia de mala salud percibida fue mayor en las mujeres con nivel educativo bajo y mejoró en las de nivel educativo alto, observándose importantes diferencias entre CCAA. Aunque la prevalencia de mala salud percibida no varía en el periodo analizado, se identifican desigualdades en su evolución según el nivel educativo y el sexo.

## 2.3. Salud mental

El impacto de la crisis sobre la salud mental está bien documentado (Frasquilho et al., 2016; Moreno-Küster et al., 2017). En general, los estudios apuntan a que la crisis se asocia con un crecimiento en la prevalencia de los trastornos mentales y a un incremento del riesgo a padecer problemas de este tipo. Sin embargo, este crecimiento ha sido desigual. Varios estudios identifican que el agravamiento de los problemas mentales se ha dado sobre todo en varones en edad laboral, especialmente en aquellas personas en

situación de desempleo o con empleos precarios, y también se ha asociado con la presencia de problemas financieros en el hogar. Ello sugiere que el canal de causalidad se da entre mercado laboral-desempleo/precarización y enfermedad mental y que, por tanto, son las políticas sociales y no las sanitarias las que potencialmente pueden mitigar y revertir esta situación.

Norström et al. (2015) analizan si la relación entre desempleo y suicidio puede verse modificada por el grado de protección del país ante situaciones de desempleo. Asimismo, analizan si la reciente crisis presenta patrones diferenciados sobre el suicidio, en comparación con pasadas crisis económicas. Para ello, realizan un análisis de series temporales de 30 países para el periodo 1960-2012, incluyendo a España. En su análisis emplean modelos de efectos fijos, diferenciando entre 5 tipos o niveles de estados de bienestar con distintos niveles de protección ante situaciones de desempleo. Las dos principales conclusiones de los autores son que el impacto del desempleo frente al suicidio fue menor en la reciente crisis frente a crisis económicas pasadas y que dicho impacto se ve fuertemente influido por los niveles de protección ante el desempleo.

Por su parte, Gili et al. (2013), analizan en su estudio los contactos de la población con los servicios sanitarios de atención primaria (AP) durante los años 2006-07 y los comparan con los años 2010-11. La principal conclusión es que hubo un fuerte incremento de los trastornos mentales y del abuso de alcohol entre la población que utilizó los servicios de AP, especialmente entre las personas que padecían desempleo y sus familiares y en aquellas personas con problemas para pagar su vivienda.

Bartoll et al. (2014) analizan cambios en la salud mental en España y en la desigualdad en su prevalencia entre 2006 y 2011-2012 empleando para ello modelos de regresión de Poisson aplicados a las Encuestas Nacionales de Salud realizadas en aquellas fechas. Los autores identifican un incremento de la prevalencia de mala salud mental en varones, atribuido al estatus laboral, y un ligero descenso en mujeres. Asimismo, se identifica un aumento de las desigualdades socioeconómicas en salud mental en el caso de los hombres, mientras que en las mujeres la desigualdad parece no registrar cambios apreciables.

Urbanos-Garrido y López-Valcárcel (2015) estiman el impacto del desempleo (especialmente el de larga duración) sobre la salud mental de la población en edad activa y evalúan si durante la crisis dicho efecto se ha intensificado. Para ello, emplean las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2006 y 2011-2012 aplicando técnicas estadísticas de emparejamiento (matching) con el fin de estimar el efecto del desempleo sobre la salud auto-percibida, los trastornos mentales y el riesgo de deterioro de la salud mental. Asimismo, se emplea el método de diferencias en diferencias para determinar si el impacto del desempleo depende del contexto económico. Los re-

sultados apuntan a que el desempleo tiene un impacto negativo significativo sobre la salud mental. Este impacto se amplifica en el caso del desempleo de larga duración. Asimismo, se identifica que el impacto es significativamente más intenso durante la crisis económica.

Por su parte, Gili et al. (2016) analizan el impacto de la crisis en la salud mental diferenciado entre varones y mujeres. Se analizan datos de casi 7.914 pacientes encuestados en los años 2006-2007 y de 5.876 en los años 2010-2011, recogiendo datos sociodemográficos y la entrevista Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Entre los principales resultados del estudio cabe mencionar la identificación de un aumento de prevalencia del Trastorno Depresivo Mayor (incremento del 156% en varones y del 105% en mujeres), y del Trastorno de Ansiedad Generalizada (aumento del 98% en varones y del 71% en mujeres). La variable «estar desempleado» fue estadísticamente significativa en todos los análisis. Los autores concluyen que la prevalencia de los trastornos mentales se incrementó fuertemente entre 2006 y 2010 en ambos sexos, pero especialmente entre los varones, siendo la salud mental de este grupo de la población más sensible a los efectos de la crisis económica.

Basterra et al.(2016), emplean datos de los 47.905 participantes de las Encuestas Nacionales de Salud de 2006 y 2011-2012 para evaluar la prevalencia de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica en población adulta española en ambos años. Los principales resultados apuntan a que la prevalencia de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica apenas se movió entre ambas ediciones (20,5% en 2012 vs. 21,3% en 2006). Diferenciando por sexo, la prevalencia descendió en mujeres y se incrementó en varones (excepto en los de 65 y más años). La autora concluye que la prevalencia de alto riesgo de morbilidad psiquiátrica disminuyó, salvo en los varones en edad laboral, quienes serían más vulnerables a la crisis económica.

Ruiz-Pérez et al. (2017) analizan el papel de factores contextuales asociados a problemas de salud mental durante la recesión. Para ello, también emplean las ediciones de la Encuesta Nacional de Salud de los años 2006 y 2011-2012 incluyendo como variables explicativas información sociodemográfica de los participantes en las encuestas (sexo, edad, educación, nacionalidad, clase socio-profesional, estatus de empleo, estado civil), variables de apoyo psicosocial y añadiendo variables macroeconómicas (PIB per cápita, riesgo de pobreza, renta per cápita por hogar, gasto sanitario per cápita, tasas de empleo y desempleo y porcentaje de empleo temporal). Los modelos de análisis empleados fueron regresiones logísticas multinivel con efectos mixtos. Los resultados muestran un empeoramiento de la salud mental a lo largo de la crisis, e indican que las principales variables macroeconómicas asociadas a dicho empeoramiento de la salud mental fueron el gasto sanita-

rio per cápita y el porcentaje de empleo temporal (como variable proxy de la precarización laboral).

Ya en un contexto regional o local, Iglesias-García et al. (2014), empleando datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Asturias (RACPAS) para el periodo 2000-2010, analizan la correlación de los datos de morbilidad (incidencia y prevalencia) administrativa de enfermedad mental con la tasa de paro, el índice de precios al consumo y el Producto Interior Bruto per cápita ajustado por inflación. Sorprendentemente, el incremento en la tasa de paro se asocia a una disminución de la demanda asistencial en salud mental, mientras el IPC presenta una correlación positiva débil con la tasa de incidencia administrativa de trastornos mentales concretos (trastornos neuróticos, esquizofrenia y toxicomanías). Por su parte, el PIB per cápita se asocia con un incremento de la tasa administrativa de prevalencia, mayor en el caso de alcoholismo, trastornos neuróticos, retraso mental y demandas por códigos Z. Los autores concluyen que, para el caso de Asturias, las variaciones de los indicadores económicos seleccionados durante el periodo de crisis (hasta 2010) no se asocian con un incremento en la demanda asistencial por problemas mentales, si bien existe una correlación negativa entre la tasa de paro y la demanda asistencial.

Córdoba-Doña et al. (2016) analizan a través de qué vías la salud mental de la población empleada y desempleada es afectada por la recesión económica y examinan en qué medida las restricciones financieras y el apoyo social pueden contribuir a explicar estos efectos. Aplicando modelos de regresión de Poisson, los autores analizan el componente de salud mental del cuestionario SF-12 presente en dos ediciones de la Encuesta de Salud de Andalucía (2007 y 2011-2012). Las principales conclusiones de los autores son que la recesión económica se asocia a peor salud mental, con diferencias marcadas según el estatus laboral y el nivel educativo. Los problemas financieros y el apoyo social se asociaron de manera significativa con la salud mental en todos los subgrupos estudiados.

Bacigalupe et al. (2016) utilizan varias ediciones de la Encuesta de Salud del País Vasco (1997-2013) para analizar cambios en la salud mental de la población en edad laboral, con especial atención a las desigualdades sociales y al efecto del desempleo. Los principales resultados de los autores apuntan a un claro deterioro de la salud mental desde el año 2008, especialmente en varones. Para este grupo, el deterioro afectó a todas las categorías laborales analizadas (exceptos los jubilados). Entre las mujeres el deterioro afectó a las desempleadas. Las diferencias en salud mental por clase social solo se incrementaron en el caso de los varones. Los autores concluyen que la crisis económica ha afectado de manera clara y adversa a la salud mental de la población, si bien ello no puede explicarse totalmente por el crecimiento del desempleo.

Por su parte, Sicras-Mainar y Navarro-Artieda (2016) realizaron un estudio retrospectivo observacional con bases de datos poblacionales, diferenciando entre los periodos 2008-2009 y 2012-2013, donde analizan el uso de medicamentos antidepresivos en el tratamiento de desórdenes mayores depresivos en el área de Badalona. La principal conclusión de los autores es que la prevalencia de depresión mayor aumentó desde el 5,4% en el periodo 2008-2009 al 8,1% en 2012-2013.

Para finalizar este apartado, referimos el trabajo de Real et al. (2016). En el mismo, se analizan factores asociados a la duración de las bajas laborales (periodos de larga duración) y a las recaídas por problemas mentales. Los autores analizan datos de una cohorte de 7.112 pacientes españoles durante los años 2008-2012. Entre las variables empleadas se encuentran aquellas de corte clínica, sociolaborales y factores demográficos. Las bajas prolongadas se definen como aquellos procesos que suponen una baja laboral por más de 60 días. Entre los principales resultados destacan que la probabilidad de presentar una baja de larga duración se asocia con la edad, la presencia de trastorno mental severo, estar autoempleado, no tener un contrato laboral permanente y trabajar en el sector de la construcción. Las recaídas se asocian a trabajar en los sectores del transporte o en las Administraciones Públicas.

## 2.4. Problemas de salud en grupos seleccionados

El impacto de la recesión ya a corto plazo se ha hecho notar en **grupos vulnerables de población**, particularmente en **niños** (Rajmil et al, 2015). En Cataluña durante los años de crisis ha aumentado el gradiente social en la obesidad infantil y en las desigualdades en calidad de vida relacionada con la salud (Rajmil et al., 2013). Las consecuencias a largo plazo de las privaciones de los niños de hoy serán previsiblemente importantes en el futuro (Flores et al., 2014), de ahí que una gran parte de los científicos aboguen por la intervención pública temprana desde sectores como la educación para garantizar una nutrición adecuada.

Arroyo-Borrell et al. (2017), analizan si el estado de salud de las madres y sus determinantes socioeconómicos pueden influir en la salud mental de los hijos. Las autoras emplean la submuestra de niños de 4 a 14 años recogida en las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2006 y 2011-2012. Entre los principales resultados mostrados por las autoras, cabe destacar la identificación de que el riesgo del niño a padecer un desorden mental se incrementa con los problemas mentales de la madre. Asimismo, el presentar

un bajo estatus socioeconómico se asocia con un incremento del riesgo del niño a padecer problemas de comportamiento. En cambio, un elevado nivel educativo de la madre sería protector frente al riesgo a padecer estos problemas. Los resultados apuntan a que la crisis económica no ha cambiado, en general, los trastornos mentales de los niños si bien los riesgos de padecer problemas mentales es mayor en niños de padres en situación de desempleo.

Aguilar-Palacios et al. (2015), analizan el estado de salud y los cambios en los estilos de vida en **población joven** española (14-24 años) y la influencia del desempleo, entre los años 2006 y 2011-2012, empleando las Encuestas Nacionales de Salud. Las autoras emplean un análisis estadístico multivariante donde se analiza la relación entre el estado ocupacional y la salud (autoreportada, salud mental y enfermedades diagnosticadas) y los estilos de vida. Los resultados indican que el desempleo masculino se asocia con una peor salud percibida, mayores trastornos mentales y mayor consumo de tabaco. En los años de recesión económica, la población joven, especialmente las mujeres, presentaba mejores resultados en salud que en los años anteriores. Un resultado interesante es que las personas desempleadas que nunca habían trabajado presentaban un menor consumo de tabaco y alcohol que las personas desempleadas con trabajo previo.

Por su parte, en relación a la población mayor, y pese a lo señalado en el apartado 2.1.1, algunos autores (Benmarhnia et al., 2014) sugieren que, cuando se analizan las series mensuales de mortalidad por edad y sexo de **personas de 60 y más años** desde 1995 a finales de 2012, la mortalidad parece descender a una velocidad inferior a la previsible ante la ausencia de la crisis, incrementándose la mortalidad en el periodo invernal y siendo mayor el posible impacto en mujeres que en varones. Así pues, estos autores apuntan a que las condiciones económicas impuestas por la crisis estarían afectando a grupos vulnerables de población como los ancianos.

Por su parte, Agudelo-Suárez et al. (2013) estudian los efectos de la crisis económica en España sobre la salud mental de **inmigrantes** trabajadores. Sobre una muestra de 318 personas, se identificó la presencia de mala salud mental empleando técnicas de entrevista personal (año 2008) y telefónica (2011). Los autores concluyen que la salud mental de las personas encuestadas había empeorado durante los años de crisis. Los subgrupos más afectados eran las personas desempleadas o con bajos salarios y con cargas familiares.

Gotsens et al. (2015) analizan las desigualdades en salud entre la población inmigrante nacida en países de rentas medias y bajas y los españoles nativos, empleando las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2006 y 2011/2012. Seleccionando la muestra con edades comprendidas entre 15 y 64 años y controlando por sexo, año de llegada y variables socioeconómicas, se aplica un modelo de regresión múltiple de tipo Poisson para el análisis

de las variables de salud. Los resultados indican que las desigualdades en salud percibida son mayores entre mujeres inmigrantes vs. nativas, mientras que en el caso de los varones las desigualdades se identifican en mala salud mental. Las autoras concluyen que entre 2006 y 2012 la salud de las personas inmigrantes que llegaron a España antes del año 2006 empeoró en comparación con la población nativa, quedando eliminado el llamado «efecto del inmigrante sano» en un contexto de crisis económica profunda.

Un grupo particular sobre el cual se han desarrollado numerosos estudios ha sido el de la **población desempleada**. Toda vez que estos estudios se han centrado en trastornos mentales en este colectivo, nos remitimos al apartado 2.1.3., dedicado a la revisión de trabajos en el campo de la salud mental.

## 2.5. Impacto sobre el acceso y utilización de los servicios sanitarios

En primer lugar, es obligado referirse a los cambios en la cobertura sanitaria pública producidos a raíz de la aprobación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

En su primer artículo, modifica la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud en materia de cobertura sanitaria en los siguientes términos:

«Artículo 3. De la condición de asegurado.

1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.
2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:
  - a) Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta.
  - b) Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.
  - c) Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.
  - d) Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.»



El colectivo más afectado por este cambio normativo fue el de los **inmigrantes** que se encontraban en España **en situación irregular**, pese a que el Real Decreto-Ley aseguraba el derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que antes de la reforma para los menores de edad y en los casos de urgencia, embarazo, parto y postparto.

Analizando los datos de las encuestas nacionales de salud de 2006 (pre-crisis) y 2011-12 (previa a la promulgación del RDL 16/2012) no se detecta un empeoramiento en el acceso o la salud de los inmigrantes comparados con los de nacionalidad española (García-Subirats et al., 2014). El análisis de los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida realizado para este proyecto muestra el mismo panorama en relación con el acceso a los servicios sanitarios. En datos más recientes de la Encuesta Europea de Salud para 2014, los españoles declaran que por problemas económicos no han recibido atención médica o no ha podido acceder a algún medicamento recetado en una proporción del 2,6% y 2,4%, respectivamente. Estos porcentajes se elevan al 4,7% y 4,1% en el caso de los extranjeros. No obstante, cabe advertir que las encuestas generales pueden estar infrarrepresentando a los inmigrantes irregulares, dado que esta población puede ser reticente a querer participar en este tipo de encuestas.

Un argumento de peso en el debate sobre el acceso a la asistencia sanitaria de los inmigrantes en situación irregular ha sido la consideración de que las restricciones de acceso a los servicios sanitarios a los inmigrantes pueden tener externalidades en salud y en costes, ya que la incidencia de enfermedad infecciosa es mucho mayor entre los inmigrantes. Por ejemplo, en Cataluña en 2014 la incidencia de la tuberculosis en la población autóctona es 9,8 casos por 100.000 habitantes y entre los inmigrantes fue de 40,8 casos por 100.000 habitantes (Observatori del Sistema de Salut de Catalunya, 2015).

Algunos trabajos exploran el efecto de la crisis en el acceso a los servicios sanitarios desde una perspectiva cualitativa, a través de entrevistas a actores clave (Heras-Mosteiro et al., 2016; Porthé et al., 2017). El estudio de Porthé y otros (2017) analiza los obstáculos al acceso que han supuesto las medidas de respuesta a la crisis mediante entrevistas semi-estructuradas a profesionales (tanto médicos como administrativos, de atención primaria y especializada no hospitalaria) y a inmigrantes (procedentes de Bolivia y Marruecos, con y sin tarjeta sanitaria). Los resultados muestran que, mientras los profesionales sanitarios tienden a destacar las restricciones a la cobertura en determinados niveles de atención para ciertos grupos de población (habitualmente atención especializada sin ingreso, pero también atención primaria no urgente), los usuarios señalan el aumento de las barreras a las que se enfrentan para obtener una tarjeta sanitaria individual. Estas barreras tienen como consecuencia, en el mejor de los casos, interrupciones y

retrasos en los tratamientos hasta que los usuarios obtienen la cobertura necesaria. En el peor de los casos, los usuarios terminan desistiendo de su solicitud de atención sanitaria. En lo que respecta a la utilización de los servicios, todos los agentes señalan el incremento en los tiempos de espera producidos como consecuencia de los recortes de personal.

El impacto de la crisis en los recursos a disposición del Sistema Nacional de Salud también parece haber tenido, a juicio de estos mismos colectivos, algunas repercusiones en lo que respecta a la calidad de los cuidados. Porthé et al. (2017) constatan que tanto profesionales como usuarios declaran un aumento en los diagnósticos erróneos o inespecíficos y en el uso inapropiado de tecnologías diagnósticas, como consecuencia de una disminución en los tiempos de consulta, derivada a su vez de los recortes en recursos humanos. Los sujetos entrevistados también destacan una menor empatía por parte de los profesionales y un deterioro en la comunicación con los pacientes, asociados al cambio en las condiciones laborales de los profesionales y en la actitud de los usuarios. Asimismo, tienden a señalar una disminución en la capacidad de resolución de los servicios sanitarios.

Por su parte, el trabajo elaborado por Heras-Mosteiro et al. (2016) investiga las percepciones de un conjunto de médicos de atención primaria de la ciudad de Madrid, y concluye que la mayor parte de los médicos desaprueban las medidas de austeridad que se activaron durante la crisis económica, dados sus posibles efectos sobre el acceso a los servicios sanitarios y la calidad de la atención prestada y, por ende, dadas sus potenciales consecuencias negativas en la salud de la población a largo plazo. Las medidas más cuestionadas por los profesionales son la exclusión de la cobertura para los inmigrantes indocumentados y la reforma del copago.

Pasando ya al análisis de la **población general**, durante los años de la crisis parecen haber aumentado las barreras al acceso a la atención médica. La reducción de recursos en el ámbito sanitario y el fuerte incremento experimentado por las listas de espera se traducen en dificultades de acceso a los servicios sanitarios, que pueden manifestarse en forma de necesidades médicas no cubiertas. Las personas que declaran tener una necesidad médica no cubierta tienden a concentrarse relativamente más en los quintiles de renta más bajos (Urbanos Garrido y Puig-Junoy, 2014; Urbanos 2016), y su proporción ha aumentado en plena crisis. Así, Urbanos (2016) señala cómo entre 2007 y 2013 dicha proporción creció desde el 1,9% al 6,8%. Esto no significa, sin embargo, que el acceso a los diferentes servicios haya evolucionado de manera homogénea a lo largo de dicho período. Abásolo et al. (2017) constatan, con los datos de las Encuestas Nacionales de Salud 2006 y 2011-12, un aumento considerable entre ambos años de las consultas públicas de atención especializada (que se multiplican por 1,5), una reducción de las citas con los médicos de familia y de las hospitalizaciones (de un 13%

y un 11%, respectivamente), y un uso aproximadamente constante de los servicios de urgencias.

El trabajo de Calzón et al. (2015) también examina cuál ha sido el impacto de la crisis en las necesidades de atención no satisfechas, si bien en este caso relativas a la atención dental, y circunscritas a la **población general menor de 65 años**. A partir de datos de la Encuesta de Condiciones de Vida para los años 2007 y 2011 comprueban que las necesidades insatisfechas aumentan un punto porcentual entre ambos años, y que la desigualdad social asociada (medida mediante el índice de concentración) crece un 33,85%, identificándose los grupos más vulnerables con aquellos de menor capacidad adquisitiva y con los que se encuentran en situación de desempleo. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Urbanos y Puig-Junoy (2014).

Por otra parte, el Barómetro Sanitario incorpora desde el año 2014 una pregunta relacionada con el acceso a la prestación farmacéutica. En concreto se pregunta si se dejó de tomar un medicamento por no poder pagarlo. Aunque no es posible analizar la evolución con respecto a los años anteriores a la crisis, las respuestas son útiles para identificar grandes diferencias entre las personas encuestadas asociadas a su estatus laboral, siendo los desempleados el grupo con mayores problemas, y existiendo también importantes diferencias entre el grupo de obreros no cualificados y el de empresarios, profesionales y cuadros medios.

**Tabla 2.1. Porcentaje de personas que declaran haber dejado de tomar un medicamento prescrito por no poder pagarlo**

|   | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|
| Total                                       | 4,5  | 4,0  | 4,4  |
| Empresarios, profesionales y cuadros medios | 2,4  | 2,4  | 1,7  |
| Obreros no cualificados                     | 5,0  | 4,8  | 6,4  |
| Parados                                     | 7,9  | 7,9  | 8,4  |

Fuente: Elaboración propia a partir del Barómetro Sanitario (2014-2016)

Algunos trabajos han investigado hasta qué punto la crisis económica ha alterado las pautas de uso de los servicios sanitarios públicos de los distintos grupos sociales a partir del análisis de las Encuestas Nacionales de Salud de varios periodos. Al controlar por factores de confusión y variables de necesidad, estos trabajos pretenden aproximarse al efecto de la crisis sobre la

equidad de acceso y utilización. Como conclusión general puede decirse que los resultados difieren en función del tipo de atención médica analizado. Por ejemplo, la crisis puede haber tenido un efecto disuasorio en la utilización sanitaria por parte de las capas sociales más desfavorecidas de los servicios sanitarios no cubiertos por el aseguramiento público, destacando el cuidado bucodental (Urbanos Garrido R y Puig-Junoy, 2014). Por su parte, Abásolo et al. (2017) muestran que, si bien antes de la crisis no existía un gradiente social significativo en el uso de las visitas de atención primaria y especializada ambulatoria (controlando por distintas variables), en el año 2011 aflora un ligero gradiente pro-pobres en atención primaria, y un cierto gradiente pro-ricos en atención especializada. Estos resultados son consistentes con los obtenidos por Urbanos y Puig-Junoy (2014), y están en la línea de los recogidos en Tavares y Zantomio (2017), pese a las diferencias en el material y métodos utilizados<sup>4</sup>. En lo referido a las visitas a urgencias, el trabajo de Abásolo et al. (2017) indica que con la crisis parece haberse acentuado el claro gradiente a favor de los estratos de renta más bajos que se observaba en 2006, mientras que, en lo que respecta a las hospitalizaciones, parece haberse eliminado el gradiente pro-pobres que se registraba en ese mismo año. De nuevo, sus resultados son compatibles, pese a las diferencias metodológicas, con los obtenidos en trabajos previos (Urbanos y González, 2015)<sup>5</sup>. Por último, Abásolo et al. (2017) también exploran lo ocurrido con el consumo de medicamentos, y constatan que el mayor uso relativo de fármacos que realizaban los individuos de menor nivel de renta con carácter previo a la crisis tiende a desplazarse hacia los estratos de renta medios.

Por otra parte, durante el periodo de crisis, las **listas de espera** han crecido de manera importante. Resulta sorprendente constatar que entre las decenas de artículos sobre el impacto de la recesión en España sobre la sanidad y la salud no se haya cuantificado o analizado con rigor su repercusión en las listas de espera, que se encuentran sistemáticamente entre los problemas más sentidos por los ciudadanos, según el barómetro sanitario<sup>6</sup>. De acuerdo con el sistema de información de listas de espera del Ministerio de Sanidad, el número de ciudadanos en la lista de espera estructural quirúrgica en junio de 2017 ascendía a 604.103, con un periodo medio de espera de 104 días y un 14,3% con esperas más de 6 o más meses. Desarrollaremos más

<sup>4</sup> En este último caso se emplean datos de la Encuesta Europea de Salud, Envejecimiento y Jubilación -Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), en la que se recoge información para la población de 50 años o más y el análisis se extiende al conjunto de consultas, ya sean públicas o privadas. Adicionalmente, la variable relevante para medir la equidad es el nivel educativo en lugar de la renta

<sup>5</sup> Los resultados descritos apuntan a la misma dirección que los análisis efectuados específicamente en este trabajo, que se muestran en el epígrafe 3.

<sup>6</sup> [http://www.msrebs.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home\\_BS.htm](http://www.msrebs.es/estadEstudios/estadisticas/BarometroSanitario/home_BS.htm)

este punto en el epígrafe 3 de este informe (indicadores). Con todo, en el año 2011, uno de los años más duros de la crisis económica, España resistía las comparaciones de sus listas de espera por cirugía electiva de prótesis de cadera y cataratas con otros países de la esfera OCDE como Suecia, Nueva Zelanda, Irlanda o Portugal (Siciliani et al., 2014), si bien en 2012 las listas de espera y el tiempo de espera por cirugía de cataratas, prostatectomía y prótesis de cadera aumentaron significativamente, y más si se comparan internacionalmente.

Durante estos años tampoco nos consta que se hayan publicado trabajos que analicen los determinantes del aseguramiento privado en España. Aunque hay constancia de que el mantenimiento del gasto sanitario privado tiene mucho que ver con el incremento de los pagos directos de las familias (véase Sistema de Cuentas de Salud), de acuerdo con los datos del Ministerio de Economía y Competitividad (Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones) y de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA), el número de personas cubiertas por un seguro privado en España se ha mantenido estable los años de crisis en torno a las 10,5<sup>7</sup> millones de personas (22,7% de la población) e incluso ha ascendido ligeramente durante los últimos años, incrementándose de manera notable los ingresos por primas en el sector. El crecimiento de las listas de espera en el sistema sanitario público y la percepción de los ciudadanos sobre su evolución reciente (véase apartados 3.4 y 3.5 del informe) pueden ayudar a explicar por qué, en un contexto de fuerte deterioro de las rentas familiares por efecto de la crisis económica, las familias han mantenido sus seguros sanitarios privados, bien por un mayor uso de los servicios privados bien como motivo de precaución, sin olvidarnos de otras dinámicas propias del mercado de seguro (bajada de primas).

Otra área donde no encontramos estudios publicados en revistas científicas es el referido al **acceso a medicamentos**, a excepción de los datos ya señalados ofrecidos por la Encuesta Europea de Salud 2014, y por los recogidos por el Barómetro Sanitario, que en 2016 indican que el 4,4% de la población dejó de tomar algún medicamento recetado por un médico de la sanidad pública porque no se lo pudo permitir por motivos económicos. Si bien en prensa del sector médico-farmacéutico es fácil seguir el rastro de declaraciones aludiendo problemas de equidad en la prestación farmacéutica, en especial en el caso de cierto tipo de medicamentos, lo cierto es que no hemos encontrado estudios que indiquen problemas de equidad en el acceso a fármacos. Tan solo los datos del Barómetro nos permiten intuir la presencia de estos problemas: el colectivo que en mayor proporción ha dejado de

<sup>7</sup> Estas cifras incluyen tanto seguros de asistencia sanitaria como bucodentales y a los funcionarios de MUFACE, MUGEJU e ISFAS que se acogen a esta fórmula de aseguramiento.

tomar algún fármaco por motivos económicos es el de los parados (8,4%), mientras que el que registra un porcentaje menor es el de profesionales y técnicos por cuenta ajena y cuadros medios (1,7%). En todo caso, en un contexto de reducción de recetas prescritas desde el ámbito de la atención primaria, sí es notorio que la prescripción de antidepresivos aumentó fuertemente, si bien el gasto público cayó de manera apreciable debido a las bajadas de precios y al cambio en el copago farmacéutico (Sicras-Mainar et al., 2016).

### 2.5.1. El caso específico del copago

Otra de las medidas impulsada por el RDL16/2012 fue una modificación de los porcentajes de los precios de los medicamentos prescritos en oficina de farmacia que debían asumir los usuarios: el llamado copago farmacéutico. En el caso de los pensionistas, suponían asumir un copago del 10% sobre el precio del medicamento, con topes de pago mensual de 8 y 18, dependiendo del tramo de renta anual (hasta 18.000; de 18.000 a 100.000) y el 60%, con un tope mensual de 60, para rentas superiores a 100.000. En el caso de la población activa (o dependientes de los mismos), se establecían los 3 tramos de renta anteriormente citados, con un copago del 40%, 50% y 60%, respectivamente, pero sin tope de gasto mensual. El RDL 16/2012 también amplía la lista de personas exentas de aportación. Tras la reforma, y considerando los grupos ya exentos en la anterior normativa, quedan fuera de la misma las personas afectadas por el síndrome tóxico y la personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica, las personas perceptoras de rentas de integración social, de pensiones no contributivas, los desempleados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación y las personas que reciben tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

El RDL 16/2012, al redefinir la cartera de servicios del SNS, también abre la posibilidad de establecer copagos, regidos por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, en la Cartera común suplementaria del SNS (además de en la Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud). Durante un tiempo se ha vivido un intenso debate sobre la posibilidad de establecer copagos en ciertos fármacos de dispensación hospitalaria, además de en el transporte sanitario, si bien finalmente no se ha procedido a aplicar efectivamente esta medida en el SNS.

Entre los años 2011 y 2015, según la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE, el gasto directo sanitario que las familias realizaron en medicamentos pasó de los 6.554 a los 7.841 millones de euros. Ello supone

que cada familia pasó de gastar 366 a 427 en el periodo indicado, es decir, en términos relativos, dedicaban a fármacos un 1,26% de su renta en 2011 y un 1,56% en 2015.

Los cambios normativos tuvieron una traducción inmediata en la retracción del consumo de medicamentos prescritos ambulatoriamente en el sistema nacional de salud (Puig-Junoy et al., 2014). En los primeros 14 meses de aplicación de la reforma, y aunque hay que tener en cuenta que el contexto económico también propició otras medidas de control de gasto, el número total de prescripciones cayó en más de un 20% en Cataluña, la Comunidad Valenciana y Galicia, más del 15% en otras 9 regiones y más del 10% en un total de 15 de las 17 CCAA. La única región que no vio disminuido el número de sus prescripciones fue aquella que no aplicó inicialmente la reforma, País Vasco. Un elemento importante a reseñar es que, una vez transcurrido el periodo de adaptación inicial, de entre un año y un año y medio, los efectos del copago se diluyen y las series de recetas vuelven a los niveles esperados antes del cambio regulatorio. Por tanto, el efecto final, pasada la etapa de transición, es una redistribución de la carga financiera a los usuarios.

También es importante señalar que hay diferencias relevantes entre tipos de medicamentos. Por ejemplo, los antidiabéticos son menos sensibles al precio que los antiasmáticos (Puig-Junoy et al., 2016). La mayor preocupación sobre los efectos del copago se plantea en términos no del consumo, sino de la salud y la equidad puesto que, al no haber límite de aportación para los activos, como tienen los pensionistas, el pago de los medicamentos pueden llegar a convertirse en un gasto catastrófico para familias pobres. La otra gran preocupación es sobre los efectos del copago en términos de resultados finales de salud, y sobre si son iguales para los distintos grupos de pacientes. Es decir, si hay inequidades horizontales. Un estudio reciente analiza los efectos del copago sobre la adherencia a tratamientos farmacológicos (González et al., 2017), empleando microdatos de una cohorte poblacional de pacientes dados de alta por infarto de miocardio en la Comunidad Valenciana. Sus resultados muestran cómo, para los medicamentos de mayor precio, el aumento en el porcentaje de copago que experimentan algunos grupos de pacientes reduce inicialmente, y de forma significativa, la adherencia al tratamiento, si bien ese efecto inicial tiende a difuminarse con el paso del tiempo. Este estudio también pone en evidencia que antes del cambio de copago los activos de rentas bajas presentaban peor adherencia que los de rentas superiores a 18.000 euros, lo que puede leerse en términos de falta de equidad.

## 2.6. ¿Ha afectado la crisis económica a las desigualdades en salud?

La recesión ha resultado en un aumento de la desigualdad económica. Algunos problemas de salud, como la depresión mayor, tienen un gradiente social claro que parece haber aumentado durante la crisis, al menos en el caso de los hombres (Bartoll et al., 2014). También el gradiente social en la obesidad se ha mantenido o aumentado en los últimos años, desde 2006 a 2014.

Existe alguna evidencia en España que asocia crisis económica y mayor desigualdad en mortalidad. Por ejemplo, un estudio reciente con datos de mortalidad en áreas pequeñas muestra cómo el riesgo de muerte en Barcelona ha aumentado mucho más en los barrios con mayor nivel de privación económica en comparación con los más ricos, lo que se traduce en un aumento de las desigualdades socioeconómicas en la mortalidad dentro de la ciudad entre 2009 y 2011 (Maynou et al., 2016). Por su parte, Ruiz-Ramos et al. (2014) constatan también un aumento en las desigualdades sociales en la mortalidad general en hombres entre 2007 y 2010, como consecuencia del mayor descenso en la mortalidad en los individuos de mayor nivel de estudios en comparación con el resto, en un contexto de descenso de la mortalidad.

Por su parte, empleando las ENS desde 2003 hasta 2011, Zapata Moya et al., (2015) sugieren que «los efectos de la crisis sobre la salud surgen especialmente en el caso de nuestras enfermedades más prevenibles y entre los grupos de educación más baja». Ese gradiente educativo se encontraría presente en episodios de infarto de miocardio, diabetes mellitus, depresión y cáncer. Otro estudio que emplea las ENS concluye que las desigualdades socioeconómicas en la salud y en los comportamientos saludables se han intensificado en el período 2011/12, especialmente respecto a la dieta seguida (Bartoll et al., 2015).

Por otra parte, el impacto de la crisis en las desigualdades sociales en salud auto-reportada difiere en función de qué indicador se emplee para medir la situación socioeconómica de los individuos. Así, Coveney et al. (2016) muestran que la crisis tuvo como resultado un brusco descenso de la desigualdad en salud relacionada con la renta entre 2009 y 2012 (medida mediante índices de concentración), que se deriva de un efecto perverso: el desempleo y la caída de ingresos para los empleados jóvenes desplazaron a los grupos de población más sanos a la parte baja del ranking de rentas, mientras que los pensionistas (con peor salud) mantuvieron su renta nominal a salvo. Sin embargo, Barroso et al. (2016) comprueban que, aunque las desigualdades sociales en la salud autopercibida relacionadas con el nivel



educativo parecen aumentar entre 2006 y 2011-12, las relacionadas con la situación profesional de los propios individuos y de los sustentadores principales del hogar parecen verse atenuadas.

En conjunto, los análisis realizados en España sobre el impacto de la recesión económica sobre la equidad en salud difieren en resultados y conclusiones debido a la diversidad de períodos utilizados en los análisis, la heterogeneidad de las variables socioeconómicas y de salud consideradas, los cambios en el perfil socioeconómico de los grupos en comparación en los periodos previo y durante la crisis y al tipo de medidas utilizadas para analizar la magnitud de las desigualdades sociales en salud (Bacigalupe A y Escolar-Pujolar, 2014).



### 3. Indicadores de la evolución de la salud de la población

A continuación se mostrará la evolución que han experimentado los principales indicadores de salud, los indicadores de comportamientos en salud, indicadores sociales de riesgo para la salud, indicadores de acceso a servicios sanitarios e indicadores de satisfacción con los servicios sanitarios. La identificación y selección de estos indicadores se ha realizado consultando los indicadores básicos de salud (MSSSeI), el sistema de información de listas de espera, el listado de indicadores del Observatorio de Sanidad de FEDEA, los indicadores del *Observatori sobre els efectes de la crisi en la salut de la població* de la Generalitat de Cataluña, así como los utilizados en estudios nacionales e internacionales sobre el tema<sup>8</sup> y los recogidos en trabajos del Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios. El marco geográfico del análisis es España y el periodo elegido para el análisis va de los años 2002 a 2017 (o, en su defecto, el último año disponible).

En este apartado pretendemos completar los resultados publicados en la literatura científica, expuestos en el epígrafe anterior, actualizando la descripción de los datos al periodo más reciente para el cual existan datos disponibles.

Entre los indicadores a analizar se encontrarían:

– **Indicadores básicos de resultados en salud**

- Esperanza de vida
- Esperanza de vida en buena salud
- Años potenciales de vida perdidos
- Mortalidad general por principales causas y mortalidad por causas seleccionadas
- Mortalidad prematura
- Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable
- Mortalidad infantil
- Bajo peso al nacer
- Mortalidad materna
- Autovaloración del estado de salud
- Problemas de salud crónicos en adultos
- Interrupciones voluntarias del embarazo

<sup>8</sup> Especialmente Pérez et al. (2014) y Cabrera-León et al. (2017)

- Factores de riesgo (hipertensión, hipercolesterolemia, obesidad)
- Salud infantil
- **Comportamientos en salud**
  - Consumo de tabaco
  - Consumo de alcohol
  - Consumo de drogas ilegales
  - Actividad física
- **Indicadores sociales de riesgo para la salud**
  - Desempleo
  - Accidentalidad laboral
  - Pobreza y exclusión social
  - Privación material
  - Desigualdad de ingresos
  - Apoyo social
- **Indicadores de acceso a servicios sanitarios**
  - Tiempos de acceso y listas de espera
  - Inaccessibilidad al sistema
  - Desigualdad en las necesidades de atención médica no cubiertas
  - Políticas preventivas
  - Desigualdad en el acceso a la servicios sanitarios
- **Indicadores de satisfacción con los servicios sanitarios**

Se ha pretendido emplear datos de libre acceso a través de internet, al alcance de cualquier ciudadano, investigador, profesional o decisor. En aquellos casos en los que se ha recurrido a un indicador construido con una base de datos solicitada especialmente o se han empleado técnicas estadísticas que van más allá del análisis descriptivo, se indica expresamente. Para el acceso a estos datos se ha utilizado el portal Estadístico del SNS, la información publicada por el Instituto Nacional de Estadística y Eurostat, los microdatos de la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta Europea de Salud, la Encuesta de Condiciones de Vida, la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España, la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España, el Barómetro Sanitario y bases de datos específicas aportadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se ha realizado un análisis descriptivo de la evolución de los indicadores seleccionados, diferenciando por sexo, grupos de edad, nacionalidad, nivel de estudios y ocupación, cuando existía información disponible para ello. Asimismo, para indicadores concretos se desarrollan modelos explicativos más complejos basados en análisis estadísticos multivariantes<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Los resultados de dichos análisis se comentan en este epígrafe. Los resultados cuantitativos de dichos análisis se pueden consultar en el Apéndice I.

El motivo de realizar este tipo de análisis más complejos responde a la insuficiencia del análisis descriptivo de una sola variable en un contexto complejo. Por ejemplo, no encontrar diferencias en salud autopercebida entre personas con empleo y personas desempleadas puede deberse a diferencias en la composición por sexo y edad entre ambos grupos. Cuando estamos analizando un periodo amplio, en el cual se pueden diferenciar varios momentos del ciclo económico (antes de la crisis, años de crisis, periodo post-crisis), la composición etaria de los grupos puede ser distinta (por ejemplo, la edad media de la población desempleada en los años de crisis es menor que en los años anteriores a la crisis, debido al gran incremento experimentado durante la crisis del desempleo en personas jóvenes).

Así pues, en muchas ocasiones, el análisis descriptivo univariante nos aportará intuiciones que deben ser consideradas y analizadas con cuidado. Y siempre que sea posible implementar ambos tipos de análisis, uni y multivariante, la información aportada será más sólida pues permitirá contemplar los resultados a través de varios prismas.

En cualquiera de los casos, análisis descriptivo univariante o análisis multivariante, dada la naturaleza de las fuentes de datos, cabe matizar que en los análisis no se podrán establecer relaciones causales sino asociaciones entre la crisis y las variables de salud.

## 3.1. Indicadores básicos de resultados en salud

En este bloque analizamos la evolución de los principales indicadores básicos sobre la salud tales como la esperanza de vida (al nacer y a los 65 años de edad), la esperanza de vida en buena salud (al nacer y a los 65 años de edad), los años potenciales de vida perdidos (APVP), tasas de mortalidad estandarizadas, mortalidad prematura (esto es, fallecimientos acaecidos antes de los 65 años de edad), mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable, mortalidad infantil y materna, porcentaje de recién nacidos con bajo peso, así como interrupciones voluntarias del embarazo, el estado de salud autopercebida, problemas de salud crónicos, factores de riesgo y salud infantil.

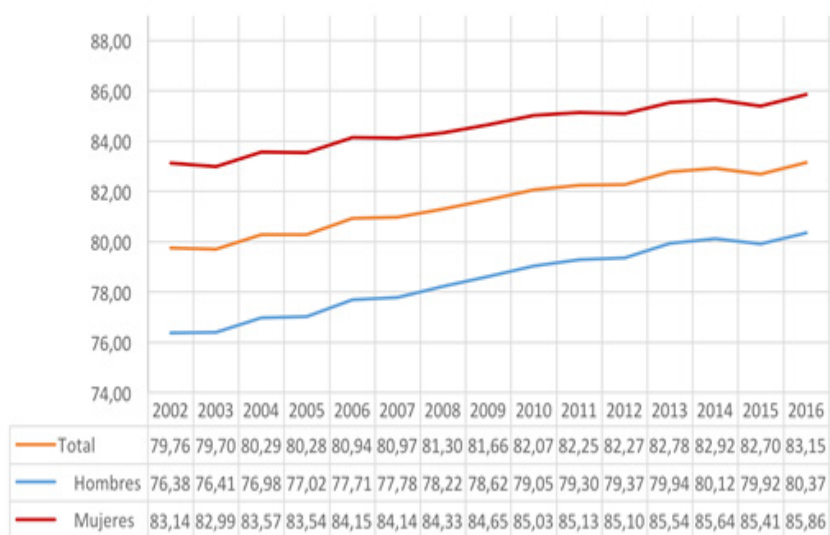
### 3.1.1. Esperanza de vida y años de vida saludables al nacer y a los 65 años de edad

En términos generales, la continua mejora que ha experimentado la esperanza de vida al nacer, parece no haber cambiado con la crisis económica

(figura 3.1). Este aumento ha sido más acentuado en el caso de los varones, donde en apenas diez años su esperanza de vida al nacer ha aumentado en 4 años. En general, la tendencia alcista que ha experimentado la esperanza de vida al nacer ha sido muy similar entre hombres y mujeres, ya que en el caso de los hombres pasó de 76.3% en el año 2002 a 80.3% en 2016, mientras que para el caso de las mujeres dicho indicador ha pasado de 83.1% a 85.8% desde 2002 a 2016.

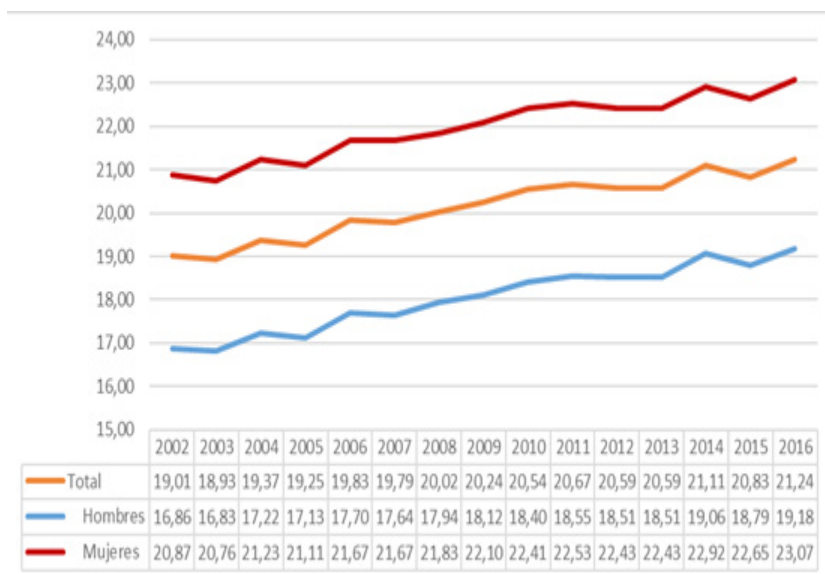
Al igual que en el caso de la esperanza de vida al nacer, la tendencia positiva de la esperanza de vida a los 65 años de edad parece no haber cambiado durante la crisis. Así, la esperanza de vida a los 65 años de edad se situaba en 19 años en el año 2002. En años de crisis (2008-2011), esta cifra aumentó hasta 20,6 años, alcanzando finalmente los 21,4 años en el año 2016 (figura 3.2). La tendencia alcista que ha experimentado este indicador ha sido muy similar en varones y mujeres, ya que la esperanza de vida a los 65 años de edad para los varones pasó de 16,9 en 2002 a 19,2 en 2016, mientras que para el caso de las mujeres fue de 20,9 años en 2002 y 23,1 años en 2016.

**Figura 3.1. Esperanza de vida al nacer por sexo**



Fuente: INE Base.

**Figura 3.2. Esperanza de vida a los 65 años de edad por sexo**



Fuente: INE Base.

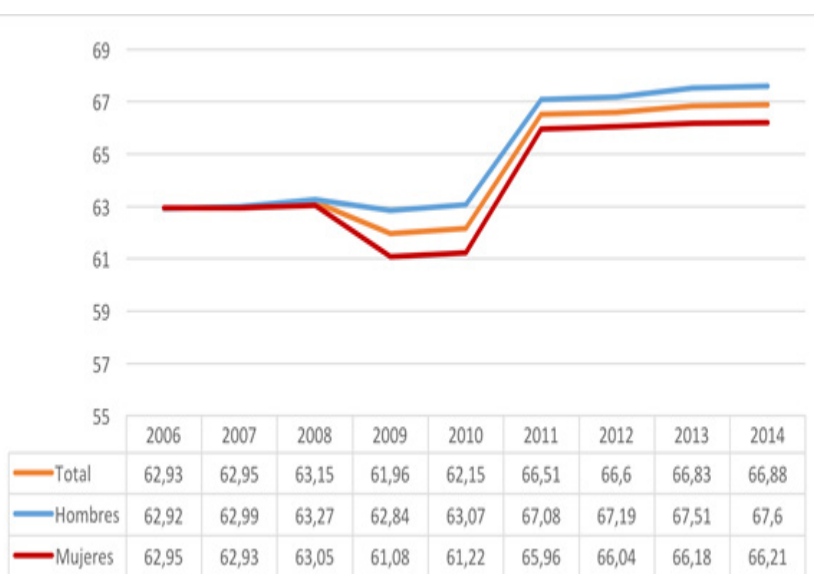
Otro indicador que resulta interesante es la esperanza de vida en buena salud al nacer, es decir, los años con salud plena esperados en el momento del nacimiento (figura 3.3) y a los 65 años de edad (figura 3.4). Desde el año 2006 hasta el 2008, el número de años esperados con buena salud al nacer permaneció prácticamente inalterado (en torno a los 63 años). Durante los años 2008-2010, este indicador experimentó un descenso marcado, con una reducción de casi 2 años de vida saludables. Este descenso fue generalizado tanto para varones como para mujeres, aunque el efecto fue más marcado en el caso de las mujeres. En 2011 este indicador experimentó una mejora pasando a alcanzar los 66,6 años de vida saludables. Durante los últimos años, cabe señalar que apenas ha habido cambios en este indicador (figura 3.3).

Algo similar ha ocurrido en el caso de la esperanza de vida en buena salud a los 65 años de edad (figura 3.4), si bien las oscilaciones en este caso son bastante más apreciables. Por su parte, durante los años 2008-2010, este indicador experimentó un descenso marcado, con una reducción en más de 2 años de vida saludables. Sin embargo, el efecto fue más marcada en el caso de las mujeres, ya que éstas llegaron a disminuir su esperanza de vida saludable en casi 3 años. A partir de 2011, sin haber superado aún el periodo de

recesión económica, este indicador experimentó un salto cuantitativo relevante, pasando de 9,16 a 12,19 años de vida saludables. Si bien es cierto que a partir de este año 2011 se ha manteniendo prácticamente en los mismos niveles durante más de 5 años.

Dado el comportamiento observado en este indicador, cabe interpretar la evolución de los resultados con cierta precaución, dado que la misma podría responder más a cuestiones metodológicas que afectan al instrumento usado para ponderar los años de vida que a un cambio real en el estado de salud de la población.

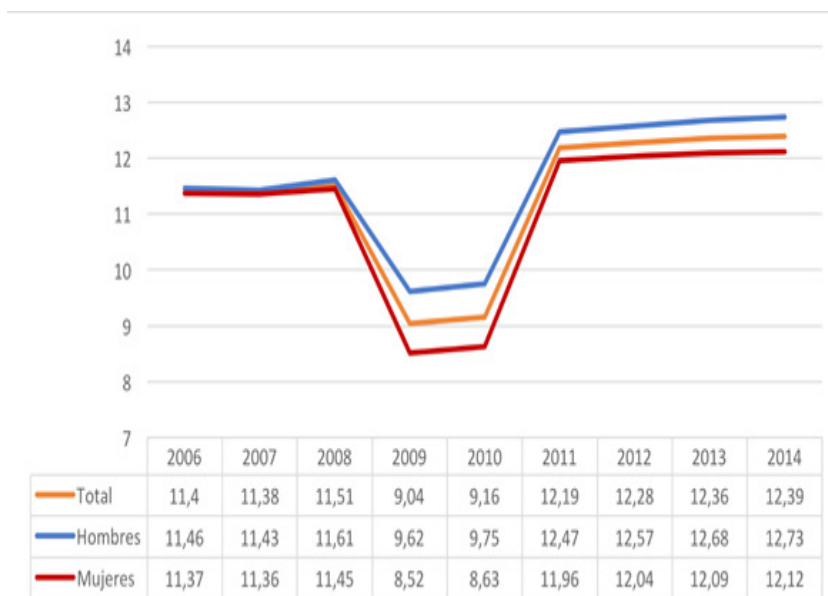
**Figura 3.3. Esperanza de vida en buena salud al nacer, por sexo**



Fuente: INE Base.



**Figura 3.4. Esperanza de vida en buena salud a los 65 años de edad, por sexo**



Fuente: INE Base.

### 3.1.2. Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)

Los APVP expresan el número de años que habrían vivido los individuos fallecidos prematuramente si hubiesen alcanzado su esperanza de vida correspondiente. El cálculo se realiza para el intervalo de edad comprendido entre 1 y 79 años. Se han considerado únicamente los datos a partir del año 2006 ya que, anteriormente, los APVP se calculaban utilizando como límite superior los 69 años y los resultados no serían comparables. Más concretamente, se muestran las tasas estandarizadas de los APVP.

De este modo, observamos que en el año 2006 la tasa estandarizada de los APVP se situó en 5.880, es decir, hubo un total de 5.880 APVP por cada cien mil habitantes, mientras que en el año 2015 disminuyó hasta los 5.188 APVP por cada cien mil (tabla 3.1). Atendiendo a causas de enfermedad, se observa que son los tumores, enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas de mortalidad las que suponen más APVP. En su conjunto, estas causas suponen algo más del 70% del total de APVP (figura 3.6). No obstante, por causa de enfermedad, todos los grupos han experimentado

una caída en su tasa, destacando el caso de las causas externas de mortalidad, donde la tasa estandarizada ha pasado de 909 en el año 2006 a 538 APVP por cada cien mil habitantes en 2015.

Por sexo (tabla 3.2 y tabla 3.3), cabe señalar que, para el caso de los varones, en 2006 se perdieron un total de 8.148 APVP por cada cien mil habitantes, mientras que en 2015 se alcanzaron los 7.157 APVP (tabla 3.2). La tendencia para el caso de las mujeres también es descendente, si bien, mucho más suave (tabla 3.3), con una disminución de la tasa estandarizada, pasando de 3.616 en 2006 a los 3.397 en 2015 (tabla 3.4). Atendiendo a las causas de enfermedad, cabe señalar que para el caso de los varones los tumores suponen en torno al 25% del total de años de pérdidas de vida, el 15% son provocados por las enfermedades del sistema circulatorio y un 20% se debe a causas externas de mortalidad. El peso de estos grupos de enfermedad se ha mantenido prácticamente invariable a lo largo del periodo (figura 3.6). La tendencia es muy similar para las mujeres, donde los APVP causados por los tumores suponen alrededor del 50% del total (figura 3.7).

**Tabla 3.1. Tasas estandarizadas de los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) (total, ambos sexos)**

|                                       | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Todas las causas                      | 5.880 | 5.795 | 5.573 | 5.432 | 5.192 | 5.603 | 5.480 | 5.280 | 5.184 | 5.189 |
| Tumores                               | 2.292 | 2.252 | 2.205 | 2.185 | 2.157 | 2.437 | 2.419 | 2.361 | 2.295 | 2.260 |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 1.147 | 1.118 | 1.074 | 1.027 | 973   | 1.050 | 1.031 | 1.001 | 983   | 986   |
| Causas externas de mortalidad         | 909   | 857   | 798   | 723   | 647   | 5.845 | 562   | 568   | 562   | 539   |
| Resto <sup>a</sup>                    | 1.533 | 1.568 | 1.497 | 1.498 | 1.414 | 1.532 | 1.468 | 1.350 | 2.030 | 1.943 |

<sup>a</sup> Contiene Enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad, Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Trastornos mentales y del comportamiento, Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, Enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, Enfermedades del sistema genitourinario, Embarazo, parto y puerperio, Afecciones originadas en el período perinatal, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.  
Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

**Tabla 3.2. Tasas estandarizadas de los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) (Varones)**

|                                       | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Todas las causas                      | 8.148 | 7.997 | 7.625 | 7.393 | 7.079 | 7.784 | 7.624 | 7.279 | 7.136 | 7.151 |
| Tumores                               | 2.960 | 2.904 | 2.808 | 2.776 | 2.729 | 3.187 | 3.168 | 3.050 | 2.974 | 2.908 |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 1.634 | 1.582 | 1.523 | 1.464 | 1.393 | 1.557 | 1.528 | 1.494 | 1.463 | 1.472 |
| Causas externas de mortalidad         | 1.458 | 1.357 | 1.268 | 1.139 | 1.026 | 912   | 874   | 865   | 860   | 822   |
| Resto <sup>a</sup>                    | 2.096 | 2.152 | 2.024 | 2.014 | 1.932 | 2.129 | 2.055 | 1.871 | 2.857 | 2.771 |

<sup>a</sup> Contiene Enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades de sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad, Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Trastornos mentales y del comportamiento, Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, Enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, Enfermedades del sistema genitourinario, Embarazo, parto y puerperio, Afecciones originadas en el período perinatal, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.

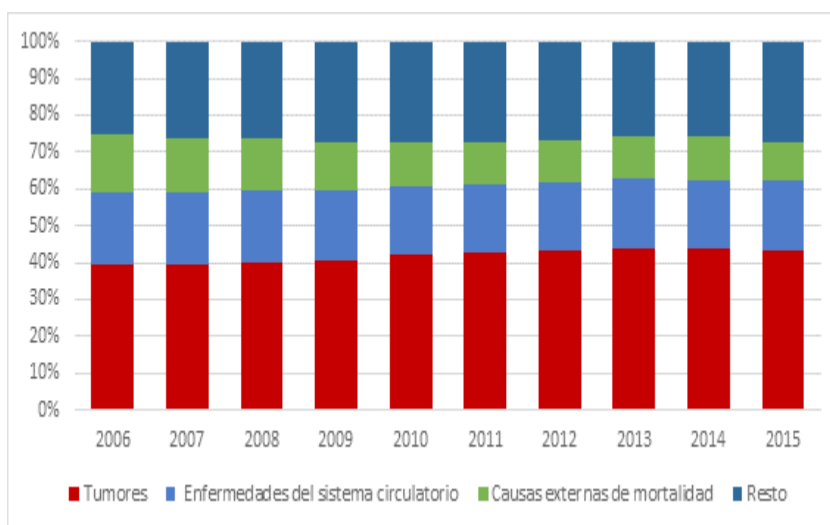
Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

**Tabla 3.3. Tasas estandarizadas de los Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP) (Mujeres).**

|                                       | 2006  | 2007  | 2008  | 2009  | 2010  | 2011  | 2012  | 2013  | 2014  | 2015  |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Todas las causas                      | 3.616 | 3.589 | 3.515 | 3.463 | 3.301 | 3.545 | 3.457 | 3.397 | 3.344 | 3.340 |
| Tumores                               | 1.626 | 1.601 | 1.601 | 1.593 | 1.584 | 1.755 | 1.735 | 1.734 | 1.675 | 1.668 |
| Enfermedades del sistema circulatorio | 660   | 653   | 624   | 590   | 552   | 574   | 563   | 536   | 530   | 528   |
| Causas externas de mortalidad         | 359   | 354   | 325   | 305   | 269   | 251   | 248   | 270   | 264   | 255   |
| Resto                                 | 972   | 982   | 967   | 975   | 896   | 965   | 911   | 857   | 1.244 | 1.144 |

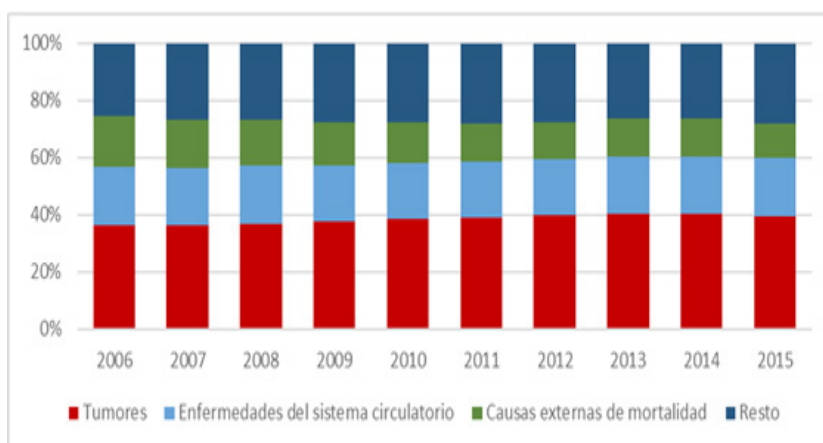
a Contiene Enfermedades infecciosas y parasitarias, Enfermedades sangre y de órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan al mecanismo de la inmunidad, Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas, Trastornos mentales y del comportamiento, Enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, Enfermedades del sistema respiratorio, Enfermedades del sistema digestivo, Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, Enfermedades del sistema genitourinario, Embarazo, parto y puerperio, Afecciones originadas en el período perinatal, Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y Sintomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte.  
Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

**Figura 3.5. Porcentaje de los Años Potenciales de vida perdidos (APVP) sobre el total (total, ambos sexos)**



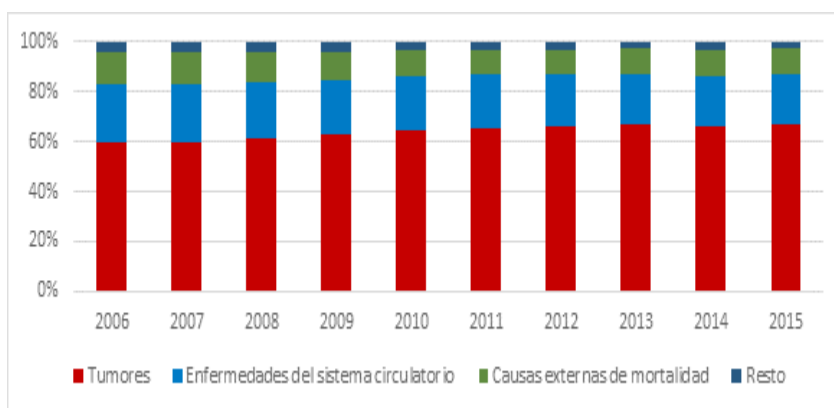
Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

**Figura 3.6. Porcentaje de los Años Potenciales de vida perdidos (APVP) sobre el total (Varones)**



Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

**Figura 3.7. Porcentaje de los Años Potenciales de vida perdidos (APVP) sobre el total (mujeres)**



Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

### 3.1.3. Tasas de mortalidad estandarizadas

La tasa de mortalidad estandarizada muestra el número de fallecimientos acaecidos por cada cien mil habitantes basándose en una estructura de edad y sexo común (tablas 3.4, 3.5 y 3.6). No obstante, debido a que a partir del 2011 se produce un cambio en la metodología para el cómputo de la tasa de estandarización por edades, no se puede realizar una comparación directa a partir de dicha fecha con los periodos anteriores. De este modo, y considerando lo anterior, observamos que en el año 2002 la tasa de mortalidad estandarizada se situaba en 849 por cada cien mil habitantes, mientras que en el año 2010 se alcanzaron 700 por cada cien mil habitantes (tabla 3.4). Durante los años anteriores a la crisis y en los primeros años de la misma (periodo 2003-2010), la tasa de mortalidad estandarizada descendió. A partir del 2011 (y coincidiendo con el cambio de metodología), la tasa de mortalidad disminuye desde 892 muertes por cada 100.000 habitantes en 2011 a 877 en 2015. Atendiendo a causas de enfermedad, se observa que, al igual que ocurría con los APVP, y como consecuencia de ello, son nuevamente los tumores, enfermedades del sistema circulatorio y las causas externas de mortalidad las que provocan mayor número de defunciones. Tanto el grupo de tumores como las enfermedades del sistema circulatorio han experimentado un ligero pero continuo decrecimiento durante el período previo a la crisis y los primeros años de recesión (2002-2010), pasando de 230 muertes

por cada cien mil habitantes en 2002 a 211 muertes por cada cien mil habitantes en 2010 en el primer caso, mientras que para las enfermedades del sistema circulatorio se ha pasado de 287 a 211 muertes por cada cien mil habitantes. Del mismo modo, las causas externas de mortalidad han reducido los fallecimientos de los que son responsables, pasando de 38 a 28 muertes por cada cien mil habitantes, efecto de la importante reducción en las muertes por accidente de tráfico. Ha de señalarse que las tasas de todos los grupos de enfermedad han disminuido hasta el año 2010. A partir del 2011 (fecha del cambio metodológico), las muertes disminuyen en el periodo 2012-2014, si bien se observa un ligero repunte en 2015. Atendiendo a causas de enfermedad, se observa un aumento de las tasas de mortalidad en las causas externas de mortalidad y en enfermedades infecciosas y parasitarias, mientras que los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio disminuyen levemente.

Por sexo (tabla 3.5 y tabla 3.6), para el caso de los varones, en el año 2002 la tasa de mortalidad estandarizada superó las 914 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que en el año 2010 alcanzó 745 muertes por cada cien mil habitantes (tabla 3.4). No obstante, a partir de 2011, la tasa de mortalidad estandarizada para los varones pasó de 1.161 muertes por cada cien mil habitantes a 1.125. La tendencia para el caso de las mujeres es muy similar (tabla 3.6). En el año 2002, la tasa de mortalidad estandarizada superó las 783 muertes por cada cien mil habitantes, mientras que en el año 2010 llegó a 646 (tabla 3.5). Atendiendo a las causas de enfermedad, los varones también experimentan descensos en la mortalidad en tumores (de 292 muertes en 2002 a 261 muertes por cada cien mil habitantes en 2010), en enfermedades del sistema circulatorio (de 268 a 199 muertes) y en causas externas (de 56 a 38 fallecimientos). Así, para las mujeres y separando por grupo de enfermedad, se observa una ligera caída en las tasas de mortalidad estandarizadas. Así, los tumores fueron responsables de una tasa de mortalidad de 169 en el año 2002 y 158 muertes por cada cien mil habitantes en 2010; 304 en 2002 y 220 en 2010 en el caso de las enfermedades del sistema circulatorio; y 21 y 18 para las causas externas de mortalidad en el año 2002 y 2010, respectivamente (tabla 3.6). Señalamos que a partir de 2011 este indicador mejora tanto en los varones como en las mujeres, especialmente en el caso de los tumores y las enfermedades del sistema circulatorio. Sin embargo, las causas externas de mortalidad, y más concretamente en el caso de las mujeres, empeora, donde pasa de 19,3 muertes por cada cien mil habitantes en 2011 a 20,0 en 2015. Asimismo, las enfermedades infecciosas y parasitarias también experimentan una subida en la tasa de mortalidad para los varones, pasando de 17,7 a 19 muertes por cada cien mil habitantes.

Un subgrupo de enfermedades con especial interés de estudio son las enfermedades contagiosas y parasitarias. En general, estas enfermedades han experimentado un continuo y marcado descenso en la tasa de mortali-



dad estandarizada, ya que han pasado de 16 muertes por cada 100.000 habitantes en 2002 a 12 en el año 2010. Tras el cambio metodológico señalado en el año 2011, las tasas se sitúan en 14,4 por 100.000 habitantes, descendiendo ligeramente hasta alcanzar 13,7 por 100.000 habitantes en 2014, pero incrementándose en el último año disponible de la serie hasta llegar a una tasa de mortalidad de 15,6 muertes por cada 100.000 habitantes. Por sexo, cabe señalar que la tasa es más elevada en varones, siendo este grupo el que ha experimentado una subida más alta al final del periodo.

**Tabla 3.4. Tasas de mortalidad estandarizadas por causas de enfermedad en tanto por cien mil (total, ambos sexos)**

|   | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008*  | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Todas las causas                        | 849,00 | 861,00 | 808,00 | 816,00 | 761,00 | 766,00 | 745,00 | 724,00 | 700,00 | 892,95 | 904,84 | 851,90 | 841,78 | 877,41 |
| Tumores                                 | 230,00 | 229,00 | 225,00 | 219,00 | 217,00 | 216,00 | 213,50 | 211,00 | 211,00 | 259,33 | 252,46 | 247,83 | 241,66 | 239,84 |
| Enfermedades del sistema circulatorio   | 287,00 | 287,00 | 265,00 | 263,00 | 242,00 | 241,00 | 230,00 | 219,00 | 211,00 | 273,30 | 273,81 | 254,67 | 246,96 | 254,59 |
| Causas externas de mortalidad           | 38,00  | 39,00  | 39,00  | 38,00  | 35,00  | 34,00  | 31,50  | 29,00  | 28,00  | 31,34  | 30,39  | 31,36  | 31,39  | 31,37  |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 16,00  | 16,00  | 16,00  | 16,00  | 15,00  | 16,00  | 14,5   | 13,00  | 12,00  | 14,37  | 14,35  | 13,34  | 13,71  | 15,63  |

Nota: a partir del 2011 se produce un cambio en la tasa de estandarización por edades. \*Valor medio entre 2007 y 2009. Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

**Tabla 3.5. Tasas de mortalidad estandarizadas por causas de enfermedad en tanto por cien mil (Varones)**

|   | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008*  | 2009   | 2010   | 2011     | 2012     | 2013     | 2014     | 2015     |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Todas las causas                        | 914,00 | 918,00 | 869,00 | 872,00 | 816,00 | 820,00 | 794,50 | 769,00 | 745,00 | 1.160,56 | 1.170,93 | 1.101,11 | 1.084,73 | 1.125,25 |
| Tumores                                 | 292,00 | 291,00 | 286,00 | 278,00 | 273,00 | 271,00 | 266,50 | 262,00 | 261,00 | 369,94   | 369,50   | 358,39   | 349,21   | 344,98   |
| Enfermedades del sistema circulatorio   | 268,00 | 267,00 | 248,00 | 246,00 | 229,00 | 228,00 | 217,5  | 207,00 | 199,00 | 325,17   | 324,65   | 303,21   | 295,61   | 304,14   |
| Causas externas de mortalidad           | 56,00  | 57,00  | 55,00  | 54,00  | 50,00  | 47,00  | 43,50  | 40,00  | 38,00  | 44,90    | 44,45    | 44,81    | 44,97    | 44,66    |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 18,00  | 19,00  | 18,00  | 18,00  | 17,00  | 17,00  | 15,5   | 14,00  | 13,00  | 17,72    | 17,49    | 16,24    | 16,64    | 19,02    |

Nota: a partir del 2011 se produce un cambio en la tasa de estandarización por edades \*Valor medio entre 2007 y 2009. Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

**Tabla 3.6. Tasas de mortalidad estandarizadas por causas de enfermedad en tanto por cien mil (Mujeres)**

|   | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008*  | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Todas las causas                        | 783,00 | 801,00 | 744,00 | 755,00 | 701,00 | 707,00 | 689,50 | 672,00 | 646,00 | 695,18 | 707,41 | 665,15 | 659,00 | 690,14 |
| Tumores                                 | 169,00 | 168,00 | 165,00 | 161,00 | 161,00 | 159,00 | 158,00 | 157,00 | 158,00 | 169,26 | 167,65 | 167,14 | 162,77 | 162,46 |
| Enfermedades del sistema circulatorio   | 304,00 | 305,00 | 280,00 | 277,00 | 253,00 | 252,00 | 240,5  | 229,00 | 220,00 | 231,44 | 232,77 | 214,82 | 207,53 | 214,09 |
| Causas externas de mortalidad           | 21,00  | 22,00  | 23,00  | 22,00  | 21,00  | 20,00  | 19,00  | 18,00  | 18,00  | 19,34  | 18,31  | 19,75  | 19,72  | 20,02  |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 13,00  | 14,00  | 13,00  | 13,00  | 13,00  | 14,00  | 13,00  | 12,00  | 11,00  | 11,65  | 11,74  | 10,78  | 11,31  | 12,84  |

Nota: a partir del 2011 se produce un cambio en la tasa de estandarización por edades \*Valor medio entre 2007 y 2009. Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

### 3.1.4. Fallecimientos prematuros (<65 años de edad)

Adicionalmente a la tasa de mortalidad estandarizada, donde se recoge la información referente a todos los individuos, resulta de interés analizar la mortalidad prematura, es decir, los fallecimientos acaecidos antes de los 65 años de edad (tabla 3.7-3.9). Si bien es cierto que los últimos años de la década de los 90s la tendencia iba en aumento, en general, desde 2002 el número de muertes prematuras anuales ha caído en 5.192 personas (tabla 3.7). No obstante, no fue hasta el año 2009 cuando se produjo un descenso marcado de dicho indicador.

Por grupos de enfermedad, cabe destacar el caso de los tumores, ya que éste ha experimentado un incremento de 1.361 fallecimientos prematuros en el periodo analizado, si bien es cierto que durante los últimos años analizados de los que se dispone información (2014-2015), se aprecia cierta tendencia descendente. Las causas externas de mortalidad se han reducido sustancialmente por la caída del número de muertes en accidentes de tráfico (con 3.000 fallecimientos prematuros menos). Analizando la tendencia por sexo, se observa que en el caso de los varones el descenso en los fallecimientos prematuros en el periodo considerado ha sido más marcado, con un descenso en 5.858 muertes (666 muertes más que en el caso de las mujeres) (tabla 3.8 y 3.9). No obstante, mientras que para los hombres los fallecimientos prematuros en tumores han descendido (en 358 muertes), para las mujeres aumentaron en más de 1.700.

| <b>Tabla 3.7. Número de fallecimientos prematuros (&lt;65 años) (total, ambos sexos)</b> |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|  | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   |
| Todas las causas   | 64.542 | 65.894 | 64.969 | 65.441 | 64.656 | 65.771 | 65.338 | 63.422 | 62.079 | 61.756 | 61.050 | 59.484 | 58.730 | 59.350 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias  | 2.594  | 2.649  | 2.573  | 2.536  | 2.389  | 2.397  | 2.236  | 2.000  | 1.822  | 1.795  | 1.698  | 1.567  | 1.542  | 1.466  |
| Tumores  | 25.576 | 26.034 | 26.420 | 26.359 | 26.758 | 27.233 | 27.615 | 27.344 | 27.488 | 27.691 | 27.878 | 27.491 | 26.830 | 26.937 |
| Enfermedades del sistema circulatorio  | 11.683 | 11.726 | 11.430 | 11.742 | 11.669 | 11.658 | 11.532 | 11.030 | 10.636 | 10.332 | 10.393 | 10.375 | 10.382 | 10.438 |
| Causas externas de mortalidad  | 10.251 | 10.468 | 10.128 | 9.681  | 9.142  | 8.938  | 8.562  | 7.567  | 6.979  | 6.636  | 6.456  | 6.536  | 6.536  | 6.180  |
| Accidentes con víctimas, tanto en vías interurbanas como en vías urbanas                 | 5.347  | 5.399  | 4.741  | 4.442  | 4.104  | 3.823  | 3.100  | 2.714  | 2.478  | 2.060  | 1.903  | 1.680  | 1.688  | 1.689  |
| Suicidio y lesiones autoinfligidas   | 2.190  | 2.297  | 2.322  | 2.217  | 2.168  | 2.158  | 2.362  | 2.328  | 2.164  | 2.131  | 2.418  | 2.663  | 2.695  | 2.428  |
| Agresiones (Homicidio)   | 382    | 394    | 534    | 333    | 324    | 288    | 326    | 286    | 280    | 281    | 245    | 249    | 243    | 233    |

<sup>a</sup> Se considera fallecido toda persona que, como consecuencia de un accidente de tráfico, fallece en el acto o dentro de los siguientes treinta días. Se excluyen los casos confirmados de muertes naturales o en los que existan indicios de suicidio.<sup>b</sup> Desde 2007 hay un cambio en la metodología del cálculo de los fallecimientos por suicidios. Siguiendo los estándares internacionales en el cálculo de los suicidios, se ha adoptado la decisión de suprimir los boletines del suicidio y obtener la información estadística relativa al suicidio a partir de la información que ofrece el boletín de defunción judicial. INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte y DGT.

| <b>Tabla 3.8. Número de fallecimientos prematuros (&lt;65 años) (Varones)</b> |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
|   | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   |
| Todas las causas  | 45.787 | 46.517 | 45.947 | 46.309 | 45.659 | 46.131 | 45.499 | 43.868 | 42.886 | 42.191 | 41.756 | 40.253 | 39.622 | 39.929 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias                                       | 1.962  | 1.966  | 1.957  | 1.915  | 1.765  | 1.789  | 1.648  | 1.461  | 1.388  | 1.312  | 1.233  | 1.185  | 1.078  | 1.064  |
| Tumores   | 16.664 | 16.929 | 17.208 | 17.036 | 17.280 | 17.476 | 17.506 | 17.262 | 17.273 | 17.172 | 17.332 | 16.783 | 16.429 | 16.306 |
| Enfermedades del sistema circulatorio   | 8.852  | 8.857  | 8.761  | 8.904  | 8.985  | 8.872  | 8.857  | 8.407  | 8.148  | 7.872  | 7.919  | 7.904  | 7.931  | 7.949  |
| Causas externas de mortalidad   | 8.236  | 8.355  | 8.000  | 7.880  | 7.355  | 7.140  | 6.842  | 6.024  | 5.564  | 5.283  | 5.121  | 5.075  | 5.050  | 4.758  |
| Suicidio y lesiones autoinfligidas  | 1.677  | 1.757  | 1.782  | 1.701  | 1.687  | 1.612  | 1.853  | 1.823  | 1.692  | 1.644  | 1.865  | 2.012  | 2.018  | 1.798  |
| Agresiones (Homicidio)  | 303    | 284    | 347    | 257    | 225    | 190    | 231    | 212    | 181    | 198    | 177    | 166    | 160    | 135    |

<sup>a</sup> Desde 2007 hay un cambio en la metodología del cálculo de los fallecimientos por suicidios. Siguiendo los estándares internacionales en el cálculo de los suicidios, se ha adoptado la decisión de suprimir los boletines del suicidio y obtener la información estadística relativa al suicidio a partir de la información que ofrece el boletín de defunción judicial. Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte. Nota: la información por sexo sobre las muertes por accidentes de tráfico no está disponible.

**Tabla 3.9. Número de fallecimientos prematuros (<65 años) (Mujeres)**

|   | 2002   | 2003   | 2004   | 2005   | 2006   | 2007   | 2008   | 2009   | 2010   | 2011   | 2012   | 2013   | 2014   | 2015   |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Todas las causas                        | 18.755 | 19.377 | 19.022 | 19.132 | 18.997 | 19.640 | 19.639 | 19.554 | 19.193 | 19.565 | 19.294 | 19.231 | 19.108 | 19.421 |
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | 632    | 683    | 616    | 621    | 624    | 608    | 588    | 539    | 434    | 483    | 465    | 382    | 464    | 402    |
| Tumores                                 | 8.912  | 9.105  | 9.212  | 9.323  | 9.478  | 9.757  | 10.109 | 10.082 | 10.215 | 10.519 | 10.546 | 10.708 | 10.401 | 10.631 |
| Enfermedades del sistema circulatorio   | 2.831  | 2.869  | 2.669  | 2.838  | 2.684  | 2.786  | 2.675  | 2.623  | 2.488  | 2.460  | 2.474  | 2.471  | 2.451  | 2.489  |
| Causas externas de mortalidad           | 2.015  | 2.113  | 2.128  | 1.801  | 1.787  | 1.798  | 1.720  | 1.543  | 1.415  | 1.353  | 1.335  | 1.461  | 1.486  | 1.422  |
| Suicidio y lesiones autoinfligidas      | 513    | 540    | 540    | 516    | 481    | 546    | 509    | 505    | 472    | 487    | 553    | 651    | 677    | 630    |
| Agresiones (Homicidio)                  | 79     | 110    | 187    | 76     | 99     | 98     | 95     | 74     | 99     | 83     | 68     | 83     | 83     | 98     |

a Desde 2007 hay un cambio en la metodología del cálculo de los fallecimientos por suicidios. Siguiendo los estándares internacionales en el cálculo de los suicidios, se ha adoptado la decisión de suprimir los boletines del suicidio y obtener la información estadística relativa al suicidio a partir de la información que ofrece el boletín de defunción judicial. Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte. Nota: la información por sexo sobre las muertes por accidentes de tráfico no está disponible.

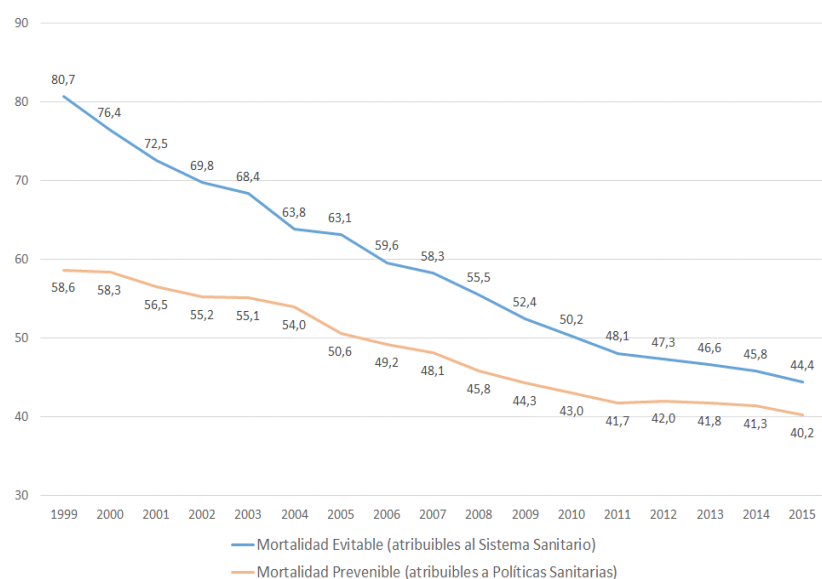


### 3.1.5 Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable

La Mortalidad Innecesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable, MIPSE, se ha utilizado como indicador para medir la calidad y efectividad de los servicios y políticas sanitarias (Ortún, Gispert, 1998). El análisis de su comportamiento es imprescindible, tanto en su conjunto como indicador coyuntural del impacto de la crisis en la salud de la población, como desagregado en los dos tipos de mortalidad prematura: aquella que puede atribuirse al propio funcionamiento del sistema sanitario (mortalidad tratable) y aquella que tiene su origen en una deficiente atención sanitaria preventiva (mortalidad prevenible) (Gispert, 2006).

En España, el número de defunciones prematuras por una inadecuada atención de los servicios sanitarios ha sido históricamente superior a aquellas atribuibles a deficientes políticas sanitarias. La brecha entre ambas, sin embargo, se ha reducido de forma sistemática en los últimos quince años. En términos de tasas estandarizadas por cien mil habitantes, se observa un continuo y marcado descenso en los últimos quince años en la mortalidad evitable, tanto de uno como de otro origen. No obstante, se identifica un tramo entre 2011 y 2014 con una tendencia claramente diferente. Por primera vez, los márgenes constantes de mejoras anuales desde inicios de la década se estabilizaron, e incluso empeoraron, llegando la mortalidad atribuible a una insuficiente atención preventiva a crecer en 2012 respecto al año anterior. Lo cierto, sin embargo, es que en el último año para el que se dispone de información, 2015, ambos tipos de mortalidad precoces parecen recuperar su mejoría anual media ya que, con respecto a 2014, muestran una disminución de en torno al 3%.

**Figura 3.8. Mortalidad Innesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable, MIPSE. España 1999-2015. Tasas estandarizadas por 100.000 habitantes**



Fuente: elaboración propia a partir de INE Base

A la espera de contar con datos de 2016 que puedan confirmar que la mejora en este indicador respecto al lustro de la crisis económica sea sostenida, hemos profundizado en la evolución de las causas de enfermedad más representativa en cada grupo: Enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares en personas entre 35 y 65 años (mortalidad prematura atribuible al sistema sanitario) y los fallecimientos por SIDA entre 20 y 24 años (mortalidad prematura por una inadecuada atención preventiva). Como puede observarse en la tabla 3.10 las conclusiones son contradictorias. Si para el grupo de las enfermedades hipertensivas el empeoramiento del indicador entre 2012 y 2013 fue muy relevante, perdiendo el decrecimiento sistemático superior al 3% de los últimos años, en el caso del SIDA la mejoría en el descenso de la mortalidad prevenible por esta causa fue muy significativa en esos mismos años de crisis económica (véase apartado 3.1.10.6 para una explicación de este resultado).

**Tabla 3.10. Tasa Variación Anual: MIPSE Estandarizada por 100.000 habitantes**

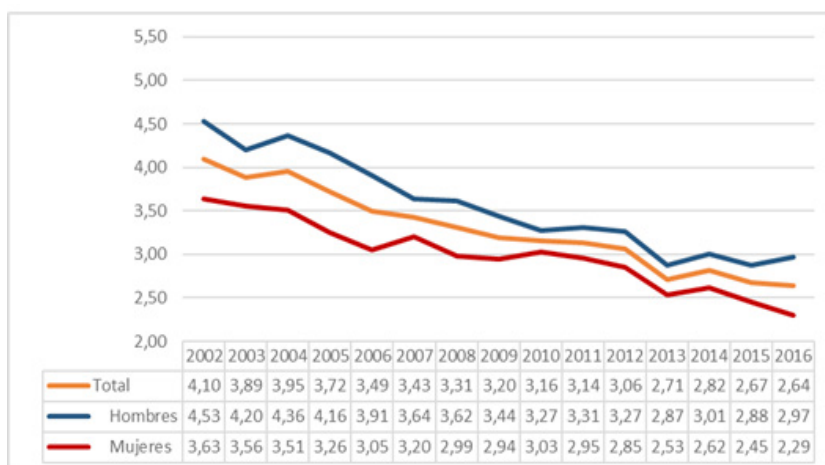
|                       | Causa/edad  | 2005  | 2006   | 2007  | 2008  | 2009   | 2010  | 2011  | 2012  | 2013   | 2014  | 2015   |
|-----------------------|---|-------|--------|-------|-------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| Mortalidad Tratable   | 11. Enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares entre 35-64 años | -2,3% | -6,4%  | -3,0% | -7,3% | -7,0%  | -3,3% | -6,0% | -0,1% | -0,9%  | -2,5% | -3,2%  |
| Mortalidad Prevenible | 21. Sida entre 20-24 años   | -8,3% | -10,5% | -1,6% | -9,4% | -12,2% | -6,9% | -7,7% | -8,8% | -15,7% | -6,7% | -10,6% |

Fuente: elaboración propia a partir de INE Base

### 3.1.6. Tasas de mortalidad infantil

Continuando con la descripción de indicadores centrados en mortalidad, un subgrupo de población al que conviene prestar especial interés, debido fundamentalmente a su vulnerabilidad, son los niños. En la figura 3.9 se muestran las tasas de mortalidad infantil (expresadas en tanto por mil), las cuales experimentan un descenso continuado a lo largo de todo el periodo, pasando de 4,10‰ en 2002 a 2,64‰ en el 2016. Se observa, sin embargo, que desde 2013 la reducción es menos estable, incluso con un crecimiento relativo de fallecimientos infantiles en 2014 respecto al año anterior.

**Figura 3.9. Tasas de mortalidad infantil en tanto por mil, por sexo.**

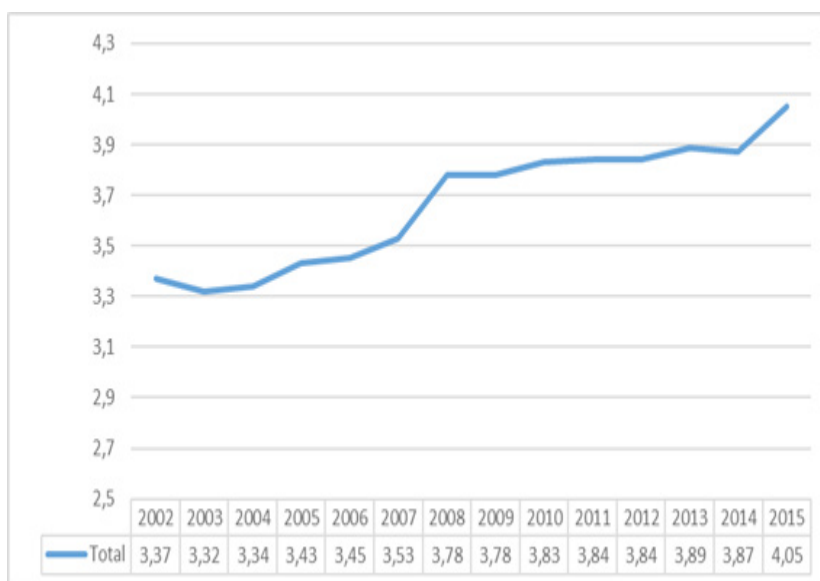


Fuente: INE Base.

### 3.1.7. Tasas de recién nacidos con bajo peso al nacer

Una tendencia opuesta sigue otro de los indicadores de salud relacionado con este subgrupo de población (los niños), el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer (figura 3.10). En este caso, 3,37 de cada 100 recién nacidos tenían bajo peso en el nacimiento en el año 2002, y 4,05 recién nacidos de cada 100 en el 2015. La tendencia alcista de este indicador se produce en el año 2008, momento en el cual comienzan a notarse los primeros síntomas de la venidera crisis económica. La tendencia de este indicador, además de ser creciente en todo el periodo, refleja un salto cuantitativo significativo en el año en el que se ha datado el inicio de la crisis económica, 2008, aunque ha seguido en ascenso durante el periodo de post-crisis.

**Figura 3.10. Porcentaje de recién nacidos con bajo peso**



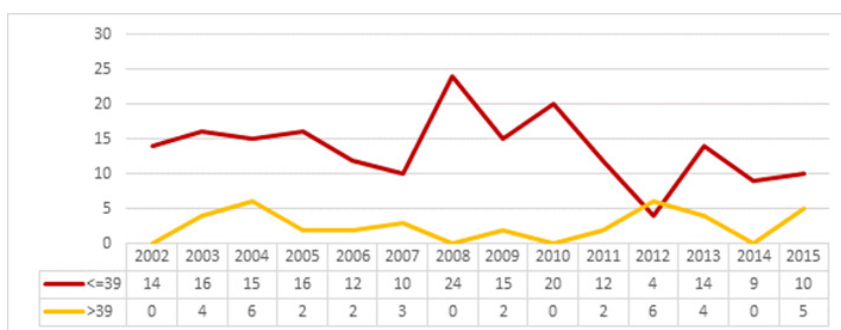
Fuente: INE Base.

### 3.1.8. Número de fallecimientos por embarazo o parto

Uno de los factores que puede estar relacionado con la evolución de la salud de este subgrupo de población (los niños), es el estado de las madres durante el embarazo. Para analizar esta cuestión, nos centraremos en el número de fallecimientos acaecidos por embarazo o parto en los últimos años (figura

3.11). Así, el número de muertes por esta causa se ha mantenido en los últimos años para las mujeres de 40 años o más. Por otro lado, en las mujeres menores de 40 años el número de muertes ha disminuido a lo largo del periodo analizado. No obstante, dado que se trata de una causa de mortalidad tan infrecuente, las oscilaciones producidas han de interpretarse con cierta cautela.

**Figura 3.11. Número de fallecimientos por embarazo o parto por grupos de edad**



Fuente: INE Base. Registro de defunciones según la causa de muerte

### 3.1.9. Salud autopercebida

Una vez analizados los principales indicadores relacionados con la mortalidad y esperanza de vida, pasaremos a analizar una de las medidas más comúnmente empleadas para medir el estado de salud: la salud autopercebida (tablas 3.11-3.15). En general, el porcentaje de población que indica tener una salud buena o muy buena ha aumentado ligeramente, pasando del 68,1% en el año 2003 al 70,9% en 2014 (tabla 3.11), siendo llamativo que los valores más elevados se corresponden con los años de crisis. Por sexo, el porcentaje de varones que reporta tener buena o muy buena salud es superior al de las mujeres. Considerando la evolución, en ambos casos la tendencia ha sido alcista, ya que en el caso de los varones ha pasado del 72,8% en 2003 al 75,1% en 2014, y del 63,1% en 2002 al 67,0% en 2014 en las mujeres. No obstante, cabe destacar el hecho de que la mejora en la percepción de la salud ha sido más marcada en el caso de las mujeres.

**Tabla 3.11. Salud autopercibida por sexo (unidades: porcentaje)**

|         |                 | 2003  | 2006  | 2009  | 2011  | 2014  |
|---------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Hombres | Muy buena/buena | 72,8% | 72,6% | 78,6% | 76,6  | 75,1% |
|         | Regular         | 20,2% | 20,4% | 15,8% | 17,5  | 17,9% |
|         | Malo/muy malo   | 6,7%  | 6,9%  | 5,5%  | 5,8   | 6,9%  |
| Mujeres | Muy buena/buena | 63,1% | 60,4% | 69,5% | 67,5% | 67,0% |
|         | Regular         | 25,9% | 28,9% | 21,1% | 22,9% | 22,9% |
|         | Malo/muy malo   | 10,9% | 10,4% | 9,3%  | 9,6%  | 9,9%  |
| Total   | Muy buena/buena | 68,1% | 66,5% | 74,0% | 71,9% | 70,9% |
|         | Regular         | 23,2% | 24,8% | 18,6% | 20,2% | 20,5% |
|         | Malo/muy malo   | 8,9%  | 8,6%  | 7,5%  | 7,8%  | 8,5%  |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

Atendiendo a grupos de edad (tabla 3.12), se observa una asociación negativa entre la edad y la percepción del estado de salud. No obstante, cabe destacar una mejora generalizada de este indicador en todos los grupos de edad, siendo los mayores de 75 años de edad el grupo donde la mejora ha sido menos marcada.

**Tabla 3.12. Salud autopercibida por grupos de edad (unidades: porcentaje)**

|       |                 | 2003  | 2006  | 2009  | 2011  | 2014  |
|-------|-----------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <25   | Muy buena/buena | 86,5% | 87,1% | 94,0% | 92,8% | 90,7% |
|       | Regular         | 11,7% | 11,3% | 5,0%  | 6,0%  | 7,9%  |
|       | Malo/muy malo   | 1,6%  | 1,3%  | 0,9%  | 1,1%  | 1,2%  |
| 25-34 | Muy buena/buena | 83,7% | 80,7% | 90,3% | 87,4% | 85,5% |
|       | Regular         | 13,1% | 15,5% | 8,4%  | 10,9% | 11,8% |
|       | Malo/muy malo   | 2,9%  | 3,4%  | 1,1%  | 1,6%  | 2,6%  |
| 35-44 | Muy buena/buena | 77,2% | 75,9% | 85,9% | 79,9% | 81,3% |
|       | Regular         | 17,8% | 19,1% | 11,3% | 15,7% | 14,8% |
|       | Malo/muy malo   | 4,8%  | 5,3%  | 2,8%  | 4,2%  | 3,8%  |
| 45-54 | Muy buena/buena | 69,6% | 65,0% | 76,2% | 73,3% | 73,3% |
|       | Regular         | 22,4% | 26,4% | 18,8% | 20,7% | 19,8% |
|       | Malo/muy malo   | 8,4%  | 8,6%  | 5,0%  | 5,9%  | 6,7%  |
| 55-64 | Muy buena/buena | 52,1% | 51,9% | 61,2% | 61,9% | 61,2% |
|       | Regular         | 33,9% | 33,8% | 28,1% | 26,7% | 26,7% |
|       | Malo/muy malo   | 13,9% | 14,2% | 10,6% | 11,3% | 12,0% |
| 65-74 | Muy buena/buena | 41,5% | 44,4% | 46,8% | 53,9% | 52,8% |
|       | Regular         | 40,8% | 39,6% | 36,6% | 31,2% | 32,1% |
|       | Malo/muy malo   | 17,6% | 15,9% | 16,6% | 14,8% | 14,9% |
| >=75  | Muy buena/buena | 33,4% | 34,3% | 34,0% | 34,2% | 34,8% |
|       | Regular         | 40,7% | 43,7% | 38,0% | 40,9% | 39,2% |
|       | Malo/muy malo   | 25,8% | 21,9% | 28,0% | 24,8% | 25,9% |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

El nivel de estudios también es un factor en el que puede diferir la salud autopercibida de los individuos. Así, aquellos individuos con estudios superiores tienden a percibir de una forma más positiva su estado de salud. Sin embargo, el comportamiento de este indicador durante los últimos años ha sido muy diferente entre las personas sin ningún tipo de formación y aquellas con una formación superior. Dentro de la población sin estudios, el porcentaje de individuos con una salud buena o muy buena ha pasado del 35,3% en 2003 a un 37,3% en 2014, mientras que en el caso de la población

con estudios superiores el porcentaje se ha mantenido prácticamente inalterado.

**Tabla 3.13. Salud autopercibida por nivel de estudios (unidades: porcentaje)**

|                      |                 | 2003   | 2006   | 2009   | 2011   | 2014   |
|----------------------|-----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Sin estudios         | Muy buena/buena | 35,35% | 36,14% | 39,82% | 39,58% | 37,38% |
|                      | Regular         | 41,47% | 41,91% | 36,10% | 38,27% | 36,11% |
|                      | Malo/muy malo   | 23,18% | 21,76% | 24,08% | 22,15% | 26,51% |
| Estudios primarios   | Muy buena/buena | 58,62% | 57,14% | 64,38% | 57,77% | 57,59% |
|                      | Regular         | 29,88% | 32,01% | 26,04% | 29,38% | 30,33% |
|                      | Malo/muy malo   | 11,79% | 11,44% | 9,58%  | 12,85% | 12,08% |
| Estudios secundarios | Muy buena/buena | 78,66% | 75,62% | 83,91% | 76,74% | 78,15% |
|                      | Regular         | 17,44% | 19,14% | 12,87% | 17,77% | 16,75% |
|                      | Malo/muy malo   | 4,19%  | 5,24%  | 3,22%  | 5,49%  | 5,10%  |
| Estudios superiores  | Muy buena/buena | 84,85% | 81,33% | 88,69% | 86,64% | 84,95% |
|                      | Regular         | 12,00% | 14,75% | 9,16%  | 10,47% | 11,38% |
|                      | Malo/muy malo   | 3,63%  | 3,86%  | 2,14%  | 2,89%  | 3,67%  |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

Otro factor a considerar en la determinación de la salud autorreportada es la ocupación de la población (tabla 3.14). Así, en términos generales, la población empleada percibe un mejor estado de salud. En cuanto a evolución, este colectivo, junto con el de los desempleados, es el que mayores mejoras ha experimentado. En concreto, el porcentaje de población empleada con una salud buena o muy buena ha aumentado durante el periodo considerado, pasando del 80,0% al 82,9%, (y del 69,5% al 72,2% en el caso de los desempleados).



**Tabla 3.14. Salud autopercibida por ocupación (unidades: porcentaje)**

|                              |                     | 2003   | 2006   | 2009   | 2011   | 2014   |
|------------------------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| <b>Trabajando</b>            | Muy buena/<br>buena | 80,00% | 77,25% | 86,43% | 82,95% | 82,96% |
|                              | Regular             | 16,05% | 18,41% | 11,71% | 14,25% | 14,42% |
|                              | Malo/muy malo       | 3,96%  | 4,53%  | 1,86%  | 2,80%  | 2,62%  |
| <b>Desem-<br/>pleado</b>     | Muy buena/<br>buena | 69,58% | 67,86% | 81,00% | 76,36% | 72,27% |
|                              | Regular             | 23,91% | 24,49% | 14,89% | 18,34% | 20,37% |
|                              | Malo/muy malo       | 6,75%  | 7,88%  | 4,20%  | 5,31%  | 7,36%  |
| <b>Jubilado</b>              | Muy buena/<br>buena | 45,50% | 40,68% | 43,74% | 46,66% | 46,84% |
|                              | Regular             | 38,75% | 39,47% | 35,44% | 34,27% | 33,97% |
|                              | Malo/muy malo       | 16,06% | 19,87% | 20,82% | 19,07% | 19,20% |
| <b>Otras<br/>situaciones</b> | Muy buena/<br>buena | 58,77% | 64,75% | 67,83% | 69,60% | 68,00% |
|                              | Regular             | 27,83% | 27,07% | 21,60% | 20,85% | 20,47% |
|                              | Malo/muy malo       | 13,45% | 8,44%  | 10,57% | 9,55%  | 11,53% |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

Por último, en términos generales, los extranjeros reportan un mejor estado de salud en comparación con los españoles (tabla 3.15). Sin embargo, en términos relativos, son precisamente éstos últimos lo que han experimentado una mayor mejora de este indicador. Más concretamente, aquellos individuos de nacionalidad española que perciben un buen o muy buen estado de salud han pasado del 67,7% en 2003 al 70,3% en 2014 (es decir, 2,6 puntos porcentuales más), mientras que aquellos con nacionalidad extranjera han pasado del 79,3% en 2006 al 75,7% en 2014, es decir, 3,6 puntos porcentuales de empeoramiento.

**Tabla 3.15. Salud autopercibida por nacionalidad (unidades: porcentaje)**

|            |                     | 2003   | 2006   | 2009   | 2011   | 2014   |
|------------|---------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| español    | Muy buena/<br>buena | 67,72% | 65,82% | 72,54% | 71,14% | 70,28% |
|            | Regular             | 23,35% | 24,83% | 19,16% | 20,42% | 20,60% |
|            | Malo/muy malo       | 9,11%  | 9,21%  | 8,30%  | 8,44%  | 9,12%  |
| extranjero | Muy buena/<br>buena | 79,39% | 70,82% | 82,61% | 77,91% | 75,71% |
|            | Regular             | 18,22% | 24,84% | 14,91% | 18,90% | 19,95% |
|            | Malo/muy malo       | 2,58%  | 4,38%  | 2,48%  | 3,19%  | 4,34%  |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

### 3.1.9.1. Análisis multivariante de la evolución de la salud autopercibida durante la crisis

En este apartado recogemos los resultados de un análisis de regresión multivariante realizado sobre la evolución de la salud autopercibida, a partir de las encuestas nacionales y europeas de salud (ver la metodología en el anexo).

La salud autopercibida ha mejorado durante la crisis en ambos sexos, aunque el efecto no se ha mantenido en la etapa post-crisis considerada. Entre las mujeres, durante la crisis en relación a la época pre-crisis, la persona de referencia (española, de entre 25 y 44 años, ocupada y con estudios primarios) tuvo un menor riesgo de reportar una salud regular frente a buena/muy buena (OR=0,71). Entre los hombres, también durante la crisis en relación a la época pre-crisis, el sujeto de referencia tuvo un menor riesgo de reportar una salud mala/muy mala frente a buena/muy buena (OR=0,45). La comparación entre pre-crisis y post-crisis no es significativa ni para hombres ni para mujeres.

Antes de la crisis, la salud autopercibida positiva es decreciente con la edad en ambos sexos, siendo la magnitud mayor entre las mujeres. Los hombres de 65 y más años aparecen antes de la crisis con un OR de salud autopercibida mala o muy mala vs buena o muy buena de 0,74. Sin embargo, la interacción de esa categoría de edad con la crisis y sobre todo con la post-crisis, con OR muy significativos y mayores que uno, sugieren que los

hombre mayores empeoraron su percepción probabilidad relativa de mala salud respecto a buena salud durante la crisis y sobre todo en la post-crisis.

El nivel educativo actúa como protector en ambos sexos, con la única salvedad de los hombres con estudios secundarios, donde el efecto sobre la salud mala no es significativo. Estar en paro se asocia a un mayor riesgo de reportar salud mala o regular frente a una salud buena o muy buena en ambos sexos, al igual que estar jubilado/a o inactivo. Respecto a la nacionalidad, las mujeres españolas declaran mejor salud que las extranjeras (OR=0,79 para salud regular vs buena).

La crisis cambió la salud autopercebida de unos grupos de población más que otros. Durante la crisis mejoró la salud de las mujeres con estudios secundarios y universitarios. Las mejoras parecen permanentes en el caso de los estudios secundarios porque se han mantenido después de la crisis. Las mujeres laboralmente inactivas empeoraron su salud, mientras que entre los hombres en esta situación el empeoramiento se produjo solo tras la crisis. En cambio, los hombres jubilados mejoraron en la post-crisis. No ha habido cambios estadísticamente significativos en función de la nacionalidad durante o pasada la crisis. Por edades, los varones más jóvenes mejoraron su salud autopercebida tras la crisis, mientras que los mayores de 64 años empeoraron en la crisis y el efecto se mantuvo después de la misma.

### 3.1.10. Problemas de salud crónicos

Sin duda, gran parte de la repercusión de todas las medidas de salud que hasta ahora se han descrito derivan en la presencia de alguna enfermedad o problema de salud crónico. En este sentido, cabe destacar la evolución que han tenido determinadas enfermedades crónicas, tales como la EPOC, asma, trastornos mentales, diabetes, enfermedades del corazón, VIH, así como determinados factores de riesgo como la hipertensión, la hipercolesterolemia y la obesidad. Esta información ha sido obtenida de las encuestas nacionales y europeas de salud en el periodo considerado. En ellas se incluye una pregunta que permite determinar el porcentaje de población que ha padecido en los últimos 12 meses alguno de los problemas crónicos anteriormente mencionados. Dichos porcentajes han sido elevados a nivel poblacional empleando los pesos que incluye cada una de las encuestas.

#### 3.1.10.1. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

La prevalencia declarada de la EPOC oscila entre un 4% en el año 2006 y un 3,3% en 2014 (tabla 3.16). La caída de la prevalencia de la EPOC ha sido

más acentuada entre los varones, casi un punto porcentual hasta el 3,5% en 2014, año en el que la sufrían el 3,07% de las mujeres. Como cabe esperar, existe una asociación positiva entre la prevalencia de esta enfermedad y la edad. Entre los adultos de más de 75 años casi un 11% sufría de EPOC en 2014 y un porcentaje similar en 2004.

**Tabla 3.16. Prevalencia de EPOC por sexo, grupos de edad, nivel de educación, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

| EPOC                      | 2006   | 2009   | 2011   | 2014   |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Hombres                   | 4,34%  | 3,82%  | 4,23%  | 3,57%  |
| Mujeres                   | 3,63%  | 3,31%  | 3,49%  | 3,07%  |
| Total                     | 3,98%  | 3,57%  | 3,85%  | 3,32%  |
| <b>Grupos de edad</b>     |        |        |        |        |
| <25                       | 1,91%  | 1,35%  | 0,81%  | 0,54%  |
| 25-34                     | 1,63%  | 1,32%  | 1,02%  | 1,21%  |
| 35-44                     | 1,93%  | 1,51%  | 1,82%  | 1,18%  |
| 45-54                     | 2,92%  | 2,30%  | 2,60%  | 2,10%  |
| 55-64                     | 5,62%  | 4,66%  | 5,40%  | 4,42%  |
| 65-74                     | 8,03%  | 8,33%  | 7,79%  | 6,80%  |
| >=75                      | 11,77% | 10,62% | 12,38% | 10,74% |
| <b>Nivel de educación</b> |        |        |        |        |
| Sin estudios              | 9,34%  | 9,57%  | 10,46% | 9,51%  |
| Estudios primarios        | 5,20%  | 4,66%  | 6,70%  | 4,99%  |
| Estudios secundarios      | 2,39%  | 1,87%  | 2,88%  | 1,99%  |
| Estudios superiores       | 1,99%  | 1,59%  | 1,41%  | 1,82%  |
| <b>Ocupación</b>          |        |        |        |        |
| Trabaja                   | 2,06%  | 1,52%  | 1,53%  | 1,33%  |
| Desempleado               | 3,22%  | 2,57%  | 2,66%  | 1,79%  |
| Jubilado                  | 9,97%  | 9,62%  | 10,25% | 8,73%  |
| Otras                     | 3,22%  | 3,58%  | 3,33%  | 3,36%  |
| <b>Nacionalidad</b>       |        |        |        |        |
| Español                   | 4,24%  | 3,91%  | 4,24%  | 3,62%  |
| Extranjero                | 1,57%  | 1,39%  | 1,54%  | 1,27%  |

Nota: en la ENS del 2003 no se incluye una pregunta específica que recoja información sobre la EPOC.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

A la vista de los datos, el nivel de educación se configura como una variable relevante para explicar la prevalencia de EPOC. El colectivo con menor nivel educativo es el que mayor tasa de prevalencia presenta. Otro dato significativo es el aparente incremento de la enfermedad en el año de crisis 2011 respecto a 2009 para todos los niveles educativos, excepto estudios superiores que vuelve a mejorar, sin embargo, en 2014.

En lo que se refiere a la ocupación, la tasa de prevalencia es más alta en aquellos colectivos que están jubilados (dada la edad media de los mismos). En cuanto a la evolución experimentada, todos los grupos han visto disminuir la tasa de prevalencia en esta enfermedad, especialmente en los desempleados, para quienes ha pasado del 3,2% en 2006 al 1,7% en 2014, explicable por la bajada en la edad media de la población parada en estos años. Finalmente, con respecto a la nacionalidad, cabe señalar que la prevalencia se ha reducido en ambos grupos (españoles y extranjeros).

### 3.1.10.2. Asma

Otro problema de salud crónico que puede ser susceptible de analizar es el asma. En términos generales, la prevalencia de este problema crónico se sitúa ligeramente por encima de la EPOC. La evolución que ha experimentado su tasa de prevalencia declarada es muy similar a la de la EPOC (tabla 3.17). En este caso, la prevalencia ha pasado de ser un 5,5% en el año 2003 a un 4,5% en 2014 (es decir, una caída de un punto porcentual). Distinguiendo por sexo, la caída de la prevalencia entre los varones ha sido más acentuada, pasando de 5,7% en 2003 a 4,02% en 2014, mientras que en el caso de las mujeres, dicha tasa ha experimentado un leve descenso, pasando de 5,3% en 2003 a 4,9% en 2014.

Distinguiendo por grupos de edad, el colectivo de mayores de 75 años es el que acumula una tasa de prevalencia más elevada. Sin embargo, es precisamente este colectivo donde la prevalencia ha disminuido con gran intensidad, pasando de 13,6% en 2003 a 5,7% en 2014. Considerando el nivel de educación, al igual que ocurría con la EPOC, la prevalencia en asma es mayor en aquellos grupos sin ningún tipo de formación. Sin embargo, es precisamente en este colectivo donde la prevalencia ha caído de una manera más intensa, pasando de un 13,1% en 2003 a 5,9% en 2014. Por el contrario, en los grupos con estudios secundarios o superiores, dicha tasa ha aumentado ligeramente. En lo que se refiere a la ocupación, la tasa de prevalencia es más alta en aquellos colectivos que están jubilados (dada la edad media de los mismos). Sin embargo, es en este colectivo donde la prevalencia ha caído de una manera más marcada, pasando de 13,4% en 2003 a 5,2% en 2014.

Por el contrario, los trabajadores y los desempleados han experimentado un ligero ascenso durante el periodo considerado. Finalmente, atendiendo a la nacionalidad, puede señalarse que entre los individuos con nacionalidad española ha disminuido la tasa de prevalencia del asma, mientras que entre los extranjeros ha aumentado, pasando de 1,3% en 2003 a 2,8% en 2014.

**Tabla 3.17. Prevalencia de asma por sexo, grupos de edad, nivel de educación, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

| ASMA                      | 2003   | 2006  | 2009  | 2011  | 2014  |
|---------------------------|--------|-------|-------|-------|-------|
| Hombres                   | 5,70%  | 4,09% | 3,64% | 3,52% | 4,02% |
| Mujeres                   | 5,26%  | 5,00% | 5,22% | 4,79% | 4,86% |
| Total                     | 5,51%  | 4,58% | 4,47% | 4,17% | 4,45% |
| <b>Grupos de edad</b>     |        |       |       |       |       |
| <25                       | 3,55%  | 5,15% | 5,38% | 4,74% | 4,07% |
| 25-34                     | 3,04%  | 4,64% | 4,06% | 4,49% | 4,81% |
| 35-44                     | 3,04%  | 3,03% | 4,01% | 4,16% | 4,78% |
| 45-54                     | 3,65%  | 3,68% | 3,21% | 3,08% | 3,07% |
| 55-64                     | 5,55%  | 4,17% | 3,77% | 3,57% | 4,25% |
| 65-74                     | 10,96% | 6,08% | 5,70% | 4,30% | 5,10% |
| >=75                      | 13,65% | 7,78% | 6,85% | 5,44% | 5,74% |
| <b>Nivel de educación</b> |        |       |       |       |       |
| Sin estudios              | 13,19% | 8,07% | 7,43% | 6,42% | 5,95% |
| Estudios primarios        | 6,40%  | 4,73% | 4,17% | 4,31% | 4,74% |
| Estudios secundarios      | 3,64%  | 3,79% | 3,65% | 3,87% | 4,23% |
| Estudios superiores       | 2,74%  | 3,72% | 4,43% | 3,62% | 3,89% |
| <b>Ocupación</b>          |        |       |       |       |       |
| Trabaja                   | 2,94%  | 3,54% | 3,36% | 3,40% | 3,89% |
| Desempleado               | 4,58%  | 5,36% | 4,68% | 4,62% | 4,66% |
| Jubilado                  | 13,47% | 6,50% | 6,18% | 4,97% | 5,28% |
| Otras                     | 6,28%  | 4,97% | 5,27% | 4,52% | 4,70% |
| <b>Nacionalidad</b>       |        |       |       |       |       |
| Español                   | 5,66%  | 4,73% | 4,71% | 4,44% | 4,70% |
| Extranjero                | 1,39%  | 3,00% | 2,85% | 2,44% | 2,82% |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

### 3.1.10.3. Problemas mentales

Otro problema de salud crónico que afecta a gran parte de la población tiene que ver con la salud mental. Concretamente, estas dolencias crónicas incluyen depresión, ansiedad y otros problemas mentales. A lo largo de todo el período analizado la prevalencia de estos trastornos mentales ha pasado del 13,6% en el año 2006 al 12,05% en 2014, es decir, un punto porcentual y medio menos (tabla 3.18). Distinguiendo por sexo, la variación en la prevalencia en hombres ha sido prácticamente nula (desde el 8,1% en 2006 al 8,0% en 2014), mientras que en el caso de las mujeres ha pasado del 19,0% en 2006 al 15,9% en 2014. No obstante, señalamos que, en términos generales, aunque la prevalencia de este problema de salud ha disminuido entre 2006 y 2014, la tendencia que ha experimentado dicho indicador no ha seguido siempre el mismo comportamiento: la prevalencia de los trastornos mentales disminuyó en los años pre-crisis hasta los primeros años de la crisis (2006-2009), mientras que a partir de 2009 se produjo un cambio de tendencia al alza.

Distinguiendo por grupos de edad, en términos relativos, es en el grupo de mediana edad (entre los 25 y 44 años) donde más se ha reducido la tasa de prevalencia durante el periodo considerado, mientras que para los mayores de 75 años (que son precisamente quienes muestran la prevalencia más elevada) ha aumentado en 1,2 puntos porcentuales (tabla 3.18). El nivel de educación también es una variable clave para explicar la prevalencia de esta enfermedad. Es en el colectivo con estudios superiores donde la tasa de prevalencia de trastornos mentales ha caído más, pasando del 8,2% en 2006 al 6,2% en 2014. Las personas sin estudios también han visto aumentar su tasa de prevalencia durante el periodo considerado, pasando del 24,5% al 25,4%. Sin embargo, aquellos con estudios primarios o secundarios apenas han visto variar su tasa. En lo que se refiere a la ocupación, la tasa de prevalencia es más alta para aquellos colectivos que están jubilados (dada la edad media de los mismos) y para los desempleados. No obstante, la disminución de dicha tasa acaecida durante el periodo considerado ha sido proporcional, indistintamente de la ocupación.

**Tabla 3.18. Prevalencia de TRASTORNOS MENTALES por sexo, grupos de edad, nivel de educación, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

| Enfermedades mentales     | 2006   | 2009   | 2011   | 2014   |
|---------------------------|--------|--------|--------|--------|
| Hombres                   | 8,07%  | 6,47%  | 6,62%  | 7,99%  |
| Mujeres                   | 19,01% | 14,62% | 14,67% | 15,93% |
| Total                     | 13,65% | 10,65% | 10,74% | 12,05% |
| <b>Grupos de edad</b>     |        |        |        |        |
| <25                       | 4,86%  | 3,52%  | 2,66%  | 4,68%  |
| 25-34                     | 8,27%  | 6,01%  | 5,11%  | 6,73%  |
| 35-44                     | 11,81% | 8,41%  | 9,07%  | 9,01%  |
| 45-54                     | 17,79% | 9,69%  | 11,36% | 12,55% |
| 55-64                     | 20,09% | 15,28% | 15,23% | 16,39% |
| 65-74                     | 20,01% | 16,84% | 16,54% | 17,19% |
| >=75                      | 20,93% | 21,83% | 20,21% | 22,12% |
| <b>Nivel de educación</b> |        |        |        |        |
| Sin estudios              | 24,47% | 22,40% | 21,73% | 25,43% |
| Estudios primarios        | 16,91% | 14,06% | 16,80% | 15,22% |
| Estudios secundarios      | 10,52% | 7,24%  | 9,02%  | 10,15% |
| Estudios superiores       | 8,23%  | 5,24%  | 5,20%  | 6,23%  |
| <b>Ocupación</b>          |        |        |        |        |
| Trabaja                   | 9,22%  | 5,71%  | 5,82%  | 6,45%  |
| Desempleado               | 15,95% | 10,22% | 10,85% | 14,06% |
| Jubilado                  | 21,24% | 17,98% | 17,57% | 18,84% |
| Otras                     | 16,84% | 15,55% | 14,77% | 16,09% |
| <b>Nacionalidad</b>       |        |        |        |        |
| Español                   | 14,21% | 11,38% | 11,33% | 12,60% |
| Extranjero                | 9,91%  | 5,84%  | 7,22%  | 8,41%  |

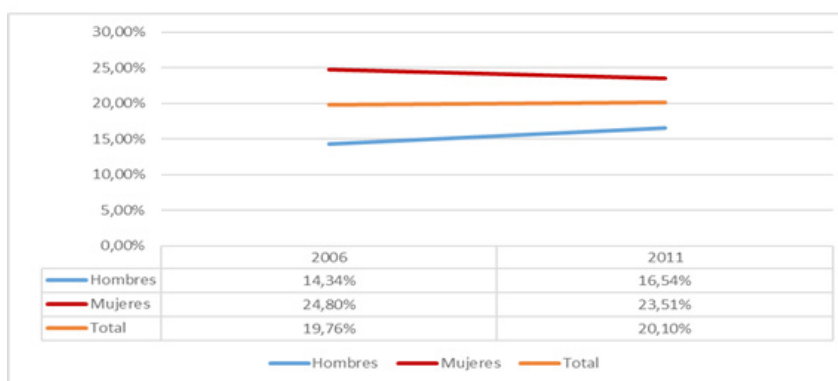
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2006 y 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

Nota: La ENS del 2003 no proporcionaba la misma información que el resto de encuestas por lo que los resultados no son comparables



Relacionado con el padecimiento de algún tipo de trastorno mental está el indicador de población en riesgo de padecer mala salud mental. Esta medida se obtiene a través del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12). Dicho indicador, incluido en las últimas Encuestas Nacionales de Salud, no así en las Europeas, consta de 12 preguntas a las que el entrevistado responde mediante una escala de Likert sobre si ha experimentado en las últimas semanas algún síntoma o cambio de comportamiento. La puntuación total oscila entre 0 y 12 puntos, de mejor a peor salud mental del encuestado. Se define riesgo de mala salud mental cuando dicha puntuación es mayor o igual a 3. En el año 2006, 19,7 personas de cada 100 estaban en riesgo de mala salud mental (20 personas de cada 100 en el año 2011) (figura 3.12). Distinguiendo por sexo, la tendencia ha sido diferente. Concretamente, en el caso de los varones dicho porcentaje ha aumentado, pasando de 14,3% en 2006 a 16,5% en 2011, mientras que en el caso de las mujeres, dicho indicador ha mejorado levemente, pasando de 24,8% a 23,5% del 2006 al 2011.

**Figura 3.12. Población en riesgo de mala salud mental por sexo (unidades: porcentaje)**



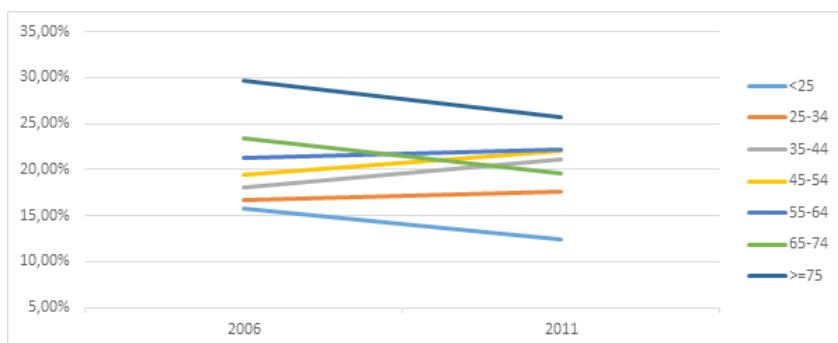
Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2006 y 2011). MSSSI/INE

Nota: las ENSE el 2009 y 2014 no tiene información sobre este indicador.

Distinguiendo por grupos de edad, cabe señalar que es entre los más mayores (de 65 años en adelante) donde se concentra una mayor tasa de riesgo de mala salud mental (figura 3.13). No obstante, en términos relativos, es precisamente en estos grupos de edad donde más se ha reducido la tasa de riesgo

durante el periodo considerado (al contrario de lo observado en la prevalencia de trastornos mentales crónicos), pasando de 23,4% en 2006 a 19,5% en 2014 en personas entre los 65 y 74 años de edad, y de 29,7% en 2006 a 25,7% en 2014 para los mayores de 75 años (tabla 3.18). Asimismo, cabe señalar que en los más jóvenes (menores de 25 años) también se ha producido una reducción importante, pasando de 15,7% a 12,4% del 2006 al 2011.

**Figura 3.13. Población en riesgo de mala salud mental por grupos de edad (unidades: porcentaje)**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2006 y 2011). MSSSI/INE

Nota: las ENSE el 2009 y 2014 no tiene información sobre este indicador.

Por otra parte, se observa una asociación negativa entre el nivel de estudios y el porcentaje de población en riesgo de mala salud mental. Sin embargo, los datos reflejan que el colectivo sin ningún tipo de formación es aquel donde más se ha reducido dicho indicador entre 2006 y 2011, lo que en principio contribuiría a reducir la desigualdad social asociada al riesgo de mala salud mental. Más concretamente, la tasa de prevalencia de riesgo de mala salud mental entre los individuos con estudios superiores se ha mantenido prácticamente inalterada, mientras que para las personas sin formación ha disminuido en casi 5 puntos porcentuales (tabla 3.19). Respecto a la ocupación, la tasa de prevalencia es más alta en aquellos colectivos que están jubilados (dada la edad media de los mismos) y en los desempleados. Es precisamente en este último colectivo (desempleados) donde el porcentaje de riesgo de mala salud mental ha aumentado, pasando de 27,2% en 2006 a 29,1% en 2011. En el resto de subgrupos, dicha prevalencia ha disminuido ligeramente.

**Tabla 3.19. Población en riesgo de mala salud mental por nivel de estudios, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

|                          | 2006   | 2011   |
|--------------------------|--------|--------|
| <b>Nivel de estudios</b> |        |        |
| Sin estudios             | 30,80% | 26,98% |
| Estudios primarios       | 21,39% | 23,90% |
| Estudios secundarios     | 18,69% | 19,54% |
| Estudios superiores      | 14,37% | 14,67% |
| <b>Ocupación</b>         |        |        |
| Trabajando               | 16,74% | 14,91% |
| Desempleado              | 27,20% | 29,18% |
| Jubilado                 | 25,83% | 22,48% |
| Otras                    | 22,98% | 22,78% |
| <b>Nacionalidad</b>      |        |        |
| Español                  | 19,28% | 19,93% |
| Extranjero               | 19,26% | 21,11% |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2006 y 2011). MSSSI/INE  
Nota: las ENSE el 2009 y 2014 no tiene información sobre este indicador.

Un factor relacionado con las enfermedades mentales y el riesgo de mala salud mental es el consumo de antidepresivos. La tabla 3.20 muestra el porcentaje de personas que han consumido antidepresivos en las dos semanas previas a la entrevista. Así, se observa que la evolución que ha experimentado dicho indicador ha sido muy dispar. En los años pre-crisis el porcentaje de personas que consumen estos fármacos en España aumentó, pasando del 3% a un 5,5%. Durante los años de crisis las cifras descendieron ligeramente para volver a aumentar en el año 2014, situándose de nuevo en un 5,5%. Distinguiendo por sexo, se ha de señalar que las mujeres consumen más este tipo de sustancias en comparación con los varones, lo que en parte vendría explicado por la diferencia en las tasas de prevalencia de trastornos mentales. Además, la prevalencia en dicho consumo ha aumentado en casi 3,6 puntos porcentuales entre las mujeres y en 1,4 puntos porcentuales entre los varones desde 2003 a 2014.

Por grupos de edad, son los individuos entre los 55 y 74 años de edad los que más antidepresivos consumen a lo largo del periodo. No obstante, es en los mayores de 75 años donde el consumo de esta sustancia ha aumenta-

do en mayor medida durante el periodo considerado, pasando de un 3,8% en 2003 al 10,3% en el 2014, es decir, un aumento de 6,5 puntos porcentuales. Del mismo modo, por nivel educativo el consumo de esta sustancia es mayor entre la población con menos formación, en línea con las cifras de prevalencia de trastornos mentales mostradas anteriormente. Además, es precisamente en este colectivo (población sin formación) donde más ha aumentado el consumo, pasando del 5,5% de la población en 2003 al 11,8% en 2014. Por su parte, se observa un mayor porcentaje de consumidores en la población desempleada que en la población empleada y en la población de nacionalidad española en comparación con la de otras nacionalidades.

**Tabla 3.20. Prevalencia de población que ha consumido antidepresivos en las últimas dos semanas, por sexo, edad, nivel de estudios, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

| Antidepresivos            | 2003  | 2006   | 2009   | 2011   | 2014   |
|---------------------------|-------|--------|--------|--------|--------|
| Hombres                   | 1,72% | 3,13%  | 2,41%  | 1,63%  | 3,13%  |
| Mujeres                   | 4,27% | 7,95%  | 6,57%  | 6,74%  | 7,84%  |
| Total                     | 3,03% | 5,58%  | 4,53%  | 4,24%  | 5,54%  |
| <b>Grupos de edad</b>     |       |        |        |        |        |
| <25                       | 1,00% | 0,54%  | 0,62%  | 0,96%  | 0,48%  |
| 25-34                     | 1,17% | 2,59%  | 1,54%  | 2,59%  | 2,20%  |
| 35-44                     | 2,88% | 4,06%  | 3,50%  | 4,77%  | 3,75%  |
| 45-54                     | 4,08% | 6,88%  | 4,96%  | 7,67%  | 5,93%  |
| 55-64                     | 5,05% | 10,10% | 7,53%  | 10,58% | 8,89%  |
| 65-74                     | 4,97% | 10,14% | 8,52%  | 10,31% | 9,48%  |
| >=75                      | 3,82% | 8,75%  | 8,43%  | 9,59%  | 10,36% |
| <b>Nivel de educación</b> |       |        |        |        |        |
| Sin estudios              | 5,54% | 10,40% | 10,30% | 8,81%  | 11,84% |
| Estudios primarios        | 3,82% | 7,29%  | 6,32%  | 7,39%  | 7,96%  |
| Estudios secundarios      | 2,18% | 4,14%  | 2,77%  | 3,38%  | 4,34%  |
| Estudios superiores       | 1,57% | 2,89%  | 2,06%  | 2,11%  | 2,65%  |
| <b>Ocupación</b>          |       |        |        |        |        |
| Trabaja                   | 1,46% | 3,06%  | 2,10%  | 1,83%  | 2,60%  |
| Desempleado               | 3,94% | 6,52%  | 4,19%  | 3,59%  | 5,42%  |
| Jubilado                  | 3,24% | 10,56% | 7,61%  | 7,76%  | 9,40%  |
| Otras                     | 5,06% | 6,74%  | 7,52%  | 6,61%  | 8,25%  |
| <b>Nacionalidad</b>       |       |        |        |        |        |
| Español                   | 3,11% | 6,05%  | 5,16%  | 4,67%  | 6,04%  |
| Extranjero                | 0,96% | 2,01%  | 0,70%  | 1,72%  | 2,20%  |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

#### 3.1.10.4. Diabetes

Otra enfermedad frecuente en nuestro país es la diabetes. Su prevalencia ha pasado de ser un 5,9% en el año 2003 a un 6,8% en 2014, es decir, casi un punto porcentual de aumento (tabla 3.21), si bien es cierto que es a partir del 2009 cuando dicha tasa comienza a aumentar de una manera más marcada. Distinguiendo por sexo, la subida de la prevalencia ha sido diferente en varones y en mujeres. Mientras que los primeros han pasado del 5,6% en 2003 al 7,2% en 2014 (es decir, ha aumentado en 1,6 puntos porcentuales), en el caso de las mujeres ha pasado de 6,2% en 2003 a 6,8% en 2014 (es decir, apenas un aumento de 0,6 puntos porcentuales).

Por grupos de edad, en términos relativos, es en el grupo de edad más avanzada (de los 65 años en adelante) donde más ha aumentado la tasa de prevalencia durante el periodo considerado, pasando de 16,7% en 2003 a 17,8% en 2014 en aquellos individuos entre los 65 y 74 años de edad, y de 19,2% en 2003 a 20,1% en 2014 en aquellos con más de 75 años. En lo que se refiere a la ocupación, la tasa de prevalencia es más alta en aquellos colectivos que están jubilados (dada la edad media de los mismos), siendo precisamente este colectivo el que ha visto acrecentar su tasa de prevalencia durante el periodo considerado, pasando de 15,2% en 2003 a 18,6% en 2014. Por nacionalidad, cabe señalar que el aumento, en términos relativos, acaecido entre los extranjeros ha sido muy marcado, pasando de 1,7% a 3,7%.

**Tabla 3.21. Prevalencia de DIABETES por sexo, grupos de edad, nivel de educación, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

| Diabetes                  | 2003  | 2006  | 2009  | 2011  | 2014  |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Hombres                   | 5,6%  | 6,1%  | 5,9%  | 7,1%  | 7,28% |
| Mujeres                   | 6,2%  | 5,8%  | 5,8%  | 6,7%  | 6,4%  |
| Total                     | 5,9%  | 6,0%  | 5,9%  | 6,9%  | 6,8%  |
| <b>Grupos de edad</b>     |       |       |       |       |       |
| <25                       | 0,5%  | 0,3%  | 0,2%  | 0,2%  | 0,5%  |
| 25-34                     | 0,8%  | 0,9%  | 0,7%  | 0,7%  | 0,9%  |
| 35-44                     | 1,1%  | 1,2%  | 1,3%  | 1,7%  | 1,3%  |
| 45-54                     | 4,2%  | 4,7%  | 3,8%  | 5,0%  | 5,1%  |
| 55-64                     | 10,9% | 10,9% | 10,6% | 12,7% | 10,3% |
| 65-74                     | 16,7% | 16,9% | 16,2% | 17,5% | 17,7% |
| >=75                      | 19,2% | 18,3% | 19,0% | 20,9% | 20,1% |
| <b>Nivel de educación</b> |       |       |       |       |       |
| Sin estudios              | 18,6% | 16,3% | 16,6% | 20,3% | 19,4% |
| Estudios primarios        | 8,3%  | 8,5%  | 8,2%  | 12,3% | 11,8% |
| Estudios secundarios      | 1,9%  | 2,9%  | 2,8%  | 4,6%  | 3,6%  |
| Estudios superiores       | 1,4%  | 2,1%  | 1,8%  | 2,6%  | 2,9%  |
| <b>Ocupación</b>          |       |       |       |       |       |
| Trabaja                   | 2,2%  | 2,3%  | 2,3%  | 3,1%  | 2,6%  |
| Desempleado               | 3,5%  | 3,1%  | 3,0%  | 2,7%  | 3,8%  |
| Jubilado                  | 15,2% | 16,9% | 17,4% | 19,0% | 18,6% |
| Otras                     | 8,2%  | 5,4%  | 5,9%  | 6,7%  | 6,3%  |
| <b>Nacionalidad</b>       |       |       |       |       |       |
| Español                   | 6,1%  | 6,5%  | 6,5%  | 7,6%  | 7,3%  |
| Extranjero                | 1,6%  | 1,8%  | 2,0%  | 3,0%  | 3,7%  |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

### 3.1.10.5. Enfermedades del corazón

La prevalencia en las enfermedades del corazón (incluye infarto agudo de miocardio y otras enfermedades del corazón) ha disminuido levemente a lo largo del período estudiado, pasando de ser un 5,9% en el año 2003 a un 4,7% en 2014 (tabla 3.22). Distinguiendo por sexo, la caída de la prevalencia en ambos sexos ha sido muy similar, pasando de 5,8% en 2003 a 4,7% en 2014 en el caso de los hombres, mientras que en el caso de las mujeres ha pasado del 5,9% en 2003 al 4,8% en 2014.

Por grupos de edad, es en el grupo de personas mayores de 75 años de edad en el que la prevalencia declarada ha disminuido más intensamente, pasando del 25,8% en 2003 al 20,1% en 2014. En lo que se refiere a la ocupación, la tasa de prevalencia es más alta en aquellos colectivos que están jubilados (dada la edad media de los mismos), que son los que experimentan una mayor reducción, pasando la prevalencia del 19,8% en 2003 al 14,3% en 2014. Finalmente, atendiendo a la nacionalidad de los individuos, cabe señalar que el número de personas enfermas de corazón ha aumentado considerablemente entre los extranjeros, pasando de 0,5% en 2003 a 2,2% en 2014.

**Tabla 3.22. Prevalencia de ENFERMEDADES DEL CORAZÓN por sexo, grupos de edad, nivel de educación, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

| Enfermedades del corazón  | 2003  | 2006  | 2011  | 2014  |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Hombres                   | 5,78% | 4,6%  | 5,0%  | 4,7%  |
| Mujeres                   | 5,88% | 5,2%  | 5,2%  | 4,7%  |
| Total                     | 5,86% | 4,9%  | 5,1%  | 4,7%  |
| <b>Grupos de edad</b>     |       |       |       |       |
| <25                       | 0,55% | 0,6%  | 0,7%  | 0,8%  |
| 25-34                     | 0,61% | 0,7%  | 0,9%  | 1,0%  |
| 35-44                     | 1,01% | 1,3%  | 1,2%  | 1,2%  |
| 45-54                     | 2,85% | 3,4%  | 3,0%  | 2,3%  |
| 55-64                     | 9,1%  | 6,4%  | 6,5%  | 5,1%  |
| 65-74                     | 15,4% | 12,1% | 11,4% | 9,4%  |
| >=75                      | 25,7% | 20,6% | 20,9% | 20,1% |
| <b>Nivel de educación</b> |       |       |       |       |
| Sin estudios              | 16,1% | 13,5% | 15,3% | 14,9% |
| Estudios primarios        | 8,4%  | 6,9%  | 9,4%  | 7,8%  |
| Estudios secundarios      | 1,8%  | 2,2%  | 3,4%  | 2,3%  |
| Estudios superiores       | 2,3%  | 2,2%  | 1,7%  | 2,0%  |
| <b>Ocupación</b>          |       |       |       |       |
| Trabaja                   | 1,6%  | 1,7%  | 1,6%  | 1,5%  |
| Desempleado               | 2,0%  | 2,2%  | 2,3%  | 2,0%  |
| Jubilado                  | 19,7% | 14,4% | 15,8% | 14,3% |
| Otras                     | 7,6%  | 4,6%  | 4,7%  | 4,0%  |
| <b>Nacionalidad</b>       |       |       |       |       |
| Español                   | 6,0%  | 5,3%  | 5,6%  | 5,1%  |
| Extranjero                | 0,5%  | 1,9%  | 2,3%  | 2,1%  |

Nota: en la ENSE del 2009 no se incluye una pregunta específica que recoja información sobre la «otras enfermedades del corazón», por lo que resulta imposible su comparativa con el resto de años. Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE



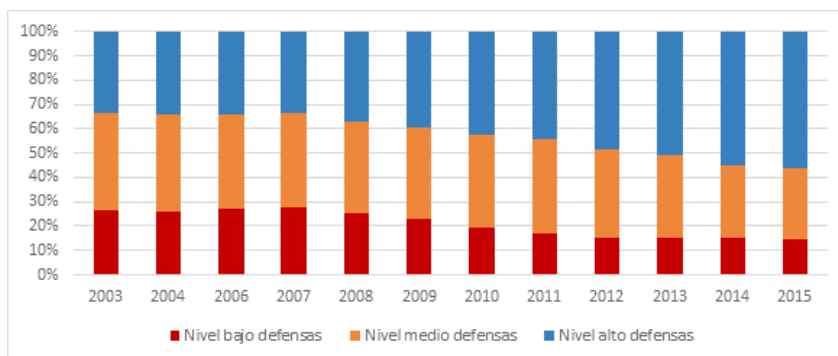
### 3.1.10.6. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA)

Una última enfermedad crónica a destacar es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH/SIDA). Uno de los factores claves que muestran la evolución del estado de salud de las personas portadoras del virus es el nivel de defensas en el organismo (figura 3.14-3.16). La agrupación que se ha tenido en cuenta para clasificar el nivel de defensas es la siguiente: cuando la acumulación de linfocitos CD4 en un  $\text{mm}^3$  de sangre es igual o supera las 500 unidades, se considera que el nivel de defensas es alto; cuando se sitúa entre las 200 y las 500 unidades, se considera que el nivel de defensas es medio; y cuando es igual o baja de las 200 unidades, se considera que el nivel de defensas es bajo. Además, para suavizar las estimaciones, se han utilizado medias móviles considerando un intervalo de  $t=3$ .

Así, se observa cómo el porcentaje de individuos con un alto nivel de defensas ha aumentado en el periodo analizado, pasando de un 33% a un 56%, es decir, un aumento de 23 puntos porcentuales. Cabe subrayar además que esta mejora comienza a ser más marcada a partir del año 2008 (figura 3.14).

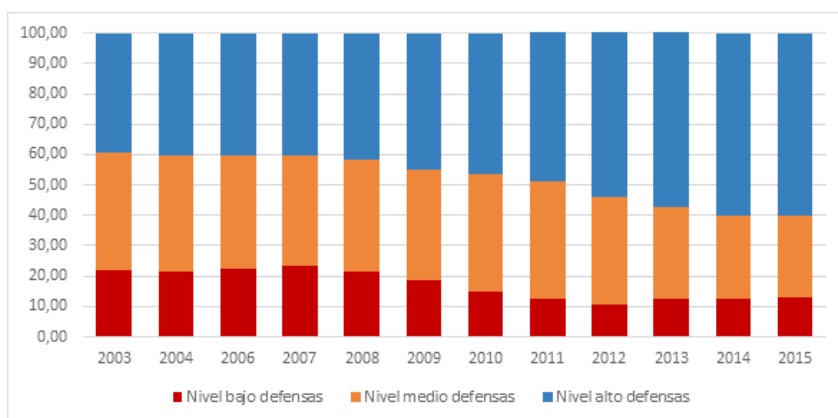
Atendiendo a la causa de contagio, el número de individuos con un alto nivel de defensas es mayor en aquellos individuos contagiados vía sexual en comparación con aquellos contagiados por drogas. Además, la evolución experimentada en ambos grupos no ha sido similar. En el primer caso (contagio vía sexual), el porcentaje de individuos con defensas altas ha pasado de un 39% a un 59% en el periodo analizado (figura 3.15), mientras que en el caso de personas contagiadas por drogas (figura 3.16), ha pasado de un 29% a un 50%. Se observa así una evolución muy favorable en el estado de salud (medido a través del nivel de defensas) de este colectivo de la población, siendo mejor en términos absolutos en aquellas personas contagiadas por vía sexual pero experimentando una mejora relativa mayor aquellas personas contagiadas a través del uso sustancias ilegales, con un aumento de 21 puntos porcentuales.

**Figura 3.14. Porcentaje de personas con nivel alta, medio y bajo de defensas (todos los individuos con VIH)**



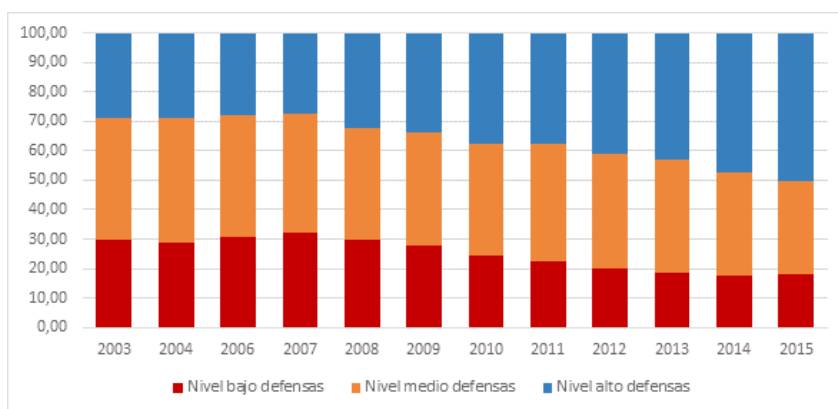
Nota:  $CD4 \mu l \geq 500$  alto nivel de defensas;  $200 \leq CD4/\mu l < 500$  nivel medio de defensas;  $200 \leq CD4/\mu l$  bajo nivel de defensas. Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad.

**Figura 3.15. Porcentaje de personas con nivel alta, medio y bajo de defensas (Individuos contagiados vía sexual)**



Nota:  $CD4 \mu l \geq 500$  alto nivel de defensas;  $200 \leq CD4/\mu l < 500$  nivel medio de defensas;  $200 \leq CD4/\mu l$  bajo nivel de defensas. Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad.

**Figura 3.16. Porcentaje de personas con nivel alta, medio y bajo de defensas (Individuos contagiados vía drogas)**



Nota:  $CD4 \mu l \geq 500$  alto nivel de defensas;  $200 \leq CD4/\mu l < 500$  nivel medio de defensas;  $200 \leq CD4/\mu l$  bajo nivel de defensas. Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad.

### 3.1.10.7. Análisis multivariante de la evolución de los problemas de salud crónicos durante la crisis

En este apartado recogemos los resultados de un análisis de regresión multivariante realizado sobre algunas de las enfermedades crónicas recogidas en las encuestas nacionales y europeas de salud (ver la metodología y tablas de resultados en el anexo).

Según el análisis multivariante realizado para la **diabetes**, antes de la crisis la prevalencia de esta enfermedad aumentaba con la edad en ambos sexos. Los estudios eran un importante factor protector: en el caso de los hombres, solo los universitarios tenían un menor riesgo relativo; entre las mujeres, hay efectos significativos positivos para todos los niveles de estudio, siendo los primarios la categoría de referencia. En el caso de las mujeres, la situación de desempleo y de inactividad laboral se asociaban con un mayor riesgo de padecer diabetes. Estar jubilado o incapacitado para trabajar estaba asociado, en ambos sexos, a un mayor riesgo de padecer, con comparación con las personas con empleo.

Ni para la mujer ni para el hombre de referencia (entre 25 y 44 años, con estudios primarios, ocupado/a, español/a) han habido un cambio significativo en la prevalencia de la diabetes en el periodo de estudio. Por situa-

ción laboral, el modelo sugiere que los hombres en situación de inactividad laboral han empeorado el riesgo de padecer diabetes en la época post-crisis.

En cuanto al **asma**, antes de la crisis, el gradiente educativo era un factor protector, especialmente para las mujeres universitarias, mientras que entre los hombres afectaba solo a los que no tenían estudios. Antes de la crisis, tener empleo también era un factor protector para las mujeres, mientras que sólo afectaba a los hombres jubilados. Respecto a la edad, sólo las mujeres de 45-64 años tenían un menor riesgo de padecer asma que el grupo etario de referencia (25-44 años). Para la persona de referencia, no hubo un efecto significativo sobre la prevalencia de esta enfermedad en todo el periodo. Solo los varones de entre 18 y 24 años vieron modificado su riesgo de padecer asma tras la crisis, frente al grupo de referencia.

Respecto a las **enfermedades del corazón**, el riesgo de padecer una enfermedad cardíaca tampoco ha cambiado con la crisis para la persona de referencia. Son enfermedades asociadas a la edad (más prevalentes a partir de los 45 años), mostrando en las mujeres un gradiente asociado al nivel de estudios (las mujeres sin estudios presentan una mayor prevalencia de estos problemas en comparación con las mujeres con estudios primarios). Durante la crisis, las mujeres con estudios universitarios ven mejorada su prevalencia, aunque el efecto no se mantiene después. Antes de la crisis, las personas (de ambos sexos) jubiladas o en situación de inactividad laboral presentaban un mayor riesgo de padecer estas enfermedades que las personas con empleo.

Los jóvenes de ambos sexos tenían un menor riesgo de padecer **enfermedades mentales**, antes de la crisis, que se manifestaban más frecuentemente a partir de los 45 años entre las mujeres. En cambio, los hombres mayores de 64 años los padecían menos que los de referencia (25 a 44 años). En 2014, solo los varones de mayor edad presentan un mayor riesgo de enfermedades mentales. Antes de la crisis, los estudios universitarios eran un factor protector de estas enfermedades entre las mujeres, mientras que no tener estudios se asociaba, en ambos sexos, con una mayor prevalencia. Los efectos protectores se mantienen durante la crisis para ambos sexos y después de la crisis solo para los hombres. El empleo fue un importante factor protector antes de la recesión económica, especialmente entre los hombres. Con posterioridad el desempleo no se asoció con ningún efecto, pero tras la crisis sí se encuentra una relación entre desempleo y prevalencia de enfermedades mentales entre las mujeres. Por su parte, las mujeres inactivas laboralmente sufren un mayor riesgo según todas las oleadas en estudio, mientras que en los hombres solo fue significativo en el periodo considerado de post-crisis. En la población de referencia de ambos sexos, ni la crisis y la post-crisis parecen haber tenido un efecto significativo sobre esta variable.

Finalmente, en relación al **VIH/sida** (usando en este caso la Encuesta Hospitalaria del VIH/SIDA como fuente de los datos), durante las post-crisis la probabilidad de tener un alto nivel de defensas era mayor en comparación con la época de pre-crisis entre los hombres. Es más, durante esta época (pre-crisis) el nivel de estudios vuelve a realizar el papel protector, tanto en hombres como en mujeres. Del mismo modo, las personas empleadas tienen una mayor probabilidad de tener un alto nivel de defensas, al igual que los españoles en comparación con los extranjeros. No obstante, este efecto no se ha mantenido con posterioridad durante la época de crisis y post-crisis.

### 3.1.11. Interrupciones Voluntarias del embarazo (IVE)

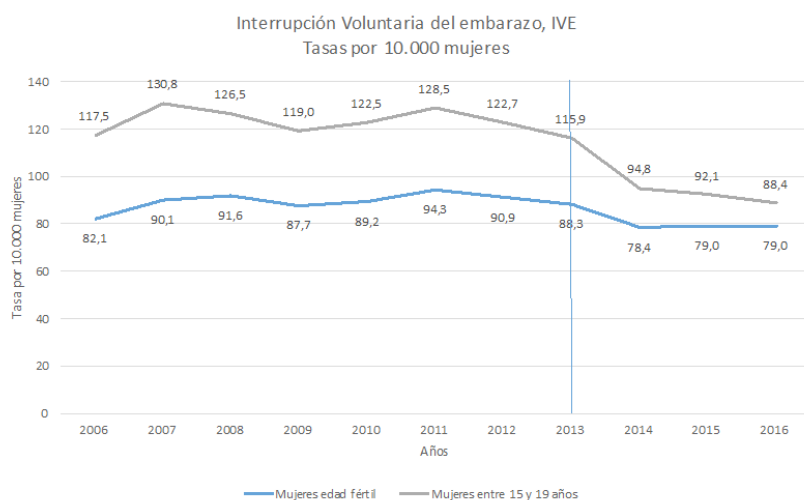
En un contexto de crisis los argumentos a favor de una relación entre las interrupciones voluntarias del embarazo y determinados factores socioeconómicos son múltiples: menor disposición de recursos para anticonceptivos, voluntad de posponer la maternidad, disminución de recursos públicos especializados para la atención y asesoramiento a las mujeres embarazadas, etc, ... En el contexto español, sin embargo, las conclusiones que puedan derivarse del análisis de la información disponible respecto a las IVE deben ser en extremo prudentes dada la coincidencia temporal de regulación legal determinante sobre las IVE y las políticas socioeconómicas de austeridad ejercidas durante el periodo de crisis. Esta conjunción puede desvirtuar las conclusiones, tanto porque afloran datos antes ocultos o porque pueda ocurrir justamente lo contrario.

La Ley Orgánica 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, la conocida como ley de plazos, permitió el aborto libre en las 14 primeras semanas de gestación y fijó los 16 años como la mayoría de edad legal para abortar. Sólo las jóvenes de 15 años o menos necesitarían permiso de tutor. A finales de 2015, la Ley Orgánica 11/2015 de la reforma del aborto, cambió la situación y fija en 18 años la edad en la que se necesita el consentimiento de los progenitores para poder abortar. Entre estos dos hitos legislativos otro hecho importante ocurrido en 2012, que afecta al deseo estrictamente voluntario de interrumpir un embarazo, ha sido la supresión a las mujeres en situación irregular en el país del acceso al aborto gratuito dentro de las primeras 14 semanas. Sólo será subvencionada la intervención por la Seguridad Social cuando se deba interrumpir el embarazo por motivos terapéuticos.

Las estadísticas nacionales de Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) elaboradas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a partir de la notificación de las CCAA permiten caracterizar demográfica y

socialmente al colectivo de mujeres que recurren a la IVE. Globalmente, las IVE tuvieron un tendencia relativamente sostenida hasta 2013 y ha sido a partir de ese año cuando se observa una reducción significativa en el número de interrupciones voluntarias de embarazo (figura 3.17). Las estadísticas globales, sin embargo, esconden realidades con diferencias significativas. El análisis entre grupos de mujeres según sus características sociodemográficas y económicas reflejan un perfil y evolución marcadamente diferente. Así, por ejemplo, la tasa de IVE por cada 10.000 mujeres fértiles se redujo en torno al 4% entre 2006 y 2016 pero llegó a disminuir un 25% para el caso de madres con edad entre 15 y 19 años y un 22% si la madre no había alcanzado los 15 años.

**Figura 3.17. Interrupciones voluntarias del embarazo (IVE). Tasas por 10.000 mujeres**

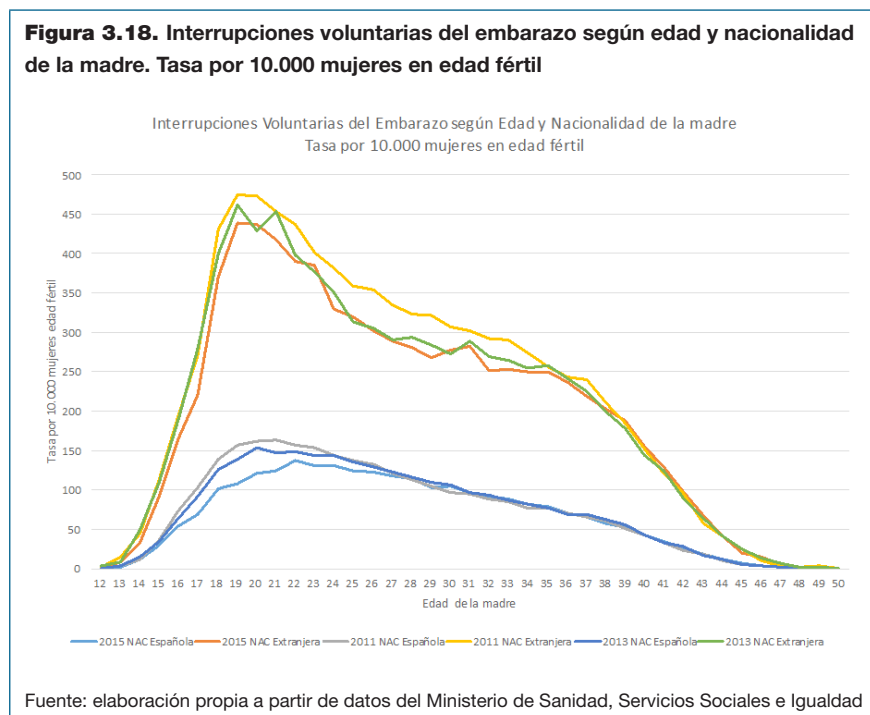


Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

También cuando se ajusta por la nacionalidad materna surgen patrones de evolución diferenciados. La figura 3.18 compara por edad estas tasas de interrupción voluntaria de embarazo en los años 2011, 2013 y 2015 según la nacionalidad de las madres. Las tasas poblacionales para madres foráneas están muy por encima de las madres con nacionalidad española, duplicándolas para cualquier edad y llegando incluso a cuadruplicarlas en algunos tramos como entre 18 y 20 años. Por su parte, la reducción temporal de las

IVE 2011-2013-2015 es significativa y sistemática para el caso de madres con nacionalidad española de entre 15 y 25 años lo que también es cierto, aunque con menor contundencia, en el caso de las interrupciones de madres con nacionalidad no española.

**Figura 3.18. Interrupciones voluntarias del embarazo según edad y nacionalidad de la madre. Tasa por 10.000 mujeres en edad fértil**



### 3.1.12. Factores de riesgo vascular

Aparte de problemas de salud y enfermedades crónicas ya mencionados, existen determinados factores de riesgo que pueden llegar a suponer un impacto social relevante en términos de salud. Algunos de estos factores de riesgo más frecuentes son la hipertensión (tabla 3.23), la presencia de niveles excesivos de colesterol en sangre (tabla 3.24) y la obesidad.

### 3.1.12.1. Hipertensión

La prevalencia de hipertensión diagnosticada en España ha aumentado de manera importante en los últimos años, pasando del 14,5% en 2003 al 18,7% en 2014, es decir, un aumento de más de 4 puntos porcentuales. No obstante, cabe señalar que el aumento más marcado se produjo entre 2003 y 2006, mientras en los últimos años (2009-2011-2014) se puede apreciar cierta estabilidad en los niveles de dicha tasa aunque con comportamiento muy diferente según sexo, ya que en varones ha aumentado en más de 6 puntos porcentuales (pasando de 12,4% en 2003 a 18,3% en 2014), mientras que en mujeres la tasa se incrementó en menos de 3 puntos porcentuales (del 16,5% en 2003 al 19,1% en 2014) (tabla 3.23).

Por grupos de edad, todos los grupos han experimentado aumentos entre el comienzo y el final del período, y especialmente entre 2003 y 2006. Sin embargo, son los mayores de 75 años donde el ascenso ha sido más marcado, pasando del 44,1% en 2003 al 52,1% en 2014. En lo que se refiere a la ocupación, la tasa de prevalencia se incrementa en todos los colectivos, siendo más elevada en el grupo de jubilados (resultado natural, dada la edad media de los mismos). En relación con la nacionalidad, el aumento en las tasas de prevalencia es mucho mayor en la población extranjera, pese a que presenta una prevalencia más reducida.



**Tabla 3.23. Prevalencia de HIPERTENSIÓN por sexo, grupos de edad, nivel de educación, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

| Hipertensión              | 2003  | 2006  | 2009  | 2011  | 2014  |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Hombres                   | 12,3% | 16,9% | 15,1% | 17,5% | 18,2% |
| Mujeres                   | 16,5% | 20,1% | 18,9% | 19,7% | 19,0% |
| Total                     | 14,5% | 18,7% | 17,5% | 18,6% | 18,6% |
| <b>Grupos de edad</b>     |       |       |       |       |       |
| <25                       | 0,3%  | 1,8%  | 1,4%  | 0,6%  | 0,7%  |
| 25-34                     | 2,0%  | 3,9%  | 2,7%  | 3,5%  | 3,6%  |
| 35-44                     | 4,5%  | 7,5%  | 4,8%  | 7,0%  | 5,5%  |
| 45-54                     | 12,0% | 18,3% | 14,3% | 16,3% | 15,4% |
| 55-64                     | 27,5% | 33,6% | 31,3% | 32,1% | 28,3% |
| 65-74                     | 39,2% | 46,6% | 44,1% | 44,3% | 45,2% |
| >=75                      | 44,1% | 49,2% | 51,2% | 49,6% | 52,1% |
| <b>Nivel de educación</b> |       |       |       |       |       |
| Sin estudios              | 34,9% | 40,4% | 41,1% | 42,3% | 42,9% |
| Estudios primarios        | 21,0% | 26,4% | 25,1% | 29,7% | 32,3% |
| Estudios secundarios      | 6,6%  | 10,9% | 9,5%  | 14,4% | 11,1% |
| Estudios superiores       | 6,5%  | 9,6%  | 8,9%  | 10,1% | 10,8% |
| <b>Ocupación</b>          |       |       |       |       |       |
| Trabaja                   | 6,5%  | 10,3% | 8,3%  | 10,0% | 9,8%  |
| Desempleado               | 7,3%  | 9,0%  | 8,3%  | 10,5% | 10,6% |
| Jubilado                  | 35,8% | 43,3% | 46,0% | 44,8% | 46,4% |
| Otras                     | 19,9% | 19,2% | 19,1% | 18,4% | 16,0% |
| <b>Nacionalidad</b>       |       |       |       |       |       |
| Español                   | 14,9% | 19,9% | 19,1% | 20,1% | 20,0% |
| Extranjero                | 3,3%  | 9,0%  | 8,1%  | 9,8%  | 9,46  |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

### 3.1.12.2. Hipercolesterolemia

En el caso de la prevalencia de niveles excesivos de colesterol en sangre en España, esta ha experimentado un ascenso importante y continuado en los últimos años, pasando de 10,5% en 2003 a 16,7% en 2014. Distinguiendo por sexo, aunque se trata de un problema más frecuente en las mujeres, son los hombres quienes han experimentado un mayor incremento entre 2003 y 2014 (tabla 3.24). Por grupos de edad, en términos relativos, el grupo de edad más de 75 años ha experimentado una gran subida, pasando de 20,8% a 33,6% en el periodo considerado.

Atendiendo al nivel de educación y ocupación, los datos reflejan una misma tendencia en los subgrupos considerados, existiendo fuertes diferencias en los grupos según su nivel de estudios que perjudican sistemáticamente a los individuos de menor nivel educativo. Asimismo, se observan importantes diferencias en relación con la nacionalidad (dada la mayor edad media del colectivo español), si bien el incremento relativo ha sido más fuerte en el colectivo de extranjeros.

**Tabla 3.24. Prevalencia de niveles excesivos de COLESTEROL en sangre por sexo, grupos de edad, nivel de educación, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

| <b>Colesterol</b>         | <b>2003</b> | <b>2006</b> | <b>2011</b> | <b>2014</b> |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Hombres                   | 9,6%        | 13,7%       | 16,0%       | 15,8%       |
| Mujeres                   | 11,2%       | 14,4%       | 16,8%       | 17,3%       |
| Total                     | 10,4%       | 14,1%       | 16,4%       | 16,6%       |
| <b>Grupos de edad</b>     |             |             |             |             |
| <25                       | 0,3%        | 1,6%        | 1,3%        | 1,1%        |
| 25-34                     | 2,2%        | 3,7%        | 4,1%        | 2,7%        |
| 35-44                     | 5,5%        | 9,3%        | 9,8%        | 8,0%        |
| 45-54                     | 11,5%       | 17,9%       | 16,8%       | 17,3%       |
| 55-64                     | 21,2%       | 27,7%       | 31,8%       | 28,9%       |
| 65-74                     | 25,3%       | 30,7%       | 34,2%       | 35,0%       |
| >=75                      | 20,7%       | 22,1%       | 29,7%       | 33,5%       |
| <b>Nivel de educación</b> |             |             |             |             |
| Sin estudios              | 22,5%       | 24,4%       | 30,7%       | 31,9%       |
| Estudios primarios        | 14,4%       | 18,6%       | 23,7%       | 24,9%       |
| Estudios secundarios      | 5,5%        | 9,7%        | 13,9%       | 11,9%       |
| Estudios superiores       | 5,4%        | 9,9%        | 10,8%       | 11,8%       |
| <b>Ocupación</b>          |             |             |             |             |
| Trabaja                   | 6,6%        | 10,4%       | 12,7%       | 11,4%       |
| Desempleado               | 6,6%        | 9,1%        | 9,6%        | 9,2%        |
| Jubilado                  | 21,5%       | 26,0%       | 31,3%       | 34,6%       |
| Otras                     | 13,2%       | 13,7%       | 15,4%       | 14,6%       |
| <b>Nacionalidad</b>       |             |             |             |             |
| Español                   | 10,7%       | 15,1%       | 17,3%       | 17,6%       |
| Extranjero                | 2,2%        | 5,5%        | 10,0%       | 8,8%        |

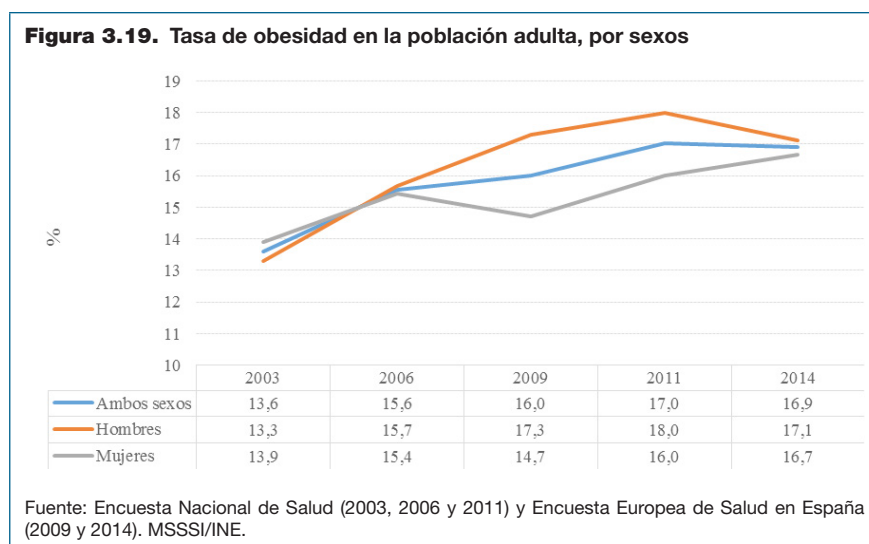
Nota: la ENSE del 2009 pregunta de una manera diferente el nivel de colesterol, por lo que se hace imposible su comparativa con el resto de años.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

### 3.1.12.3. Sobrepeso y obesidad

Por su parte, tener un Índice de Masa Corporal (IMC) elevado está asociado a un mayor riesgo de sufrir diversos problemas de salud tales como las enfermedades cardiovasculares, entre otras. El sobrepeso (IMC entre 25 y 30 kg/m<sup>2</sup>) y la obesidad (IMC>30) son factores de riesgo altamente prevalentes en las sociedades desarrolladas. Durante los periodos de recesión económica, la ingesta de alimentos más baratos, pero menos saludables, puede estar asociada a mayores niveles de sobrepeso y obesidad.

Según los datos disponibles, la prevalencia de la obesidad se incrementó durante los años de antes de la crisis económica, pasando de un 13,6% en 2003 al 17,0% en 2011, y manteniéndose en 2014 en niveles similares a los de 2011. No obstante, es entre 2003 y 2006 cuando se produce el incremento de mayor magnitud. Las diferencias por sexos se agudizaron a partir de 2006 hasta alcanzar en 2009 una diferencia de 2,4 puntos porcentuales (14,7% mujeres vs. 17,3% hombres), aunque en 2014 las diferencias volvieron a atenuarse (Figura 3.19).



Durante el periodo de crisis económica se observa un aumento de la tasa de obesidad en todos los grupos de edad, siendo el grupo de mayores de 74 años el que sufre un mayor aumento entre 2006 y 2011, pasando del 19,1% al 23,5%. En 2014, la prevalencia de la obesidad se reduce ligeramente en todos los subgrupos de edad, salvo en el de 25-34 años y en el de 55-64 años (Tabla 3.25).

Esta pauta creciente hasta 2011 y ligeramente decreciente a partir de entonces se repite en el análisis por nivel de formación alcanzado, ocupación y nacionalidad. Cabe señalar el aumento relativo producido en 2011 en el subgrupo de población con estudios secundarios (pasando de 12,4% a 16,4%) y entre las personas en situación de desempleo (pasando de 14,8% a 17,9%). Asimismo, destaca que la prevalencia de obesidad entre los extranjeros casi se triplica a lo largo del periodo, pasando del 5,9% en 2003 al 17,3% en 2014.

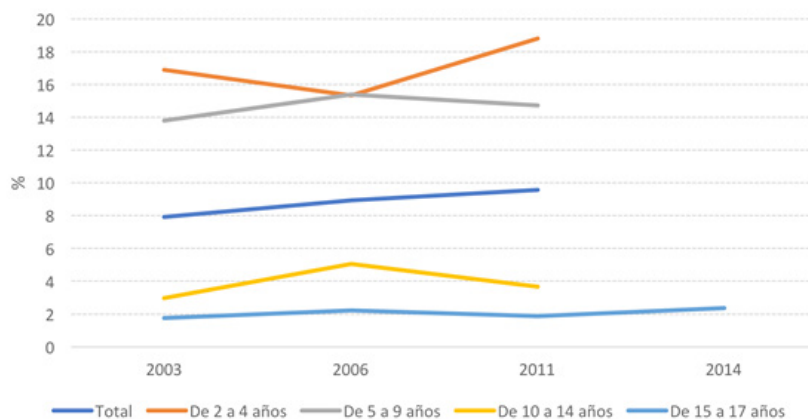
**Tabla 3.25. Prevalencia de OBESIDAD por sexo, grupos de edad, nivel de educación, ocupación, nacionalidad y clase social (unidades: porcentaje)**

|                         | 2003 | 2006 | 2009 | 2011 | 2014 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|
| Hombres                 | 13,3 | 15,6 | 17,3 | 18,0 | 17,1 |
| Mujeres                 | 13,9 | 15,2 | 14,7 | 16,0 | 16,7 |
| Total                   | 13,6 | 15,4 | 16,0 | 17,0 | 16,9 |
| <b>Grupos de edad</b>   |      |      |      |      |      |
| 18-24                   | 2,9  | 5,4  | 5,2  | 5,5  | 4,5  |
| 25-34                   | 7,6  | 8,8  | 9,7  | 10,1 | 11,2 |
| 35-44                   | 10,4 | 13,5 | 14,4 | 14,4 | 14,0 |
| 45-54                   | 16,4 | 18,3 | 17,1 | 20,3 | 18,4 |
| 55-64                   | 20,5 | 22,5 | 22,6 | 22,8 | 23,0 |
| 65-74                   | 22,6 | 27,0 | 25,4 | 26,8 | 24,5 |
| >=75                    | 18,8 | 19,1 | 20,8 | 23,5 | 22,6 |
| <b>Estudios</b>         |      |      |      |      |      |
| Sin estudios            | 24,2 | 27,6 | 28,2 | 30,2 | 30,5 |
| Estudios primarios      | 15,4 | 20,3 | 21,8 | 23,4 | 24,2 |
| Estudios secundarios    | 9,4  | 12,2 | 12,4 | 16,4 | 14,6 |
| Estudios universitarios | 6,6  | 8,4  | 8,2  | 8,7  | 8,7  |
| <b>Ocupación</b>        |      |      |      |      |      |
| Trabajando              | 10,4 | 12,4 | 13,1 | 13,8 | 13,2 |
| Desempleado             | 10,1 | 13,6 | 14,8 | 17,9 | 17,8 |
| Jubilado/retirado       | 21,5 | 22,9 | 23,8 | 25,4 | 23,5 |
| Otras                   | 15,5 | 15,9 | 15,2 | 16,1 | 18,5 |
| <b>Nacionalidad</b>     |      |      |      |      |      |
| Español                 | 14,5 | 15,9 | 16,5 | 17,4 | 16,8 |
| Extranjero              | 5,9  | 11,1 | 12,8 | 15,1 | 17,3 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009 y 2014). MSSSI/INE.

También se observa una tendencia al alza en la prevalencia de la obesidad infantil, que entre 2003 y 2011 pasó del 7,9% al 9,6%, siendo el incremento especialmente acusado entre los niños de entre 2 y 4 años (Figura 3.20). No obstante, los años anteriores a la crisis, entre 2003 y 2006, la prevalencia se mantiene prácticamente inalterada.

**Figura 3.20. Prevalencia de OBESIDAD INFANTIL, por grupos de edad (ambos sexos) (unidades: porcentaje)**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009 y 2014). MSSSI/INE.

Nota: sin datos para 2009. Para 2014 solo hay datos para el grupo de edad 15-17 años

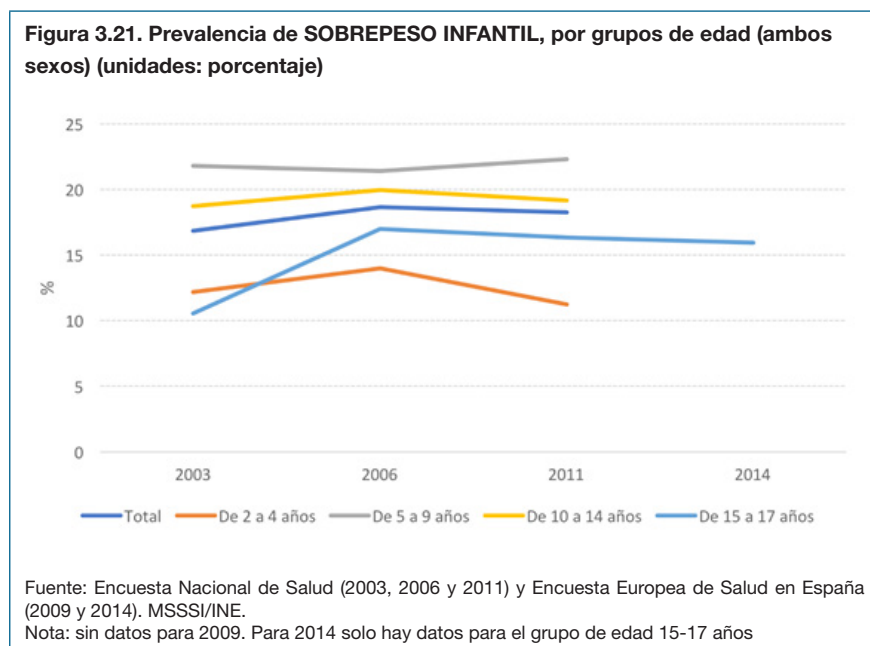
Por su parte, durante el periodo analizado la tasa de sobrepeso de la población se mantuvo relativamente estable, oscilando entre el 36,8% de 2003 y el 35,7% de 2014. Entre 2009 y 2014, el sobrepeso se redujo en 2 puntos, observándose esta tendencia en ambos sexos. Por grupos de edad, solo se observa un aumento de la prevalencia de la obesidad en periodo de crisis en el subgrupo de 25-34 años (Tabla 3.26).

**Tabla 3.26. Prevalencia de SOBREPESO por sexo, grupos de edad, nivel de educación, ocupación, nacionalidad y clase social (unidades: porcentaje)**

|                         | 2003  | 2006 | 2009  | 2011 | 2014 |
|-------------------------|-------|------|-------|------|------|
| Hombres                 | 45,3  | 44,8 | 45,5  | 45,1 | 43,6 |
| Mujeres                 | 28,6  | 29,8 | 29,9  | 28,1 | 28,1 |
| Total                   | 36,8  | 37,4 | 37,7  | 36,7 | 35,7 |
| <b>Grupos de edad</b>   |       |      |       |      |      |
| 18-24                   | 16,2  | 17,9 | 18,05 | 16,3 | 19,9 |
| 25-34                   | 28,65 | 29,1 | 30,8  | 29,4 | 27,2 |
| 35-44                   | 35,4  | 37,7 | 36,7  | 36,9 | 33,6 |
| 45-54                   | 41,4  | 43,1 | 40,9  | 38,3 | 37,4 |
| 55-64                   | 46,5  | 46,4 | 45,0  | 44,9 | 42,0 |
| 65-74                   | 47,9  | 47,8 | 46,9  | 46,6 | 45,8 |
| >=75                    | 43,6  | 45,3 | 43,0  | 45,3 | 44,2 |
| <b>Estudios</b>         |       |      |       |      |      |
| Sin estudios            | 41,5  | 43,3 | 41,6  | 44,0 | 39,5 |
| Estudios primarios      | 39,0  | 42,7 | 41,9  | 41,9 | 41,9 |
| Estudios secundarios    | 34,9  | 34,3 | 35,4  | 37,1 | 35,5 |
| Estudios universitarios | 30,6  | 32,8 | 32,8  | 31,3 | 28,5 |
| <b>Ocupación</b>        |       |      |       |      |      |
| Trabajando              | 36,6  | 36,9 | 37,1  | 37,4 | 34,7 |
| Desempleado             | 32,6  | 31,4 | 34,9  | 33,6 | 32,8 |
| Jubilado/retirado       | 45,5  | 46,0 | 45,0  | 45,6 | 46,2 |
| Otras                   | 32,3  | 31,2 | 29,8  | 29,7 | 28,9 |
| <b>Nacionalidad</b>     |       |      |       |      |      |
| Español                 | 37,6  | 38,2 | 38    | 37   | 36   |
| Extranjero              | 29,9  | 31,4 | 35,4  | 34,6 | 34,1 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009 y 2014). MSSSI/INE.

La tasa de sobrepeso en la población infantil también crece hasta 2006 para estabilizarse a partir de entonces, salvo entre los niños de 2 a 4 años (Figura 16), que como vimos antes, experimentaron asimismo una mayor tasa de obesidad.



#### 3.1.12.4. Análisis multivariante de la evolución de factores de riesgo vascular durante la crisis

Según el análisis multivariante realizado, antes de la crisis la **hipertensión** aumentaba con la edad (especialmente entre las mujeres) y los estudios y tener un empleo eran un factor protector solo para las mujeres. Para la persona de referencia (entre 25 y 44 años, con estudios primarios, ocupado, español) ni la crisis ni la post-crisis han supuesto ningún cambio significativo en la prevalencia de hipertensión. Comparando cada grupo poblacional durante la crisis (y post-crisis) con el mismo grupo antes de la crisis se revelan algunos cambios significativos. Las mujeres a partir de los 45 años en adelante mejoran durante la post-crisis, mientras que los hombres de 45-64 empeoran durante la crisis y los de 65 años y más en la post-crisis. Respecto a los



estudios terminados, solo las personas con estudios secundarios máximos alcanzados parecen mejorar, en la post-crisis, respecto a las personas sin estudios. Los hombres inactivos laboralmente ven incrementado su riesgo de padecer hipertensión (frente a los ocupados) durante la crisis, y el efecto se mantiene después. Entre las mujeres, las jubiladas e inactivas sufren un mayor riesgo durante la crisis, pero no en la post-crisis.

Respecto a la **hipercolesterolemia**, antes de la crisis su prevalencia aumentaba con la edad, especialmente entre las mujeres y los estudios eran un factor protector solo para las mujeres. Los jubilados de ambos sexos tenían una mayor propensión a padecer de colesterol alto. El efecto inmigrante sano se apreciaba para ambos sexos, siendo mayor en el caso de los hombres que de las mujeres.

Para las personas de referencia (entre 25 y 44 años, estudios primarios, ocupado, español) de ambos sexos, la crisis supuso un aumento en el riesgo de sufrir hipercolesterolemia, y el efecto se mantuvo en la post-crisis, aunque algo más moderado. Con la crisis, la probabilidad de padecer colesterol alto fue mayor entre las mujeres (OR=2.11) que entre los hombres (OR=1.92), mientras que en la post-crisis ocurrió lo contrario (mujeres OR=1.49 vs hombres OR=1.72). Por otra parte, comparando cada grupo poblacional durante la crisis (y post-crisis) con el mismo grupo antes de la crisis, el único cambio estadísticamente significativo al 99% se produjo entre los varones inactivos laboralmente, cuya prevalencia de hipercolesterolemia tras la crisis aumentó frente a los varones con empleo.

Finalmente, durante la crisis, la edad fue un factor protector de la **obesidad** para ambos sexos, al igual que el nivel educativo. Estar jubilado o incapacitado para trabajar se asociaba a un mayor riesgo de obesidad en ambos sexos, al igual que la situación de inactividad laboral entre las mujeres. Durante el periodo de post-crisis aumentó el riesgo de obesidad para la mujer de referencia (españoles, de entre 25 y 44 años, ocupada y con estudios primarios). Con la crisis se redujo la prevalencia de obesidad del grupo de mujeres de 45-64 años, y el efecto se sostuvo después de la crisis. También se redujo la prevalencia entre las mujeres de mayor edad post-crisis.

### 3.1.13. Salud infantil

Si bien la Encuesta Nacional de Salud incluye un módulo de salud infantil, una base de datos específica, asociada al estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC) recoge cada cuatro años y mediante cuestionario, un amplio conjunto de datos significativos de los chicos y las chicas escolarizados en más de 40 países, fundamentalmente europeos.

**Tabla 3.27. Características y estado de salud de los niños y niñas encuestados en la HBSC (2006-2014)**

|   | Niños |       |       | Niñas |       |       |   |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|---|
|   | 2006  | 2010  | 2014  | 2006  | 2010  | 2014  |   |
| Escuela pública                           | 65,9% | 63,9% | 66,7% | 67,8% | 64,0% | 65,9% | Variables sociodemográficas             |
| Mi familia es rica                        | 13,4% | 14,4% | 11,8% | 8,8%  | 9,3%  | 7,1%  |   |
| Mi familia es pobre                       | 3,6%  | 5,8%  | 7,1%  | 4,1%  | 6,0%  | 7,8%  |   |
| Mi fam. Economic. normal                  | 83,1% | 79,8% | 81,1% | 87,1% | 84,7% | 85,1% |   |
| Nunca a cole o cama con hambre            | 8,9%  | 10,6% | 8,0%  | 7,0%  | 6,6%  | 6,5%  |   |
| Trabaja padres                            | 96,1% | 92,3% | 88,5% | 95,6% | 92,2% | 87,3% |   |
| Trabaja madre                             | 72,0% | 72,4% | 70,4% | 71,0% | 71,3% | 70,1% |   |
| Fuma diario                               | 7,1%  | 8,3%  | 4,3%  | 10,0% | 9,6%  | 4,4%  | Tabaco, alcohol, sexo                   |
| Fuma Si-No                                | 13,5% | 15,6% | 9,4%  | 18,5% | 18,4% | 10,6% |   |
| Emborrachado alguna vez                   | 29,5% | 33,8% | 22,9% | 30,8% | 33,6% | 23,7% |   |
| Probado cannabis                          | 29,0% | 38,0% | 29,7% | 23,7% | 29,2% | 31,9% |   |
| Rel. sex. completas                       | 35,1% | 36,5% | 34,0% | 32,4% | 32,8% | 28,9% | Obesidad y ejercicio físico             |
| Media IMC                                 | 20,8% | 20,7% | 20,4% | 20,2% | 20,1% | 20,0% |   |
| Act.fis.diaria                            | 18,1% | 18,9% | 21,5% | 7,7%  | 8,0%  | 9,0%  |   |
| Asct.fis.nunca                            | 5,5%  | 5,4%  | 5,0%  | 15,2% | 12,7% | 9,6%  |   |
| Act.fis. entre 2 y 6 días/sem.            | 56,8% | 55,1% | 59,2% | 41,4% | 42,8% | 53,6% | Salud física                            |
| Cepillo dientes al menos 1 vez día        | 91,1% | 89,5% | 92,0% | 93,0% | 93,4% | 93,5% |   |
| Auto val. Salud Excelente                 | 41,0% | 47,5% | 48,7% | 26,6% | 29,9% | 33,1% |   |
| Auto val. Salud Buena                     | 52,1% | 46,5% | 45,3% | 62,7% | 60,1% | 56,7% |   |
| Auto val. Salud Pasable                   | 6,2%  | 5,3%  | 5,2%  | 9,9%  | 9,5%  | 9,3%  |   |
| Auto val. Salud Pobre                     | 0,6%  | 0,7%  | 0,8%  | 0,7%  | 0,6%  | 0,9%  |   |
| Dolor cabeza al menos 1 vez semana        | 11,5% | 12,6% | 11,6% | 22,2% | 21,3% | 21,5% |   |
| Dolor estómago al menos 1 vez semana      | 7,3%  | 8,1%  | 7,0%  | 13,7% | 13,2% | 12,9% |   |
| Dolor espalda al menos 1 vez semana       | 11,2% | 11,8% | 11,0% | 19,8% | 18,2% | 19,4% | Salud mental y anímica. Imagen corporal |
| Bajo ánimo al menos 1 vez semana          | 11,8% | 12,3% | 9,7%  | 20,1% | 20,1% | 18,0% |   |
| Irritabilidad al menos 1 vez semana       | 16,0% | 17,0% | 13,4% | 25,7% | 27,6% | 23,5% |   |
| Nerviosismo al menos 1 vez semana         | 20,2% | 22,4% | 18,4% | 30,9% | 30,5% | 28,2% |   |
| Dificultad dormir al menos 1 vez semana   | 12,5% | 13,5% | 11,7% | 17,4% | 17,7% | 16,5% |   |
| Mareos al menos 1 vez semana              | 7,0%  | 8,6%  | 7,3%  | 12,0% | 12,1% | 12,0% |   |
| Considero mi cuerpo adecuado              | 51,7% | 54,3% | 54,9% | 47,2% | 48,1% | 48,8% |   |
| Frustrado con mi cuerpo                   | 13,5% | 14,2% | 14,8% | 20,2% | 22,1% | 26,2% |   |
| Odio mi cuerpo                            | 5,7%  | 6,8%  | 7,1%  | 12,3% | 14,3% | 16,9% | Rendimiento escolar y mobbing           |
| No me gusta mi apariencia                 | 27,1% | 31,0% | 27,6% | 41,4% | 43,1% | 43,1% |   |
| Profesor opinan rendimiento: Muy bien     | 14,4% | 18,2% | 17,4% | 17,9% | 19,5% | 21,8% |   |
| Profesor opinan rendimiento: Debajo media | 10,8% | 10,1% | 7,8%  | 6,9%  | 6,9%  | 4,8%  |   |
| Alguna vez maltrato en colegio            | 14,6% | 16,1% | 17,6% | 10,6% | 10,7% | 12,7% |   |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Health Behaviour in School Aged Children.

En su contexto escolar, jóvenes de edad entre 11 y 18 años para el caso de España responden a un amplio repertorio de cuestiones sobre hábitos alimenticios, conductas de riesgo, actividad física, contexto familiar y escolar o salud positiva, entre otras. Un conjunto de preguntas consideradas de obligada inclusión entre todos los países se mantienen inalteradas temporalmente lo que permite analizar las tendencias evolutivas dentro de un mismo país a lo largo del tiempo. Aun así debe serse cauto con las interpretaciones transversales pues los resultados pueden estar afectados endógenamente por cambios generacionales en los chicos cuestionados.

A partir de las ediciones de 2006 (pre-crisis), 2010 (crisis) y la última de 2014 (post-crisis) hemos analizado la posible existencia de pautas en la salud y los estilos de vida de los jóvenes españoles que pudieran asociarse de forma sistemática a las características del ciclo económico convulso vivido en esta última década. En primer lugar, a través de un análisis descriptivo de aquellas preguntas relevantes para nuestros objetivos, y posteriormente y con el fin de profundizar en las posibles relaciones causales entre la crisis económica y la salud y estilos de vida, con análisis multivariantes logísticos sobre las variables de interés.

La tabla 3.28 muestra para los tres años de referencia, 2006, 2010 y 2014, los aspectos referidos a la salud y a los comportamientos relacionados con la salud incluidos en el estudio HBSC.

En relación a las condiciones de vida de los niños, señalar que el porcentaje de niños y niñas que admiten vivir en una familia pobre ha aumentado durante la época de crisis, mientras que el porcentaje de padres/madres que se encuentran trabajando ha disminuido.

Entre los comportamientos no saludables, el consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis) muestran dos características reseñables. En primer lugar, en general, el porcentaje de niñas con hábitos no saludables respecto al consumo de estas sustancias es mayor que en el caso de los niños y, en segundo lugar, en 2014 mejora al reducirse sustancialmente, respecto al periodo de crisis, los indicadores de hábito de consumo de tabaco y alcohol en ambos grupos, de chicos y chicas, aunque no ocurre lo mismo en el caso del cannabis.

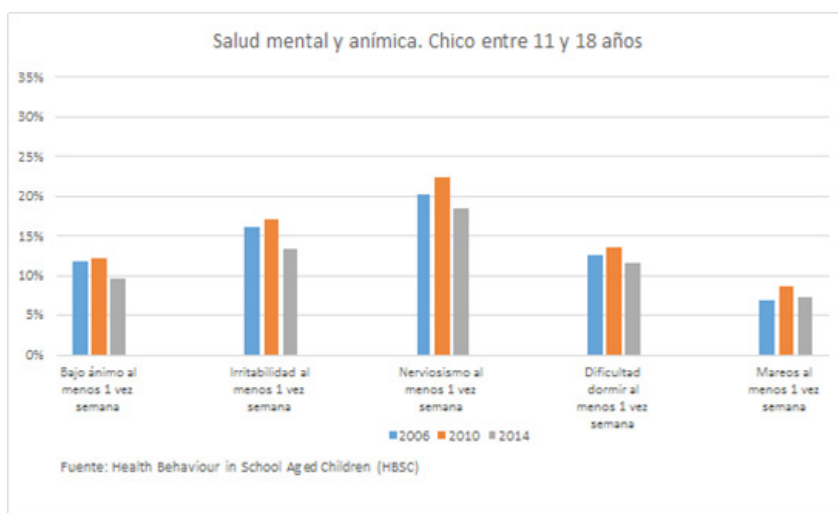
La realización de actividad física de forma más intensa sigue estando más presente en los chicos. En 2014 y 2006, entre los que realizan actividad con frecuencia diaria, se mantiene la brecha de más de un 10% de diferencia entre uno y otro sexo. Sin embargo, los índices de actividad física moderada, entre 2 y 6 días a la semana, han mejorado para ambos grupos de forma sostenida entre 2006 y 2014 pero especialmente en el caso de las chicas (del 41,4% al 53,6%). Por su parte, si también era de 10 puntos porcentuales la diferencia entre los que declaran en 2006 que nunca realizan actividad física (5,5% chicos vs 15,2% chicas) en 2014 esta diferencia se reduce a menos de 5 puntos (5% chicos vs 9,6% chicas).

Como recogen todas las investigaciones sobre la salud física percibida, ésta es mucho mejor en los adolescentes masculinos, con diferencias porcentuales muy relevantes respecto a las niñas. Pero independientemente del sexo, la autovaloración de la salud que realizan los jóvenes ha mejorado sistemáticamente desde 2006 sin que la época de crisis haya resentido su percepción acerca de su estado físico. En 2014 casi uno de cada dos chicos considera que tiene una salud excelente (el 41% en 2006) y entre las féminas una de cada tres (una de cada cuatro en 2006).

Sin embargo, la valoración que hacen los jóvenes encuestados respecto a aquellos items que tienen que ver con la salud anímica muestran una pauta bastante sistemática de empeoramiento en 2010 respecto a 2006 y mejoría en 2014, incluso respecto a 2006. Aun siendo las chicas quienes también en este caso son más autocríticas, para ambos sexos, los aspectos relacionados con el estado de ánimo, la irritabilidad, el nerviosismo etc., muestran esta evolución en forma convexa entre 2006, 2010 y 2014 (figuras 3.22 y 3.23).

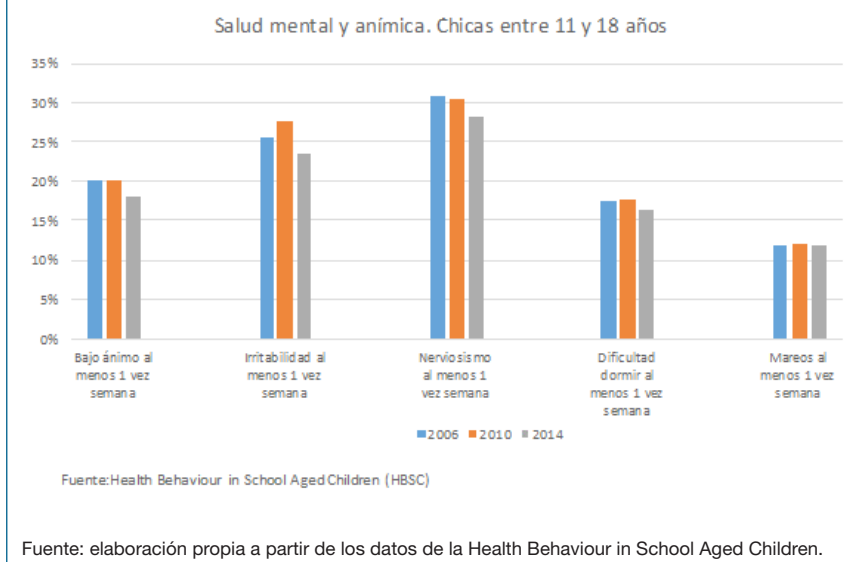
Los jóvenes han marcado una pauta lineal cada vez más exigente respecto a la percepción de su imagen corporal. Solo en torno a la mitad de ellos considera adecuado su cuerpo y los estragos en sus impresiones parecen más bien independientes de la situación económica de los últimos diez años. Tampoco la percepción sobre su rendimiento en el colegio y el padecimiento de acoso escolar parecen haber empeorado durante los años de restricciones económicas.

**Figura 3.22. Salud mental y anímica. Chicos entre 11 y 18 años.**



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la Health Behaviour in School Aged Children.

**Figura 3.23. Salud mental y anímica. Chicas entre 11 y 18 años.**



### 3.1.13.1. Análisis multivariante de la evolución de la salud infantil

La implementación de un modelo logístico ordenado multivariante confirma algunos de los resultados ya reseñados en la parte descriptiva y ayudan a profundizar en otro. Los que consideran su familia como adinerada se sienten más sanos y los que sienten que su hogar dispone de pocos recursos declaran de forma significativa peor estado de salud. Los chicos declaran un estado de salud mucho mejor que las chicas. A medida que crecen son más autocríticos con su estado de salud. El modelo estimado reafirma que los jóvenes menos obesos y que realizan más actividad física autodeclaran mejor estado de salud. También los chicos de nacionalidad española se declaran más sanos. Sin embargo, que trabaje alguno de sus padres no resulta una característica discriminante. En el periodo de crisis y de post-crisis mejora la percepción de la salud de los adolescentes respecto al periodo de referencia de precrisis.

También se han ajustado diversos modelos logit para estimar los determinantes de algunos comportamientos no saludables y la repercusión e impacto que hubiera podido tener en su utilización y consumo los avatares de la economía en sus hogares. En general, la prevalencia de estos hábitos es

mayor en los adolescentes de más edad. Las chicas tienen más probabilidad de fumar tabaco pero son los chicos los que más han probado el cannabis. Respecto al consumo de alcohol no hay diferencias importantes según sexo. El consumo de alguna de estas drogas es más probable en los hogares en los que alguno de los padres trabaja mientras que la realización de actividad física frecuente se muestra como un protector frente a su consumo. No hay diferencias importantes en la adherencia a estos comportamientos no saludables entre los chicos que consideran que su hogar es adinerado o los que sienten que su familia es pobre y la nacionalidad española no resulta significativa. Respecto al periodo de referencia, pre-crisis, las diferencias significativas se producen sobre todo en el periodo de post-crisis en el que la cercanía a hábitos anti saludables parecen como menos probables en los jóvenes durante ese periodo.

## 3.2. Indicadores sobre comportamientos en salud

Una vez analizada la evolución experimentada en los indicadores básicos de salud, se pasará a describir la evolución de los principales indicadores sobre comportamientos en salud, tales como el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, así como la realización de ejercicio físico.

### 3.2.1. Consumo de tabaco

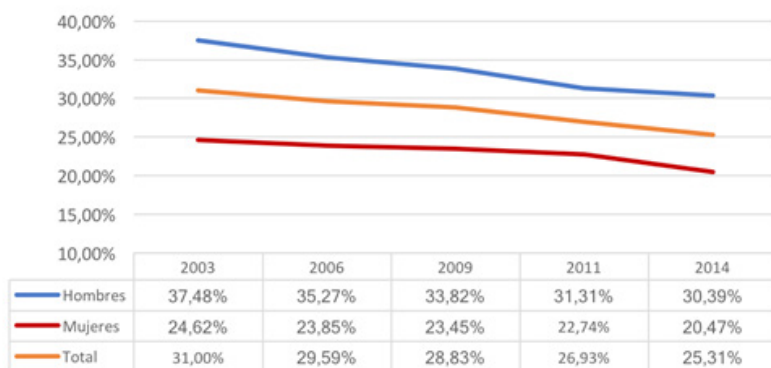
La prevalencia de consumo de tabaco en España ha disminuido en los últimos años (figura 3.24). Más concretamente, en el año 2003 el porcentaje de población que fumaba (diaria o esporádicamente) era del 31% pasando al 25,3% en el 2014, es decir, una disminución de más de 5 puntos porcentuales. Por sexo, cabe señalar que el porcentaje de fumadores es más alto en los varones, siendo la disminución en el consumo a lo largo del periodo analizado también mayor en ellos (algo más de 7 puntos porcentuales para el caso de los varones y 4 puntos porcentuales para el caso de las mujeres).

Por grupos de edad, son los individuos entre 35 y 44 años de edad los que más fuman. Sin embargo, el hábito tabáquico en este colectivo ha disminuido significativamente en el periodo analizado mientras que la prevalencia entre aquellos con 55 y 64 años ha aumentado (tabla 3.28).

Por nivel de estudios, el consumo es más frecuente entre individuos con educación media o superior. Asimismo, en términos relativos, es en el

colectivo con estudios superiores donde más se ha reducido el consumo de tabaco, pasando de un 30,6% en 2003 a 20,6% en 2014. Respecto a las diferencias por ocupación, la tendencia en población ocupada es favorable a lo largo de todo el periodo, reduciéndose la tasa del 40,0% de la población ocupada en el año 2003 al 31,0% en el año 2014. En el caso de la población desempleada, la tasa de inicio es más elevada (45,9%), y la tendencia no es claramente decreciente hasta el año 2011. Al final del periodo, la tasa se ha reducido hasta el 38,6%, lo cual supone una evolución favorable pero donde (1) sigue siendo elevada; (y 2) se han ampliado las diferencias respecto a la población ocupada. En relación con la población española y extranjera, si bien la evolución ha sido favorable en ambos colectivos, se ha producido una fuerte convergencia, fruto de la mayor intensidad en la caída en la población española, hasta tal punto que en los años 2011 y 2014 tan solo les separa un punto porcentual.

**Figura 3.24. Prevalencia de consumo de tabaco por sexo (unidades: porcentaje)**



Nota: porcentaje de personas que afirman fumar diariamente u ocasionalmente.

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009 y 2014). MSSSI/INE.

**Tabla 3.28. Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 12 meses por grupos de edad, estudios, ocupación y nacionalidad (unidades: porcentaje)**

|                       | 2003   | 2006  | 2009   | 2011  | 2014  |
|-----------------------|--------|-------|--------|-------|-------|
| <b>Grupos de edad</b> |        |       |        |       |       |
| <25                   | 37,0%  | 31,9% | 31,4%  | 26,5% | 21,5% |
| 25-34                 | 40,5%  | 39,9% | 37,0%  | 36,3% | 34,7% |
| 35-44                 | 43,6%  | 37,6% | 36,6%  | 33,5% | 31,7% |
| 45-54                 | 36,2%  | 36,2% | 36,9%  | 35,5% | 32,2% |
| 55-64                 | 19,0%  | 21,8% | 20,9%  | 23,2% | 25,7% |
| 65-74                 | 10,8%  | 11,1% | 10,8%  | 11,0% | 11,7% |
| >=75                  | 4,4%   | 4,7%  | 5,0%   | 4,2%  | 4,3%  |
| <b>Estudios</b>       |        |       |        |       |       |
| Sin estudios          | 14,0%  | 16,6% | 14,0%  | 11,8% | 12,8% |
| Estudios primarios    | 29,0%  | 27,4% | 28,4%  | 22,3% | 20,4% |
| Estudios secundarios  | 39,0%  | 34,9% | 34,7%  | 31,6% | 31,5% |
| Estudios superiores   | 30,6%  | 30,3% | 23,9%  | 22,5% | 20,6% |
| <b>Ocupación</b>      |        |       |        |       |       |
| Trabajando            | 40,0%  | 37,5% | 34,2%  | 32,2% | 30,9% |
| Desempleado           | 45,8%  | 40,5% | 45,3%  | 41,8% | 38,6% |
| Jubilado              | 13,2%  | 14,5% | 10,4%  | 11,1% | 10,3% |
| Otras                 | 21,01% | 21,5% | 21,1%  | 20,1% | 17,9% |
| <b>Nacionalidad</b>   |        |       |        |       |       |
| Español               | 31,13% | 29,0% | 28,2%  | 27,0% | 25,4% |
| Extranjero            | 27,74% | 32,6% | 30,36% | 26,2% | 24,2% |

Nota: porcentaje de personas que afirman fumar diariamente u ocasionalmente. Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006, 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009, 2014). MSSSI/INE

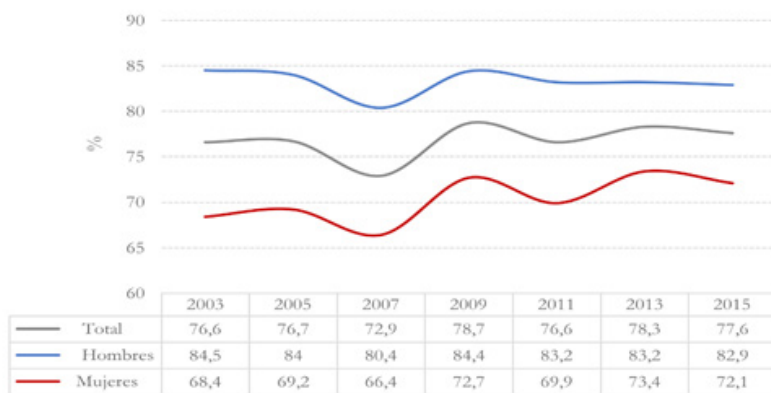


### 3.2.2. Consumo de alcohol

Al igual que el tabaco, el consumo excesivo de alcohol es un hábito de vida poco saludable con potenciales consecuencias negativas sobre la salud. Para analizar su prevalencia hemos utilizado la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España y la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España.

La prevalencia del consumo de cualquier cantidad de alcohol en la población general ha sido relativamente estable a lo largo del tiempo, con la excepción del año 2007. En dicho año se produjo una bajada en la prevalencia de consumo de alcohol de los últimos 12 meses, pasando desde casi el 77% de 2005 hasta el 73% (Figura 3.25). El consumo durante los 30 días anteriores evolucionó de manera similar desde 2003 (Figura 3.26), si bien la tendencia es ligeramente descendente.

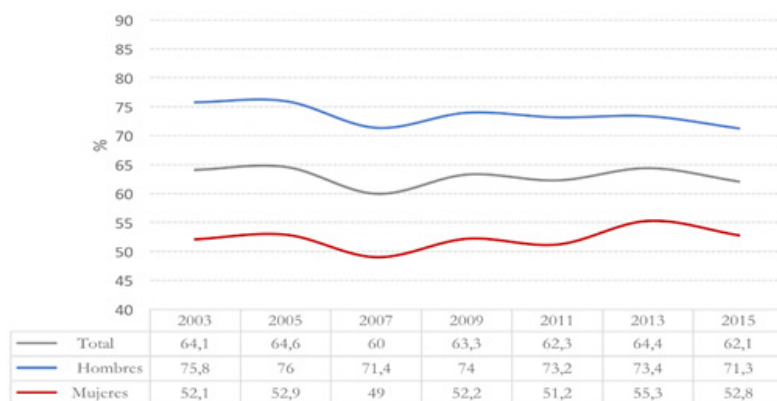
**Figura 3.25. Prevalencia del consumo de cualquier cantidad de alcohol en los últimos 12 meses, 15-64 años, por sexo**



Fuente: OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015)

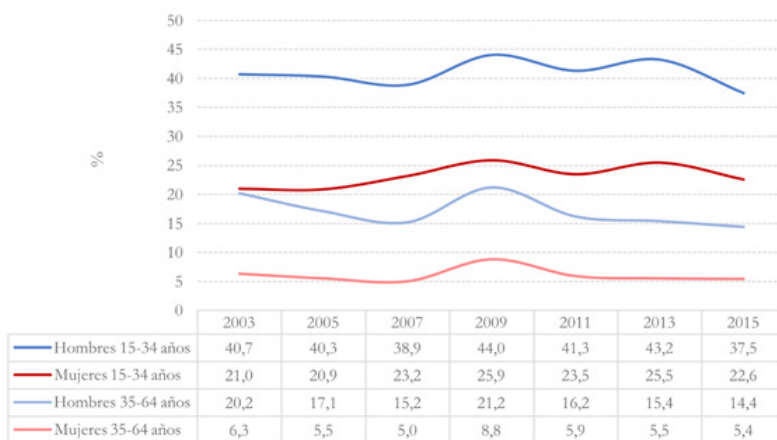
Mirando en detalle otros indicadores que muestren un consumo excesivo de alcohol, podemos fijarnos en la prevalencia de las intoxicaciones etílicas o borracheras, donde también se observa una ligera caída, seguida de un incremento en 2009 para ambos sexos, y los dos subgrupos de edad considerados (Figura 3.27), para después volver a descender.

**Figura 3.26. Prevalencia del consumo de cualquier cantidad de alcohol en los últimos 30 días, 15-64 años, por sexo**



Fuente: OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015)

**Figura 3.27. Prevalencia de intoxicaciones etílicas (borracheras) en los últimos 12 meses en la población de 15-64 años, según sexo y edad (porcentajes)**

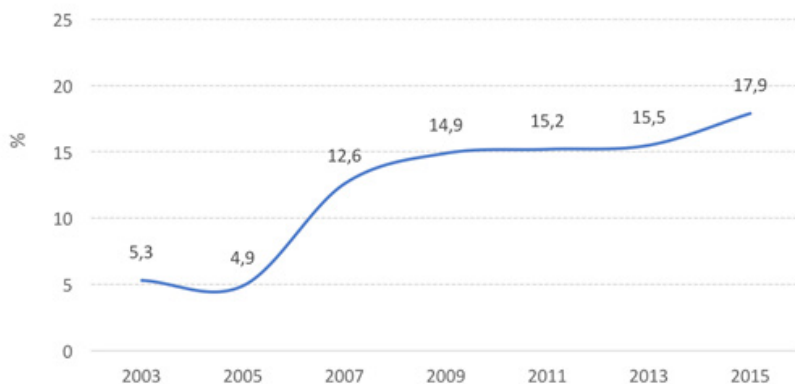


Fuente: OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES 1997-2015)

Por otro lado, según esta misma encuesta, el consumo de alcohol en atracón (5 o más consumiciones en un periodo máximo de 2 horas) en el último

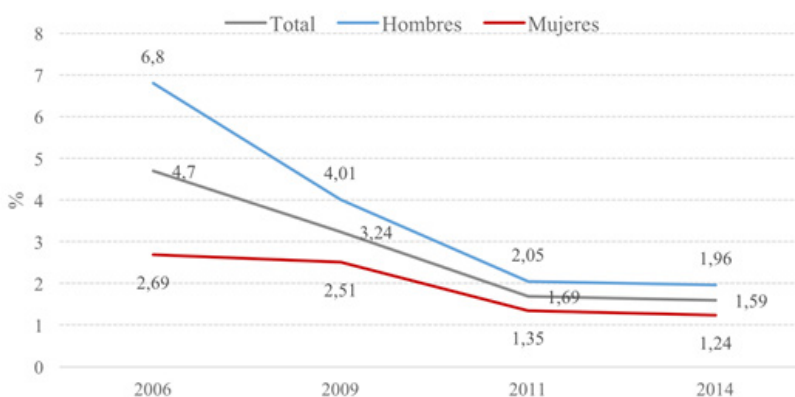
mes aumentó sustancialmente en 2007, al pasar del 4,9% de la población al 12,6%. La tendencia siguió al alza hasta casi alcanzar en 2015 el 17,9% (Figura 3.28).

**Figura 3.28. Evolución de la prevalencia de consumo de alcohol en atracción (*binge drinking*) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años (porcentajes)**



Fuente: OEDT Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADADES 1997-2015)

**Figura 3.29. Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol (población >15 años), por sexo (%).**

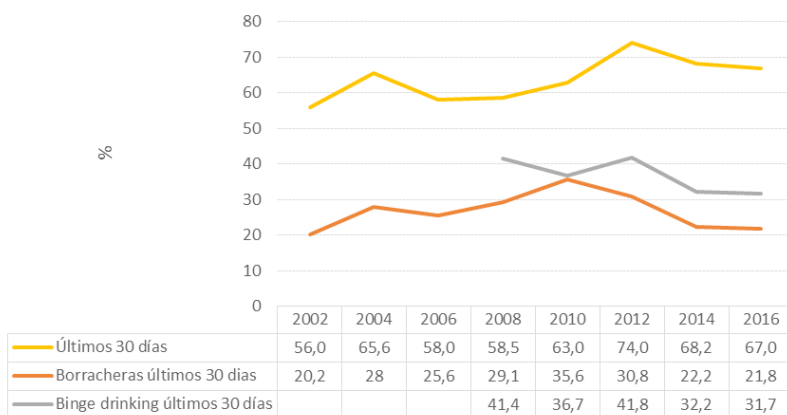


Fuente: Indicadores clave del SNS. MSSSel

Otro indicador alternativo de consumo excesivo de alcohol es el de bebedores de riesgo, que se calcula a partir de los cc diarios de alcohol consumidos. En este caso, según las encuestas de salud, el consumo de riesgo de alcohol se habría reducido drásticamente entre 2006 y 2011, pasando del 4,7% al 1,7% (Figura 3.29).

Los adolescentes son quizás uno de los colectivos más vulnerables frente al alcohol. Según datos de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, la prevalencia de estudiantes que consumieron alcohol aumentó de forma continuada entre 2006 y 2012, cuando alcanzó una tasa del 74%, si bien en 2014 se redujo al 68% (Figura 3.30). Los últimos años, la prevalencia entre las mujeres ha sido ligeramente mayor que entre los varones. Por su parte, la prevalencia de borracheras entre los jóvenes fue en aumento durante la crisis, y a partir de 2010 se moderó hasta situarse en 2014 y 2016 en los niveles de 2002 (Figura 3.30).

**Figura 3.30. Prevalencia del consumo de alcohol, borracheras y binge drinking en los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años (%) (ambos sexos)**



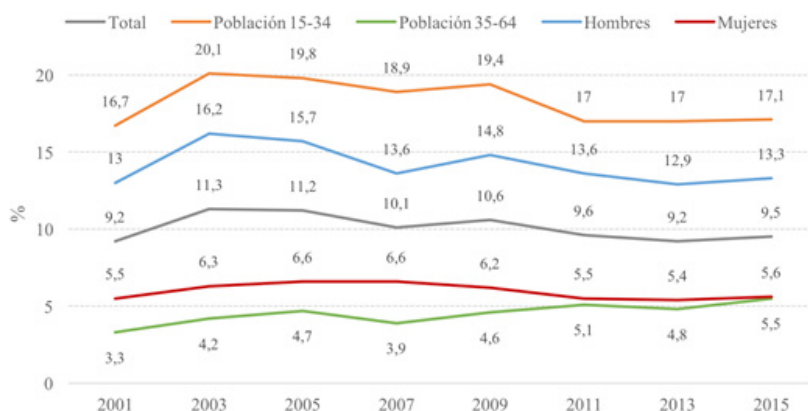
Fuente: Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES). OEDA. MSSSI

### 3.2.3. Consumo de drogas ilegales

Más allá del consumo de tabaco y alcohol, cabe analizar la evolución habida en el consumo de drogas ilegales, como un indicador relevante de los hábitos de vida de la población.

La sustancia ilegal más consumida es el cannabis, con una prevalencia del 9,5% de la población adulta en 2015. Durante el quinquenio anterior al comienzo de la crisis, la prevalencia de consumo de esta droga se situaba en torno al 11,2% de la población general, y en torno al 20% de la población de 15 a 34 años. Durante la crisis económica se observó una caída de la prevalencia del consumo entre los jóvenes, si bien la de la población mayor de 34 años se incrementó ligeramente, pasando del 3,9% en 2007 al 5,5% en 2015 (Figura 3.31).

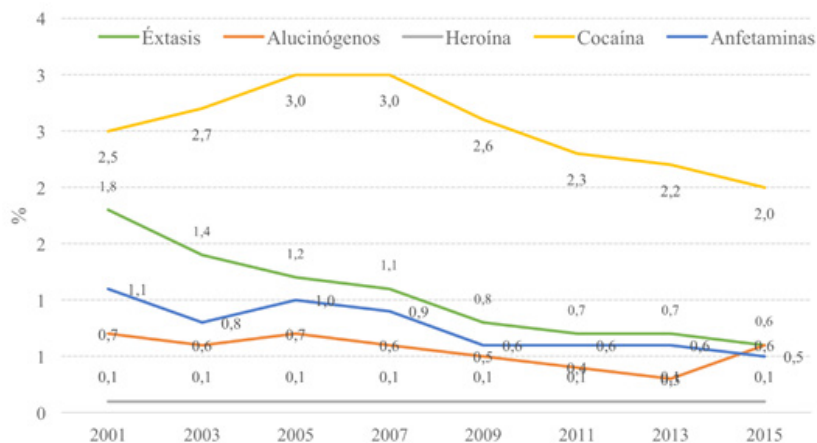
**Figura 3.31. Prevalencia del consumo de cannabis en los últimos 12 meses, por sexo y grupo de edad.**



Fuente: MSSSI, Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España.

Respecto al resto de drogas, de prevalencia muy inferior a la del cannabis, durante la crisis económica se produjo una marcada reducción de su consumo, que fue mayor entre la población adolescente. Entre 2007 y 2015, la prevalencia del consumo de éxtasis cayó un 45% (-63% entre los jóvenes de 14-18 años), la de anfetaminas un 44% (-65% en los jóvenes) y la de cocaína un 33% (-31% en los jóvenes) (tabla 28 y tabla 29). El consumo de drogas alucinógenas y de heroína no varió en la población general, pero sí entre los adolescentes, donde la prevalencia cayó un 57% y 38%, respectivamente, entre 2006 y 2014 (figura 3.32).

**Figura 3.32. Prevalencia del consumo de sustancias ilegales en los últimos 12 meses (ambos sexos, población 15-64 años).**



Fuente: Indicadores clave del SNS. MSSSel

**Tabla 3.29. Prevalencia del consumo de sustancias ilegales en los últimos 12 meses (población 15-64 años), por sexo**

| Sustancia    | Subgrupo | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
|--------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| Éxtasis      | Total    | 1,4  | 1,2  | 1,1  | 0,8  | 0,7  | 0,7  | 0,6  |
|              | Varones  | 2,0  | 1,8  | 1,6  | 0,3  | 1,0  | 1,0  | 0,9  |
|              | Mujeres  | 0,8  | 0,6  | 0,5  | 1,4  | 0,4  | 0,3  | 0,3  |
| Alucinógenos | Total    | 0,6  | 0,7  | 0,6  | 0,5  | 0,4  | 0,3  | 0,6  |
|              | Varones  | 0,9  | 1,1  | 0,9  | 0,7  | 0,6  | 0,5  | 0,8  |
|              | Mujeres  | 0,3  | 0,4  | 0,3  | 0,2  | 0,2  | 0,1  | 0,3  |
| Anfetaminas  | Total    | 0,8  | 1,0  | 0,9  | 0,6  | 0,6  | 0,6  | 0,5  |
|              | Varones  | 1,1  | 1,4  | 1,3  | 1,0  | 0,9  | 0,8  | 0,8  |
|              | Mujeres  | 0,5  | 0,5  | 0,3  | 0,3  | 0,3  | 0,4  | 0,3  |
| Cocaína      | Total    | 2,7  | 3,0  | 3,0  | 2,6  | 2,3  | 2,2  | 2,0  |
|              | Varones  | 4,1  | 4,6  | 4,4  | 4,2  | 3,6  | 3,3  | 3,1  |
|              | Mujeres  | 1,2  | 1,3  | 1,5  | 1,0  | 0,9  | 1,0  | 0,9  |
| Heroína      | Total    | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  | 0,1  |
|              | Varones  | 0,2  | 0,2  | 0,1  | 0,1  | 0,2  | 0,1  | 0,2  |
|              | Mujeres  | 0,1  | 0,1  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  | 0,0  |

Fuente: Indicadores clave del SNS. MSSSel

**Tabla 3.30. Prevalencia del consumo de sustancias ilegales en los últimos 12 meses (población 14-18 años), por sexo**

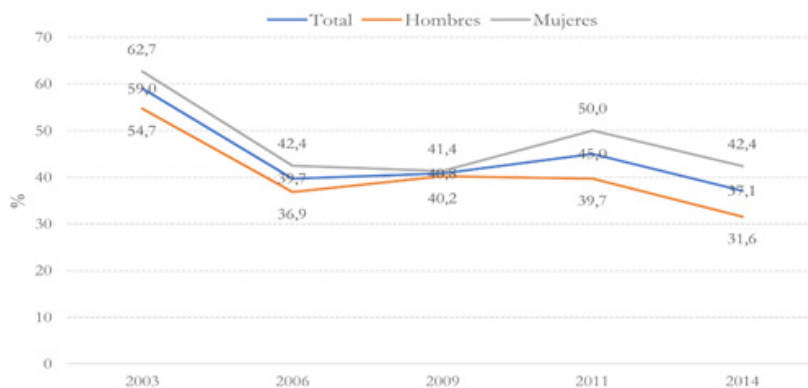
| Sustancia    | Subgrupo | 2003 | 2005 | 2007 | 2009 | 2011 | 2013 | 2015 |
|--------------|----------|------|------|------|------|------|------|------|
| Éxtasis      | Total    | 4,3  | 2,6  | 2,4  | 1,9  | 1,7  | 2,2  | 0,9  |
|              | Varones  | 4,7  | 3,3  | 3,3  | 2,6  | 2,2  | 3,0  | 1,2  |
|              | Mujeres  | 3,8  | 1,9  | 1,6  | 1,3  | 1,2  | 1,4  | 0,6  |
| Alucinógenos | Total    | 3,2  | 3,1  | 2,8  | 2,7  | 2,1  | 2,0  | 1,2  |
|              | Varones  | 4,4  | 4,4  | 4,1  | 3,9  | 3,0  | 2,9  | 1,6  |
|              | Mujeres  | 2,0  | 1,8  | 1,6  | 1,7  | 1,3  | 1,1  | 0,7  |
| Anfetaminas  | Total    | 4,1  | 3,3  | 2,6  | 2,5  | 1,6  | 1,7  | 0,9  |
|              | Varones  | 4,8  | 4,3  | 3,3  | 3,2  | 2,2  | 2,4  | 1,3  |
|              | Mujeres  | 3,4  | 2,3  | 2,0  | 1,8  | 1,0  | 1,1  | 0,6  |
| Cocaína      | Total    | 6,2  | 7,2  | 4,1  | 3,6  | 2,6  | 2,5  | 2,8  |
|              | Varones  | 4,8  | 4,3  | 3,3  | 4,9  | 3,3  | 3,4  | 3,3  |
|              | Mujeres  | 5,1  | 5,1  | 3,1  | 2,4  | 1,8  | 1,6  | 2,2  |
| Heroína      | Total    | 0,3  | 0,4  | 0,8  | 0,7  | 0,6  | 0,7  | 0,5  |
|              | Varones  | 0,4  | 0,8  | 1,2  | 1,1  | 0,9  | 1,1  | 0,7  |
|              | Mujeres  | 0,2  | 0,1  | 0,3  | 0,4  | 0,3  | 0,4  | 0,2  |

Fuente: Indicadores clave del SNS. MSSSel

### 3.2.4. Ejercicio físico

El ejercicio físico, como uno de los hábitos de vida más saludables, también constituye un indicador de interés. Según los datos disponibles de las encuestas nacionales y europeas de salud, el sedentarismo o la falta de ejercicio físico (cuando la persona encuestada declara no haber realizado actividad física alguna durante su tiempo libre) se redujo sustancialmente entre 2003 y 2006, pasando del 59% al 40%. Durante la crisis, la inactividad física se incrementó hasta el 45% de 2011, para bajar hasta el 37% en 2014. La tendencia fue similar para ambos sexos, siendo los varones menos sedentarios en promedio que las mujeres (Figura 3.33).

**Figura 3.33. Prevalencia de la inactividad física en la población adulta, por sexo**



Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009 y 2014). MSSSI/INE

La inactividad física tras la crisis se redujo en todos los grupos de edad, hasta situarse por debajo del 30% entre los menores de 24 años, por debajo del 37% entre los de 25 y 74 años y alrededor del 60% entre las personas de más edad (Tabla 3.31). A mayor nivel de estudios, mayor prevalencia de la realización de ejercicio físico, especialmente tras la crisis. La prevalencia de la inactividad física mejoró tras la crisis en todos los niveles de ocupación hasta situarse alrededor del 34% entre los ocupados y desempleados. Salvo en 2009 (año en el que esta variable se pregunta de manera diferente al resto de años), los españoles declaraban un menor grado de inactividad física que los extranjeros.



**Tabla 3.31. Prevalencia de la inactividad física\*, por distintos subgrupos de interés (%)**

|                         | 2003 | 2006 | 2009 | 2011 | 2014 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|
| Hombres                 | 54,7 | 36,9 | 40,2 | 39,7 | 31,6 |
| Mujeres                 | 62,7 | 42,4 | 41,4 | 50,0 | 42,4 |
| <b>Total</b>            | 59,0 | 39,7 | 40,8 | 45,0 | 37,1 |
| <b>Grupos de edad</b>   |      |      |      |      |      |
| 18-24                   | 52,4 | 37,7 | 32,1 | 38,1 | 28,4 |
| 25-34                   | 55,0 | 40,0 | 30,9 | 41,4 | 32,6 |
| 35-44                   | 60,7 | 44,5 | 32,8 | 44,5 | 34,9 |
| 45-54                   | 59,1 | 39,7 | 38,3 | 46,0 | 36,9 |
| 55-64                   | 59,0 | 36,9 | 45,0 | 43,3 | 36,0 |
| 65-74                   | 57,6 | 31,0 | 52,1 | 42,2 | 34,1 |
| >=75                    | 69,4 | 44,5 | 71,7 | 61,3 | 60,5 |
| <b>Estudios</b>         |      |      |      |      |      |
| Sin estudios            | 71,2 | 49,1 | 61,5 | 59,1 | 70,2 |
| Estudios primarios      | 61,7 | 43,8 | 46,9 | 54,3 | 47,4 |
| Estudios secundarios    | 54,2 | 38,4 | 34,8 | 43,8 | 36,0 |
| Estudios universitarios | 44,1 | 28,3 | 31,0 | 33,0 | 26,0 |
| <b>Ocupación</b>        |      |      |      |      |      |
| Trabajando              | 57,7 | 42,2 | 33,1 | 43,7 | 34,2 |
| Desempleado             | 59,8 | 36,5 | 38,9 | 41,3 | 34,3 |
| Jubilado/retirado       | 61,4 | 36,6 | 61,1 | 50,0 | 44,0 |
| Otras                   | 59,1 | 38,0 | 38,8 | 44,9 | 38,9 |
| <b>Nacionalidad</b>     |      |      |      |      |      |
| Español                 | 58,9 | 39,3 | 41,7 | 44,3 | 36,5 |
| Extranjero              | 61,3 | 43,0 | 34,6 | 49,3 | 41,3 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009 y 2014). MSSSI/INE.

\* Se considera que existe inactividad física cuando la persona encuestada declara no haber realizado actividad física alguna durante su tiempo libre o de ocio. En 2009 se pregunta de manera diferente, por lo que se considera inactividad/sedentarismo cuando no ha realizado ninguna actividad física moderada o intensa en los últimos 7 días.

### 3.2.5. Análisis multivariante de la evolución de los comportamientos en salud durante la crisis

Según el análisis multivariante realizado, antes de la crisis la prevalencia del **tabaquismo** disminuía a partir de los 45 años, y ser jubilado, inactivo y tener estudios universitarios se asociaba a una menor propensión a fumar, para ambos sexos. Tener estudios secundarios era un factor protector entre los hombres, pero justo lo contrario entre las mujeres. Estar en paro se asociaba a una mayor prevalencia solo entre los hombres. Por su parte, tener nacionalidad española se asociaba a un mayor riesgo de fumar entre las mujeres (no así entre los hombres).

Para la mujer de referencia (entre 25 y 44 años, con estudios primarios, ocupada, española) durante la crisis se redujo la prevalencia tabáquica y este efecto se mantuvo con posterioridad. Entre los hombres, solo se redujo según la última oleada de la encuesta, en época post-crisis. En ambos casos probablemente el cambio normativo producido ha tenido un papel importante.

Comparando cada grupo poblacional durante la crisis (y post-crisis) con el mismo grupo antes de la crisis se revelan algunos cambios significativos. Según los modelos, las mujeres de más de 45 años y los hombres de 65 y más años han incrementado su probabilidad de fumar a lo largo del tiempo desde el inicio de la crisis. La misma pauta se ha descrito con el grupo de mujeres con estudios secundarios que tienen un mayor riesgo de fumar durante la crisis y en la post-crisis. Estar en situación de desempleo se asocia a un mayor riesgo de fumar entre los varones, aunque el efecto no es significativo en la post-crisis.

Finalmente, respecto a la **inactividad física**, antes de la crisis su prevalencia se reduce a medida que aumenta el nivel educativo (en ambos sexos, pero más especialmente entre los hombres). Respecto a la edad, las mujeres mayores de 44 años tienen propensión a ser menos inactivas físicamente que las de 25-44 años; entre los hombres, el efecto reductor solo se produce en el grupo de 18-24 años. Respecto a la situación laboral, estar jubilado o ser inactivo se asocia a un menor riesgo de inactividad física en ambos sexos, al igual que ser de nacionalidad española si eres hombre.

La realización de ejercicio físico en las personas de referencia (entre 25 y 44 años, estudios primarios, ocupado, español) se incrementó en el periodo de crisis, efecto que se ha mantenido en el periodo de recuperación económica entre los hombres, pero no entre las mujeres. Con la crisis hubo una mayor propensión a la inactividad física en ambos sexos a partir de los 44 años, efecto que se mantuvo después entre los hombres y entre las mujeres de 45-64 años. Entre los hombres, el nivel de estudios se relacionó de

manera negativa con la prevalencia de inactividad física durante la crisis, efecto que se mantuvo después solo para el subgrupo que solo había alcanzado el nivel de estudios secundarios. Durante la época de mayor recesión económica, estar en paro se asocia a un mayor inactividad física para las mujeres, pero no para los hombres. La crisis también se relacionó con una mayor inactividad física entre las personas jubiladas o incapacitadas para trabajar, al igual que las mujeres inactivas laboralmente.

### 3.3. Indicadores sociales de riesgo para la salud

En este bloque analizaremos la evolución de los principales indicadores sociales de riesgo para la salud referidos a la pobreza y exclusión social, los índices de privación material y los de desigualdad de ingresos.

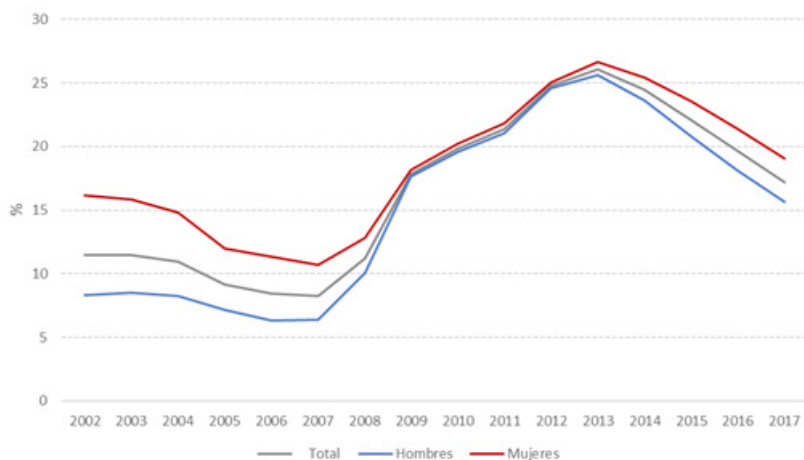
La principal fuente de ingresos de las personas en edad de trabajar son las rentas del trabajo. Por ello, durante las épocas de crisis económica, donde normalmente se produce un empeoramiento generalizado del nivel y calidad del empleo, en ausencia de transferencias sociales adecuadas se esperaría encontrar mayores niveles de pobreza y privación. Así, antes de analizar la evolución de los indicadores sociales, repasaremos brevemente cómo se ha comportado el mercado laboral durante el periodo de recesión económica.

#### 3.3.1. Desempleo

En España, la tasa de desempleo seguía desde 2002 una tendencia a la baja, alcanzando el mínimo en el segundo trimestre de 2007 (7,9%). A partir de entonces, la tasa de paro comenzó a crecer de forma notable, alcanzando su máximo en el primer trimestre de 2013 (26,9%), lo que equivalía a 6.278.200 personas en situación de desempleo. A partir de 2013, el paro comenzó a reducirse, hasta llegar al nivel del 17,2% en 2017 (15,7% entre los varones y 19,0% entre las mujeres).

Durante la etapa inicial de la crisis económica, el desempleo creció de forma más notable entre los varones que entre las mujeres, mientras que entre 2009 y 2012 las tasas de paro de ambos grupos prácticamente se igualaron (Figura 3.34). A partir del año 2014, las tasas comienzan a reducirse, más lentamente en el caso de las mujeres.

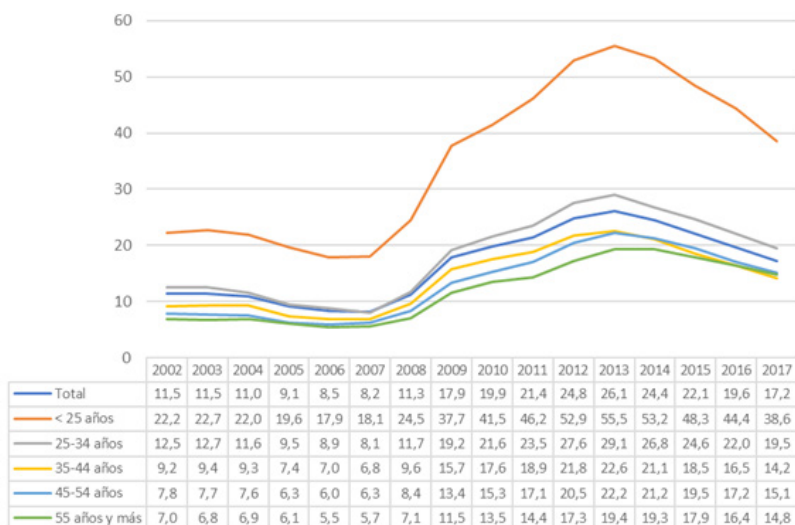
**Figura 3.34. Tasa de paro, por sexo (todas las edades)**



Fuente: INE Base. Encuesta de Población Activa

El aumento del paro afectó a todos los grupos de edad, pero especialmente a los jóvenes (menores de 25 años), grupo donde la tasa de desempleo casi se triplicó entre 2007 y 2013, cuando alcanzó el 55,5%. En la figura 3.35 y en las tablas 3.32 y 3.33 se pueden observar resultados más detallados por edad y sexo.

**Figura 3.35. Tasa de paro, por grupos de edad (ambos sexos)**



Fuente: INE Base. Encuesta de Población Activa

**Tabla 3.32. Tasa de paro, por grupos de edad (varones)**

|            | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total      | 8,3  | 8,5  | 8,3  | 7,1  | 6,3  | 6,4  | 10,1 | 17,6 | 19,6 | 21,0 | 24,6 | 25,6 | 23,6 | 20,8 | 18,1 | 15,7 |
| < 25 años  | 18,5 | 19,5 | 18,7 | 16,7 | 15,0 | 15,2 | 23,6 | 39,1 | 43,1 | 48,2 | 54,1 | 56,2 | 53,4 | 48,7 | 44,0 | 39,6 |
| 25-34 años | 9,1  | 9,3  | 8,9  | 7,5  | 6,8  | 6,5  | 11,0 | 19,9 | 22,1 | 23,8 | 28,7 | 29,4 | 26,4 | 24,0 | 20,8 | 18,3 |
| 35-44 años | 6,1  | 6,4  | 6,1  | 5,2  | 4,9  | 4,9  | 8,0  | 15,3 | 16,7 | 17,9 | 20,7 | 21,4 | 19,5 | 16,4 | 14,4 | 11,7 |
| 45-54 años | 5,2  | 5,3  | 5,6  | 4,7  | 4,0  | 4,7  | 7,3  | 12,6 | 14,6 | 16,4 | 20,0 | 21,5 | 20,2 | 17,8 | 15,2 | 13,1 |
| ≥55 años   | 6,1  | 6,1  | 6,2  | 5,7  | 4,9  | 5,0  | 6,5  | 11,3 | 14,4 | 15,4 | 18,1 | 20,3 | 20,4 | 18,5 | 16,9 | 14,3 |

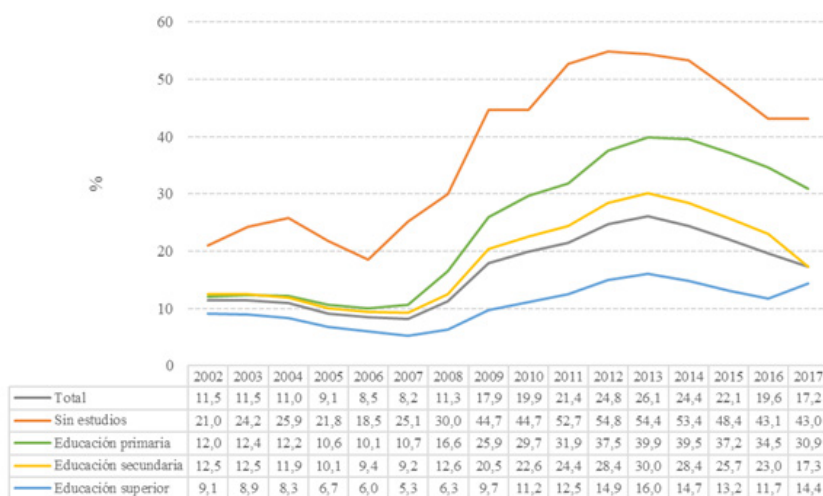
Fuente: INE Base. Encuesta de Población Activa

**Tabla 3.33. Tasa de paro, por grupos de edad (mujeres)**

|            | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total      | 16,1 | 15,8 | 14,8 | 12,0 | 11,3 | 10,7 | 12,8 | 18,1 | 20,2 | 21,8 | 25,0 | 26,7 | 25,4 | 23,5 | 21,4 | 19,0 |
| < 25 años  | 27,1 | 26,9 | 26,3 | 23,4 | 21,5 | 21,7 | 25,5 | 36,1 | 39,6 | 44,0 | 51,4 | 54,6 | 52,9 | 48,0 | 44,9 | 37,4 |
| 25-34 años | 17,0 | 16,9 | 15,0 | 11,9 | 11,5 | 10,1 | 12,6 | 18,4 | 21,1 | 23,1 | 26,4 | 28,7 | 27,2 | 25,3 | 23,4 | 20,8 |
| 35-44 años | 13,8 | 13,7 | 13,7 | 10,5 | 9,8  | 9,4  | 11,8 | 16,2 | 18,8 | 20,0 | 23,0 | 24,1 | 23,0 | 21,0 | 18,8 | 17,0 |
| 45-54 años | 12,3 | 11,9 | 10,9 | 8,9  | 8,8  | 8,6  | 9,8  | 14,5 | 16,3 | 17,9 | 21,2 | 23,0 | 22,4 | 21,5 | 19,5 | 17,5 |
| ≥ 55 años  | 10,0 | 9,4  | 9,4  | 7,5  | 7,3  | 7,7  | 9,0  | 13,3 | 13,9 | 14,7 | 17,9 | 19,7 | 19,4 | 18,7 | 17,2 | 15,4 |

Fuente: INE Base. Encuesta de Población Activa

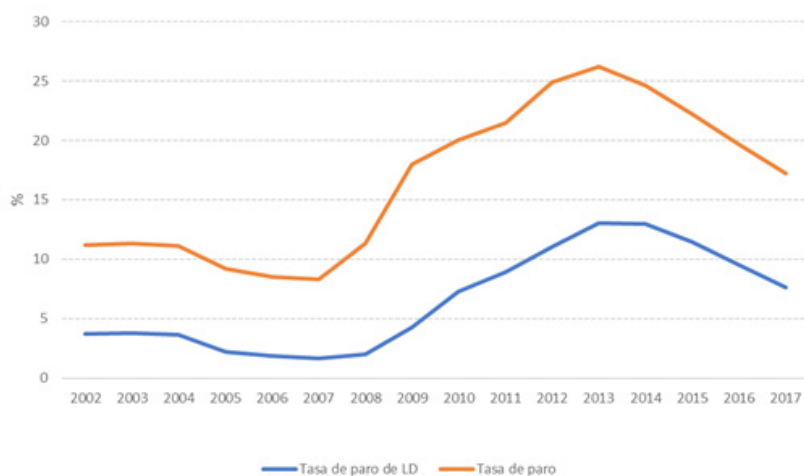
El aumento del desempleo se produjo entre todos los niveles de formación. En términos relativos, el paro se multiplicó por 2 entre las personas con menos estudios, y por 3 entre los de más estudios. No obstante, antes de la crisis, la tasa de paro de las personas con menor nivel educativo ya quintuplicaba a la del grupo con estudios superiores (25,1% vs. 5,3% en 2007). En el punto álgido de la crisis, 2013, las cifras promedio de desempleo entre las personas sin estudios se situaron en el 54,4%, frente al 39,9% de las personas con estudios primarios, el 30% de las personas con hasta educación secundaria y el 16% de las personas con educación terciaria (Figura 3.36).

**Figura 3.36. Tasa de paro, por nivel de formación alcanzado (15-64 años, ambos sexos)**

Fuente: Elaboración propia a partir de INE Base

Durante la crisis económica también se incrementó sustancialmente el desempleo de larga duración. El número de personas en búsqueda de empleo desde hacía 1 año o más superó en el año 2013 la cifra de 3,5 millones, de los cuales 2,18 millones eran parados de muy larga duración (2 años o más buscando empleo). En cambio, en 2007 el desempleo de larga duración afectaba a menos de 440.000 personas. Así, la tasa de paro de larga duración, sobre el total de la población activa, pasó del 1,7% en 2007 al 13% en 2013, para reducirse ligeramente a partir de entonces (Figura 3.37).

**Figura 3.37. Tasa de paro y tasa de paro de larga duración (proporción de personas en paro desde hace 1 año o más sobre el total de personas en activo), ambos sexos, 15-64 años**



Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat.

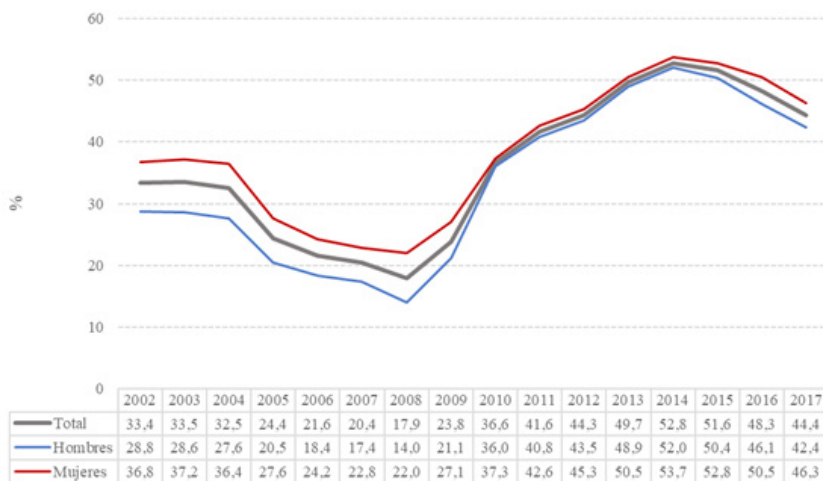
La tasa de paro de larga duración se incrementó especialmente entre los varones. Antes de la crisis, sólo el 1,1% de los activos estaba en desempleo de larga duración, mientras que al finalizar la crisis este ratio se multiplicó casi por 12 (Tabla 3.34). Las mujeres alcanzaron una tasa máxima de desempleo de larga duración superior a la de los hombres (13,7% en 2014 vs 12,6% en 2013 los varones), si bien partían de niveles más elevados.

**Tabla 3.34. Tasa de paro de larga duración, por sexo (población 15-64 años)**

|             | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Ambos sexos | 3,7  | 3,8  | 3,6  | 2,2  | 1,8  | 1,7  | 2,0  | 4,3  | 7,3  | 8,9  | 11,1 | 13,0 | 13,0 | 11,4 | 9,5  | 7,6  |
| Hombres     | 2,3  | 2,4  | 2,3  | 1,5  | 1,2  | 1,1  | 1,4  | 3,7  | 7,1  | 8,6  | 10,8 | 12,6 | 12,3 | 10,5 | 8,4  | 6,6  |
| Mujeres     | 5,9  | 5,9  | 5,5  | 3,3  | 2,8  | 2,4  | 2,8  | 4,9  | 7,6  | 9,3  | 11,4 | 13,5 | 13,7 | 12,5 | 10,9 | 8,8  |

Fuente: Elaboración propia a partir de Eurostat Database: Income and living conditions

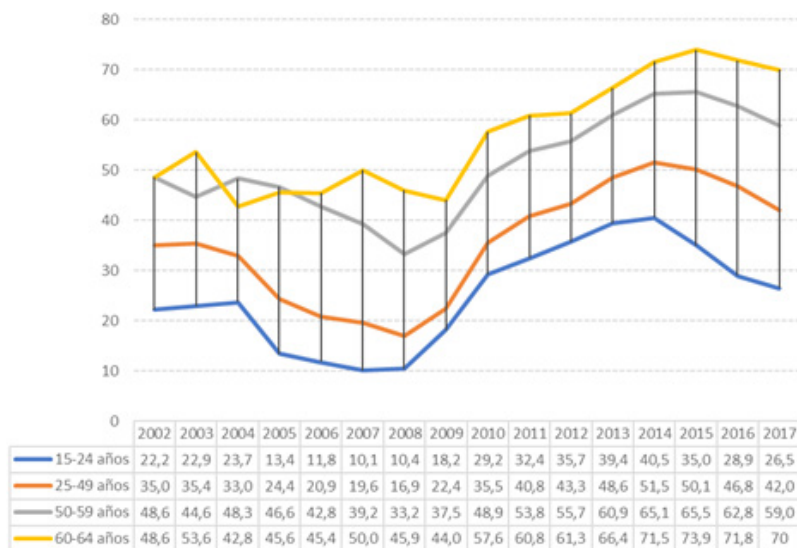
Otra manera de contemplar los resultados es remitirnos a la proporción de desempleados de larga duración sobre el total de parados. Dicha proporción aumentó sustancialmente, pasando del 17,9% en 2008 al 52,8% en 2014, siendo ligeramente mayor entre los varones que entre las mujeres (Figura 3.38). Desde el comienzo de la crisis, el desempleo de larga duración afectó a todos los grupos de edad, aunque más especialmente a las personas de 50 y más años. A partir de 2013, más del 50% de los activos de estas edades llevaban al menos 1 año buscando empleo sin encontrarlo (Figura 3.39).

**Figura 3.38. Proporción de parados de larga duración sobre el total de desempleados, por género (15-64 años)**

Fuente: Eurostat Database: Labour Force Survey



**Figura 3.39. Proporción de parados de larga duración sobre el total de desempleados, por grupos de edad (ambos sexos)**

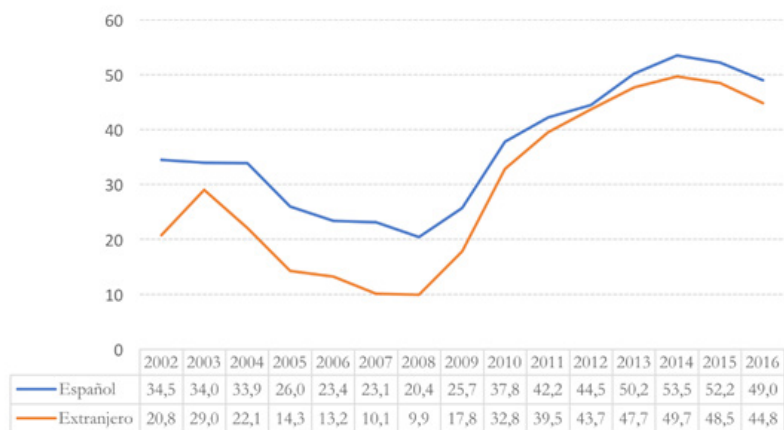


Fuente: Eurostat Database: Labour Force Survey

El desempleo de larga duración creció tanto entre los españoles como entre las personas con otras nacionalidades, aunque a medida que crecía, las diferencias entre ambos grupos se atenuaron (Figura 3.40). Una posible explicación al respecto puede radicar en el retorno de inmigrantes a sus países de origen fruto del deterioro del mercado laboral español.

El desempleo de larga duración es relevante por los impactos negativos (de diversa índole) que ocasiona sobre los individuos que lo sufren. Por un lado, las prestaciones contributivas por desempleo tienen una duración máxima de 2 años, por lo que los parados de muy larga duración carecen de este tipo de transferencias sociales. Además, se produce una dificultad creciente de encontrar oportunidades adecuadas de empleo a largo plazo por la depreciación de la capacitación profesional. Por otro lado, la búsqueda sin éxito de empleo durante un tiempo prolongado pueda mermar la salud física y mental.

**Figura 3.40. Proporción de parados de larga duración sobre el total de desempleados, por nacionalidad (ambos sexos, todos los grupos de edad)**



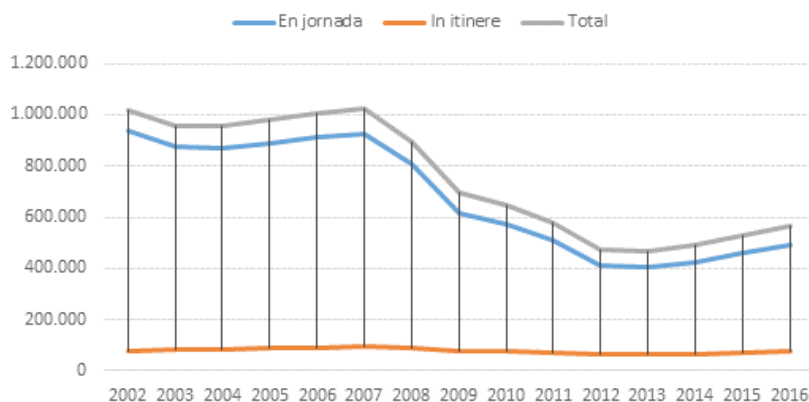
Fuente: Eurostat Database: Labour Force Survey

### 3.3.2. Accidentalidad laboral

El número de accidentes laborales<sup>10</sup> se ha reducido sustancialmente (más de un 50%) durante el periodo de crisis económica, de manera paralela a la reducción producida en el empleo. En este sentido, cabe recordar que el sector inmobiliario, sector que concentra un importante peso de los accidentes laborales, se ha visto especialmente afectado por la crisis, experimentando una gran reducción en su actividad. El número total de accidentes laborales anuales, que se situaba alrededor del millón antes de la crisis, se redujo hasta los 471.000 en 2012 (Figura 3.41). La reducción fue superior entre los hombres (-60,1%) que entre las mujeres (-40,5%), si bien ellos partían de niveles más elevados. Si antes de 2007 el 80% de los accidentes laborales en jornada se producían entre los varones, este porcentaje se redujo hasta el 69% a partir de 2013.

<sup>10</sup> Definidos como «accidentes de trabajo notificados en los registros administrativos y que hayan causado baja laboral».

**Figura 3.41. Número de accidentes laborales, por tipo (ambos sexos, todos los grupos de edad)**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Accidentes Laborales, Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

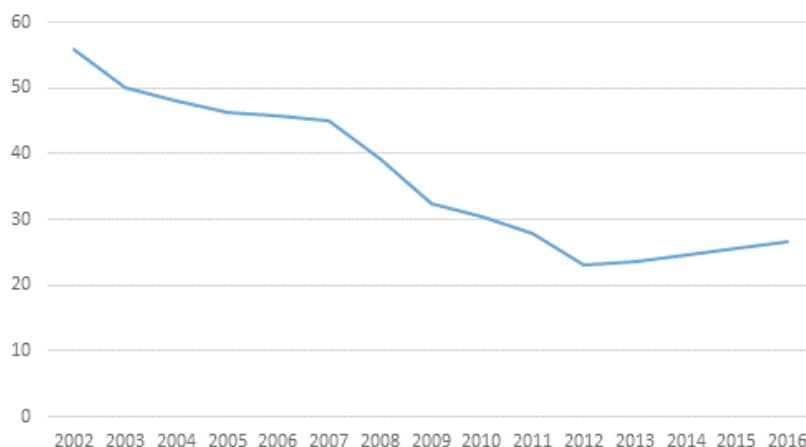
La reducción en la accidentalidad laboral fue decreciente con la edad (Tabla 3.35): entre los trabajadores menores de 25 años se redujo en más de un 80%, mientras que entre los mayores de 50 años la reducción de los accidentes entre 2007 y 2012 fue inferior al 30%, en consonancia con la reducción del empleo en este colectivo. En términos del número de ocupados, los accidentes laborales durante la jornada se redujeron desde los 45-55 por mil antes de la crisis a los 24-27 por mil después de la crisis (Figura 3.42).

**Tabla 3.35. Variación interanual en el número de accidentes laborales (durante la jornada de trabajo), por grupos de edad (ambos sexos)**

|                 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2007-2012 |
|-----------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-----------|
| De 16 y 17 años | 28%  | 3%   | -12% | -1%  | -6%  | -39% | -65% | -48% | -30% | -50% | -5%  | 13%  | 27%  | 24%  | -96%      |
| De 18 y 19 años | 0%   | -4%  | -4%  | -2%  | -3%  | -27% | -52% | -30% | -31% | -45% | -17% | 8%   | 33%  | 24%  | -92%      |
| De 20 a 24 años | -9%  | -6%  | -3%  | -3%  | -4%  | -22% | -38% | -18% | -20% | -33% | -15% | 3%   | 13%  | 14%  | -82%      |
| De 25 a 29 años | -7%  | 0%   | 1%   | 0%   | -3%  | -18% | -30% | -13% | -17% | -28% | -10% | 1%   | 6%   | 4%   | -73%      |
| De 30 a 34 años | -7%  | 2%   | 4%   | 4%   | 3%   | -13% | -23% | -7%  | -12% | -24% | -6%  | 0%   | 3%   | 2%   | -61%      |
| De 35 a 39 años | -6%  | 2%   | 4%   | 4%   | 2%   | -12% | -20% | -6%  | -7%  | -20% | 1%   | 5%   | 7%   | 5%   | -50%      |
| De 40 a 44 años | -7%  | 6%   | 4%   | 5%   | 5%   | -9%  | -19% | -5%  | -8%  | -18% | 0%   | 7%   | 8%   | 9%   | -47%      |
| De 45 a 49 años | -9%  | 7%   | 7%   | 7%   | 5%   | -7%  | -15% | -4%  | -6%  | -16% | 3%   | 6%   | 9%   | 8%   | -39%      |
| De 50 a 54 años | 0%   | -16% | 5%   | 4%   | 7%   | -4%  | -12% | -2%  | -5%  | -13% | 5%   | 7%   | 9%   | 7%   | -27%      |
| De 55 a 64 años | -14% | 3%   | 4%   | 1%   | 5%   | -5%  | -13% | -4%  | -3%  | -10% | 7%   | 9%   | 9%   | 8%   | -26%      |
| 65 y más años   | nd   | -41% | -6%  | -5%  | 17%  | 1%   | -13% | 0%   | -4%  | -13% | 17%  | 3%   | 21%  | 8%   | -14%      |
| Total           | -7%  | 0%   | 2%   | 2%   | 1%   | -13% | -23% | -8%  | -10% | -20% | -1%  | 5%   | 8%   | 7%   | -56%      |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Accidentes Laborales, Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

**Figura 3.42. Tasa de accidentalidad laboral (número de accidentes durante la jornada por mil ocupados), ambos sexos, todos los grupos de edad**



Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística de Accidentes Laborales (Ministerio de Empleo y Seguridad Social) y de la Encuesta de Población Activa (INE).

### 3.3.3. Pobreza y exclusión social

A continuación, vamos a analizar la evolución de las tasas de pobreza, exclusión social y desigualdad de ingresos en España.

Según la Estrategia Europa 2020, se consideran personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social (índice AROPE) a las que se encuentran en alguna de las tres siguientes situaciones (en caso de estar incluidas en dos o tres condiciones, las personas se contabilizan solo una vez):

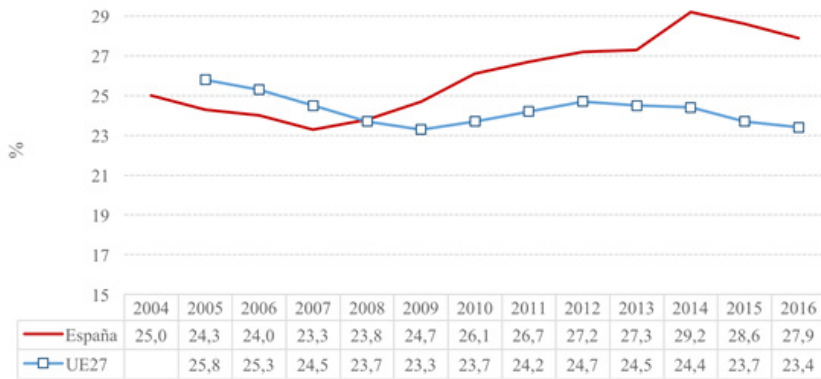
- Personas que viven con bajos ingresos (60% de la mediana del ingreso equivalente o por unidad de consumo), y/o
- Personas que sufren privación material severa (4 de los 9 ítems definidos<sup>11</sup>) y/o

<sup>11</sup> No puede permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año. 2) No puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días. 3) No puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada. 4) No tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 euros). 5) Ha tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad,...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses. 6) No puede permitirse disponer de un automóvil. 7) No puede permitirse disponer de teléfono. 8) No puede permitirse disponer de un televisor. 9) No puede permitirse disponer de una lavadora.

Personas que viven en hogares con una intensidad de empleo muy baja (por debajo del 20% del total de su potencial de trabajo en el año anterior a la entrevista).

Mientras que en Europa la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social siguió una tendencia estable o ligeramente descendente desde 2004, en España la tendencia decreciente cambió en 2007, año a partir del cual el índice AROPE se incrementó de manera continua hasta alcanzar su máximo en 2014, con 29,2%, esto es, casi 5 puntos por encima de la UE-27 (Figura 3.43).

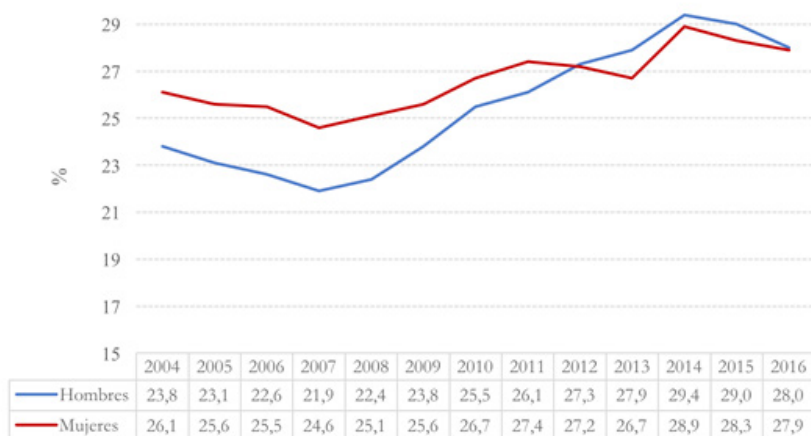
**Figura 3.43. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (Índice AROPE) en comparación con e promedio europeo (total, ambos sexos)**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

Entre los años 2004 y 2007 se produjo un proceso gradual de reducción de la tasa AROPE del que se beneficiaron ambos sexos. A partir de 2007, la tendencia se invirtió, tanto en lo que se refiere al crecimiento como a la relación de género. El período de extremo crecimiento se mantuvo hasta el año 2014 en el caso de los hombres. A partir de 2012, los varones pasaron a sufrir un mayor riesgo de pobreza o exclusión social que las mujeres, en gran medida como consecuencia del desplome de los empleos en el sector de la construcción. A partir de 2014 comienza a mejorar ligeramente la evolución de este indicador en ambos casos, desapareciendo las diferencias entre sexos, si bien ambas se sitúan en cifras muy elevadas al final del periodo (Figura 3.44).

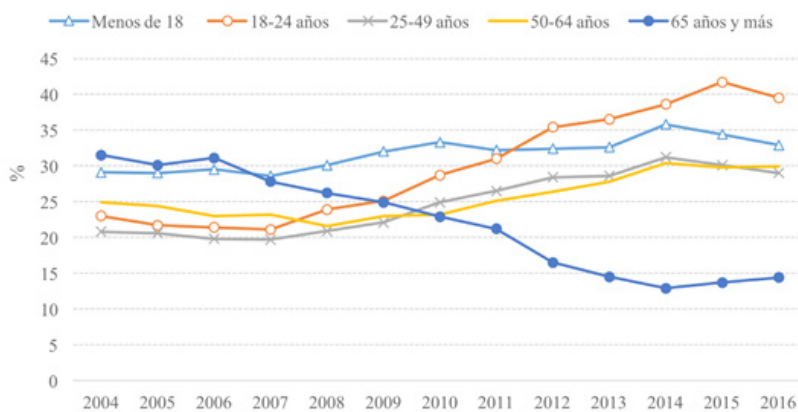
**Figura 3.44. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (índice AROPE), por sexo**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

Por grupos de edad, se observa un cambio de los más afectados por la tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión social. Antes de la crisis, los mayores de 64 años eran el colectivo con mayor riesgo de exclusión social (superando la tasa del 30%), mientras que el grupo de mediana edad (25-49 años) se situaba en torno al 20%. En cambio, durante los años de crisis se produjo una tendencia creciente en la tasa de riesgo de las personas menores de 65 años, mientras que el grupo de mayor edad experimentó una mejora gradual hasta situarse como el colectivo de menor riesgo relativo de exclusión (con un 11,4% en 2014) (Figura 3.45, tablas 3.36 y 3.37).

**Figura 3.45. Tasa de riesgo de pobreza o exclusión social (índice AROPE), por grupo de edad (ambos sexos)**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

**Tabla 3.36. Tasa de riesgo de pobreza/exclusión social (AROPE) por grupo de edad, varones**

|               | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total         | 23,8 | 23,1 | 22,6 | 21,9 | 22,4 | 23,8 | 25,5 | 26,1 | 27,3 | 27,9 | 29,4 | 29,0 | 28,0 |
| Menos de 18   | 30,3 | 29,6 | 29,5 | 28,7 | 29,3 | 32,6 | 32,7 | 31,0 | 31,8 | 34,1 | 36,2 | 35,0 | 33,5 |
| 18-24 años    | 20,4 | 19,9 | 20,0 | 18,6 | 22,2 | 23,9 | 27,6 | 30,0 | 35,6 | 37,4 | 39,9 | 42,5 | 38,6 |
| 25-49 años    | 20,5 | 19,9 | 19,2 | 19,1 | 20,6 | 21,5 | 25,2 | 26,2 | 28,6 | 29,2 | 30,8 | 30,2 | 28,5 |
| 50-64 años    | 23,0 | 22,7 | 20,4 | 20,6 | 18,9 | 21,0 | 21,6 | 24,6 | 25,3 | 26,8 | 30,4 | 29,7 | 29,5 |
| 65 años y más | 27,8 | 26,4 | 27,9 | 25,3 | 22,9 | 22,3 | 20,2 | 18,9 | 16,1 | 13,8 | 11,4 | 12,2 | 13,8 |

Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions



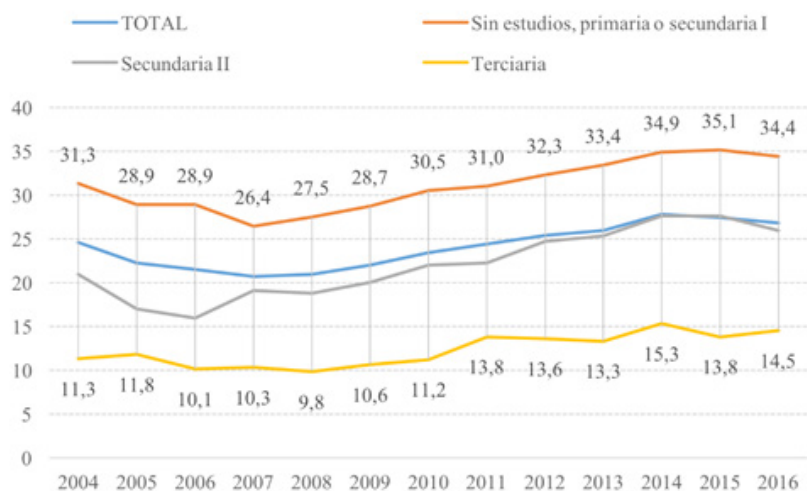
**Tabla 3.37. Tasa de riesgo pobreza/exclusión social (AROPE) por grupo de edad, mujeres**

|               | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total         | 26,1 | 25,6 | 25,5 | 24,6 | 25,1 | 25,6 | 26,7 | 27,4 | 27,2 | 26,7 | 28,9 | 28,3 | 27,9 |
| Menos de 18   | 27,8 | 28,4 | 29,6 | 28,4 | 31,1 | 31,4 | 34,0 | 33,4 | 33,1 | 31,0 | 35,2 | 33,8 | 32,3 |
| 18-24 años    | 25,7 | 23,5 | 23,0 | 23,8 | 25,7 | 26,4 | 29,9 | 32,1 | 35,2 | 35,6 | 37,2 | 40,9 | 40,4 |
| 25-49 años    | 21,1 | 21,2 | 20,5 | 20,4 | 21,2 | 22,6 | 24,6 | 26,9 | 28,1 | 28,0 | 31,6 | 29,9 | 29,5 |
| 50-64 años    | 26,7 | 26,1 | 25,4 | 25,7 | 24,3 | 24,9 | 24,8 | 25,6 | 27,5 | 28,8 | 30,5 | 29,9 | 30,2 |
| 65 años y más | 34,2 | 32,8 | 33,5 | 29,6 | 28,7 | 27,0 | 24,9 | 22,9 | 16,8 | 15,0 | 14,0 | 14,8 | 14,9 |

Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

El riesgo de pobreza o exclusión se incrementó en mayor medida entre las personas que alcanzaron el nivel de formación de educación secundaria (con una tasa que pasó del 16% en 2006 hasta el 28% en 2014). Entre las personas con menor nivel educativo, la tasa de exclusión social alcanzó el 34,4% en 2016, en contraposición al 14,5% del colectivo de personas con estudios universitarios (figura 3.46).

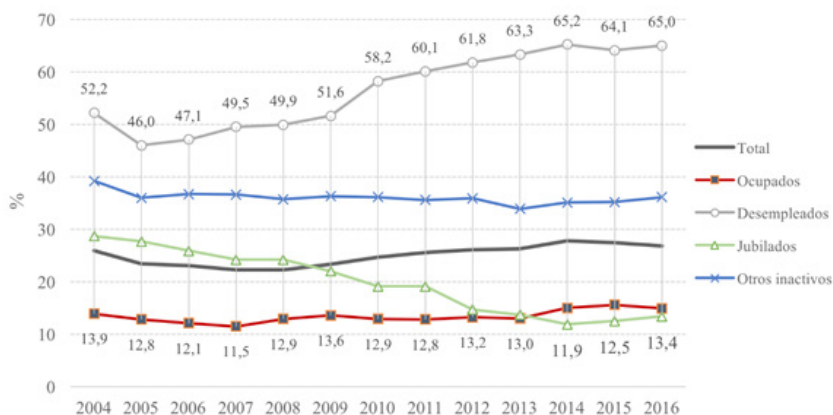
**Figura 3.46. Riesgo de pobreza o exclusión social (Índice AROPE), por nivel de formación alcanzado (18 años y más)**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

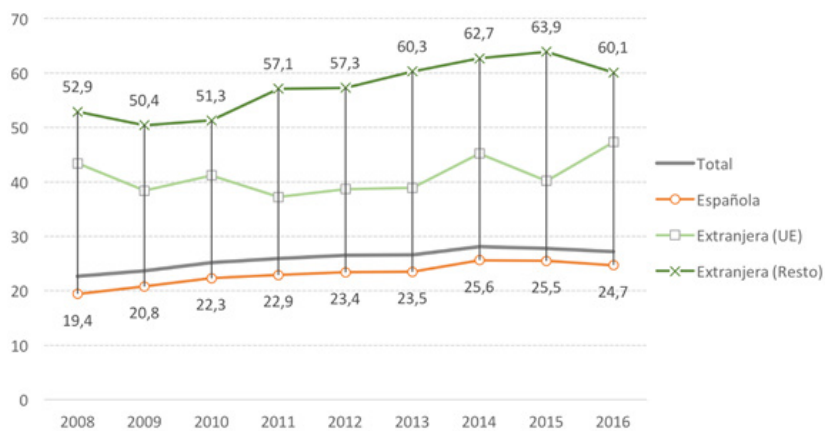
El aumento del riesgo de pobreza o exclusión social fue especialmente acusado entre las personas en situación de desempleo (con una tasa que aumentó del 49,9% en 2008 al 65% en 2014) (Figura 3.47), los extranjeros de fuera de la UE (cuya tasa pasó del 52,9% al 60,1%) (Figura 3.48) y los hogares monoparentales (cuya tasa pasó del 45% al 53,3%) (Figura 3.49).

**Figura 3.47. Riesgo de pobreza o exclusión social (Índice AROPE), por relación con la actividad (18 años y más)**



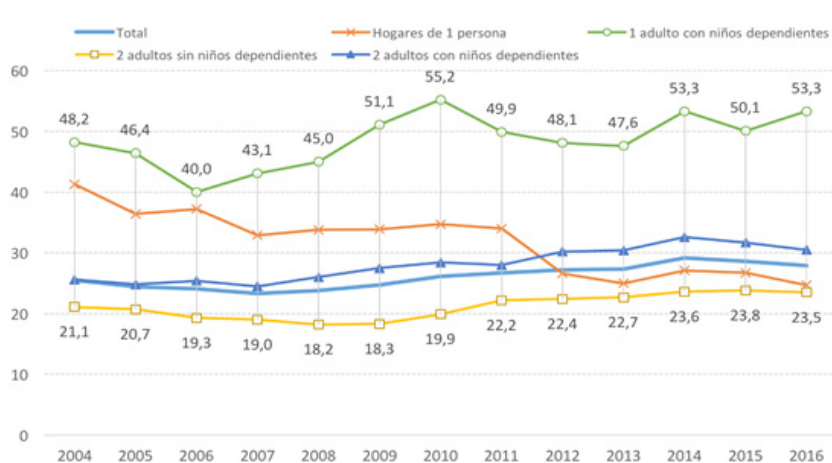
Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

**Figura 3.48. Riesgo de pobreza o exclusión social (Índice AROPE), por nacionalidad (16 años y más)**



Fuente: INE Base: Encuesta de Condiciones de Vida

**Figura 3.49. Riesgo de pobreza o exclusión social (Índice AROPE), por tipo de hogar**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

Una vez revisada la evolución del Índice AROPE, pasamos a analizar la evolución de sus tres componentes: la tasa de riesgo de pobreza; la privación material y la baja intensidad de empleo de los hogares (Tabla 3.38).

**Tabla 3.38. Componentes del riesgo de pobreza o exclusión social (Índice AROPE)**

|   | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|---|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Índice AROPE  | 23,8 | 24,7 | 26,1 | 26,7 | 27,2 | 27,3 | 29,2 | 28,6 | 27,9 |
| En riesgo de pobreza                                  | 19,8 | 20,4 | 20,7 | 20,6 | 20,8 | 20,4 | 22,2 | 22,1 | 22,3 |
| Con carencia material severa                          | 3,6  | 4,5  | 4,9  | 4,5  | 5,8  | 6,2  | 7,1  | 6,4  | 5,8  |
| Viviendo en hogares con baja intensidad en el trabajo | 6,6  | 7,6  | 10,8 | 13,4 | 14,3 | 15,7 | 17,1 | 15,4 | 14,9 |

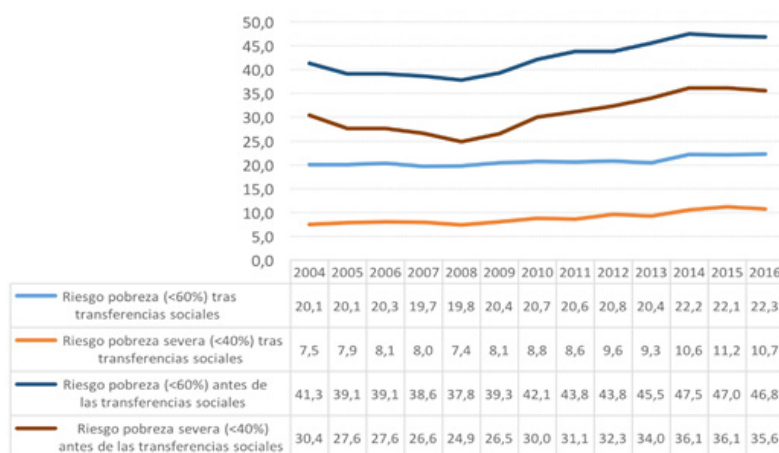
Fuente: INE Base: Encuesta de Condiciones de Vida

La tasa de riesgo de pobreza se define como el porcentaje de población situado por debajo del umbral de riesgo de pobreza, equivalente al 60% de la mediana de ingresos totales anuales por hogar entre el número de unidades de consumo. Por su parte, la tasa de riesgo de pobreza severa se refiere a los individuos con ingresos por unidad de consumo inferiores al 40% de la mediana.

La tasa de riesgo de pobreza se ve reducida una vez que se tienen en cuenta las transferencias sociales que realizan las Administraciones Públicas (pensiones, prestaciones por desempleo, discapacidad, rentas mínimas, etc.) a la población. Así, la tasa de riesgo de pobreza sin considerar las transferencias sociales cambió a partir de 2008 su tendencia decreciente, aumentando en más de 10 puntos porcentuales entre 2008 y 2014 (hasta llegar al 47,5%). La tasa de riesgo de pobreza severa (<40% de la mediana de ingresos) siguió una tendencia similar, aumentando en 11 puntos hasta el 36,1% en 2014 (Figura 3.50).

No obstante, este aumento de la tasa «bruta» de pobreza fue en gran medida amortiguado por las transferencias sociales. Durante la época de crisis económica, la tasa de pobreza teniendo en cuenta el cómputo de transferencias sociales se incrementó del 19,8% en 2008 al 22,2% en 2015 si se considera el 60% de la mediana de ingresos y del 7,4% al 10,6% si se considera el 40% de la mediana de ingresos (Figura 3.51).

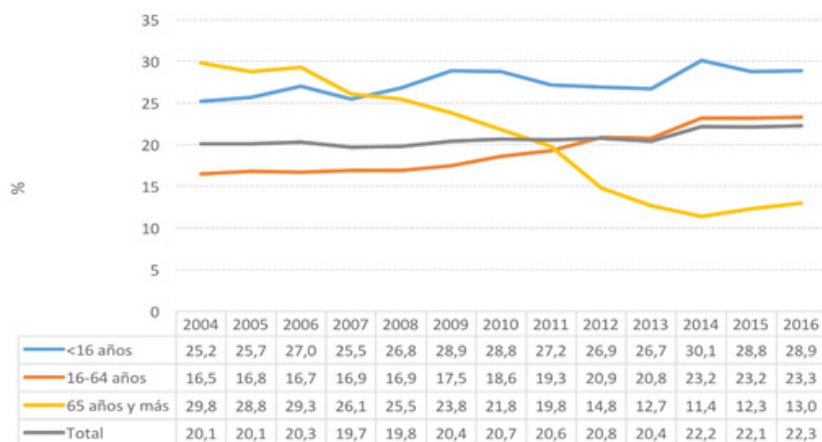
**Figura 3.50. Tasa de riesgo de pobreza antes y después de las transferencias sociales, por umbral de riesgo**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

La tasa de pobreza (moderada) aumentó más entre los varones que entre las mujeres, hasta casi igualarse en 2014. Por grupos de edad, destaca la mejora de la tasa de pobreza de los mayores de 64 años cuando se tienen en cuenta las transferencias sociales. La tasa de riesgo de pobreza de este colectivo se redujo del 26,1% en 2007 al 11,5% en 2014 (o del 5,8% al 2,8% si se considera el riesgo de pobreza severa). En todo caso, cabe señalar que esta tendencia está mostrando una mejora relativa de este colectivo respecto al total de la población, motivado más por una caída en los ingresos totales de los hogares que por una mejora absoluta de las pensiones (tabla 3.39 y tabla 3.40).

**Figura 3.51. Tasa de riesgo de pobreza tras las transferencias sociales, por grupo de edad**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

El riesgo de pobreza se incrementó entre los adultos de todos los niveles educativos, y fue más acusada entre los extranjeros que entre las personas con nacionalidad española (tabla 3.39 y tabla 3.40).

**Tabla 3.39. Tasa de riesgo de pobreza (<60% mediana ingresos) por sexo, grupo de edad, nivel educativo y nacionalidad**

|                       | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total                 | 20,1 | 20,1 | 20,3 | 19,7 | 19,8 | 20,4 | 20,7 | 20,6 | 20,8 | 20,4 | 22,2 | 22,1 | 22,3 |
| Varones               | 19,1 | 18,9 | 18,8 | 18,6 | 18,4 | 19,4 | 20,1 | 19,9 | 20,7 | 20,9 | 22,4 | 22,5 | 22,6 |
| Mujeres               | 21,1 | 21,3 | 21,8 | 20,8 | 21,2 | 21,3 | 21,3 | 21,4 | 20,9 | 19,9 | 22,1 | 21,8 | 22,1 |
| <b>Grupo de edad</b>  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <16 años              | 25,2 | 25,7 | 27,0 | 25,5 | 26,8 | 28,9 | 28,8 | 27,2 | 26,9 | 26,7 | 30,1 | 28,8 | 28,9 |
| 16-64 años            | 16,5 | 16,8 | 16,7 | 16,9 | 16,9 | 17,5 | 18,6 | 19,3 | 20,9 | 20,8 | 23,2 | 23,2 | 23,3 |
| 65 años y más         | 29,8 | 28,8 | 29,3 | 26,1 | 25,5 | 23,8 | 21,8 | 19,8 | 14,8 | 12,7 | 11,4 | 12,3 | 13,0 |
| <b>Nivel estudios</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Primarios             | 25,3 | 24,1 | 24,3 | 21,8 | 22,6 | 23,8 | 23,8 | 23,7 | 24,2 | 24,4 | 26,5 | 26,9 | 27,3 |
| Secundarios           | 15,6 | 13,2 | 12,5 | 15,3 | 14,7 | 14,8 | 16,4 | 16,2 | 18,8 | 18,4 | 19,7 | 20,2 | 19,9 |
| Superiores            | 8,0  | 7,9  | 6,9  | 8,1  | 7,2  | 7,6  | 7,4  | 9,5  | 8,6  | 8,5  | 10,2 | 9,8  | 10,3 |
| <b>Nacionalidad</b>   |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Español               | 20,8 | 18,5 | 18,2 | 17,4 | 15,5 | 16,2 | 16,4 | 16,6 | 16,3 | 16,2 | 18,1 | 18,4 | 18,4 |
| Extranjero            | 27,9 | 27,0 | 29,3 | 28,3 | 42,3 | 39,0 | 40,1 | 41,2 | 44,3 | 42,7 | 47,7 | 45,7 | 47,3 |

Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

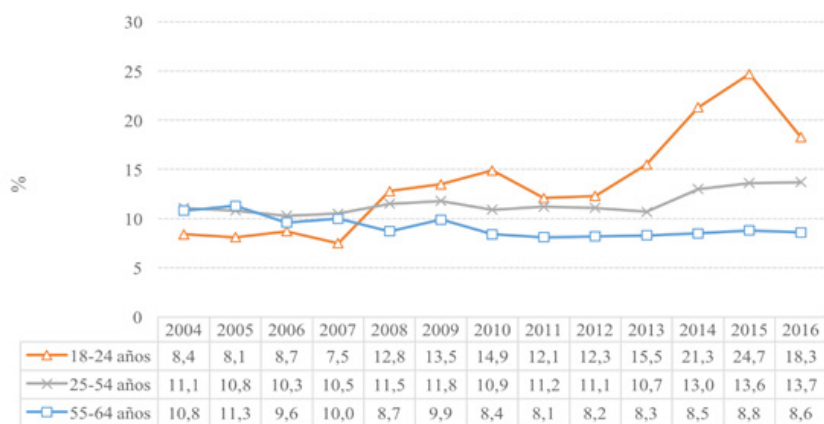
**Tabla 3.40. Tasa de riesgo de pobreza severa (<40% mediana ingresos) por sexo, grupo de edad y nivel educativo**

|                       | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-----------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total                 | 7,5  | 7,9  | 8,1  | 8,0  | 7,4  | 8,1  | 8,8  | 8,6  | 9,6  | 9,3  | 10,6 | 11,2 | 10,7 |
| Varones               | 7,4  | 8,0  | 7,7  | 7,7  | 7,3  | 7,8  | 8,6  | 8,5  | 9,6  | 9,8  | 10,7 | 11,5 | 10,7 |
| Mujeres               | 7,6  | 7,9  | 8,5  | 8,3  | 7,5  | 8,3  | 9,0  | 8,8  | 9,7  | 8,9  | 10,6 | 10,8 | 10,7 |
| <b>Grupo de edad</b>  |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| <16 años              | 10,6 | 11,9 | 11,7 | 11,3 | 11,9 | 13,0 | 13,8 | 13,0 | 13,6 | 13,6 | 15,5 | 16,5 | 15,6 |
| 16-64 años            | 6,9  | 7,4  | 7,5  | 7,7  | 6,8  | 7,6  | 8,6  | 8,6  | 10,1 | 9,7  | 11,5 | 12,1 | 11,6 |
| 65 años y más         | 6,9  | 6,5  | 7,1  | 5,8  | 5,6  | 5,4  | 4,9  | 4,8  | 4,0  | 3,7  | 2,8  | 2,9  | 3,0  |
| <b>Nivel estudios</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |
| Primarios             | 8,9  | 8,5  | 9,0  | 8,1  | 7,7  | 8,6  | 9,0  | 9,1  | 10,3 | 10,7 | 12,1 | 12,4 | 12,6 |
| Secundarios           | 6,8  | 5,7  | 5,9  | 7,1  | 5,5  | 5,9  | 7,9  | 7,2  | 9,3  | 8,3  | 9,3  | 10,7 | 9,4  |
| Superiores            | 3,4  | 3,6  | 3,0  | 3,5  | 3,3  | 3,7  | 3,8  | 4,5  | 4,4  | 3,8  | 5,2  | 5,3  | 4,8  |

Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

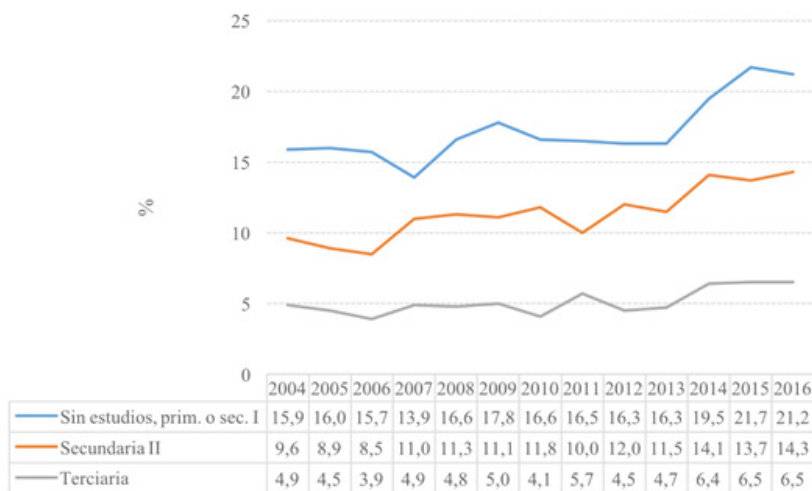
La figura 3.52 nos alerta del hecho de que tener trabajo no garantiza una vida digna. En 2015, una cuarta parte de los trabajadores de entre 18 y 24 años estaban en riesgo de pobreza, frente al 10,2% de 2007. En cambio, la evolución de la tasa en los otros grupos de edad fue mucho más estable.

**Figura 3.52. Tasa de riesgo de pobreza entre las personas con trabajo, por grupos de edad**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

**Figura 3.53. Tasa de riesgo de pobreza entre las personas con trabajo, por nivel de formación alcanzado**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions

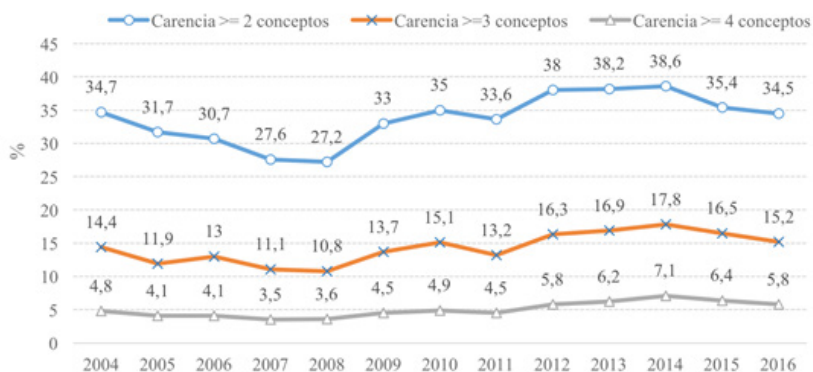
Por su parte, el riesgo de pobreza de los empleados con menores niveles de formación alcanzado (secundaria de primer ciclo o inferior) es tres veces



superior que el de los empleados con estudios universitarios, y además durante la crisis se vieron más afectados (Figura 3.53).

Respecto a la carencia material, durante la crisis se ha incrementado notablemente el porcentaje de personas con carencia en, al menos, dos de los conceptos considerados (Figura 3.54).

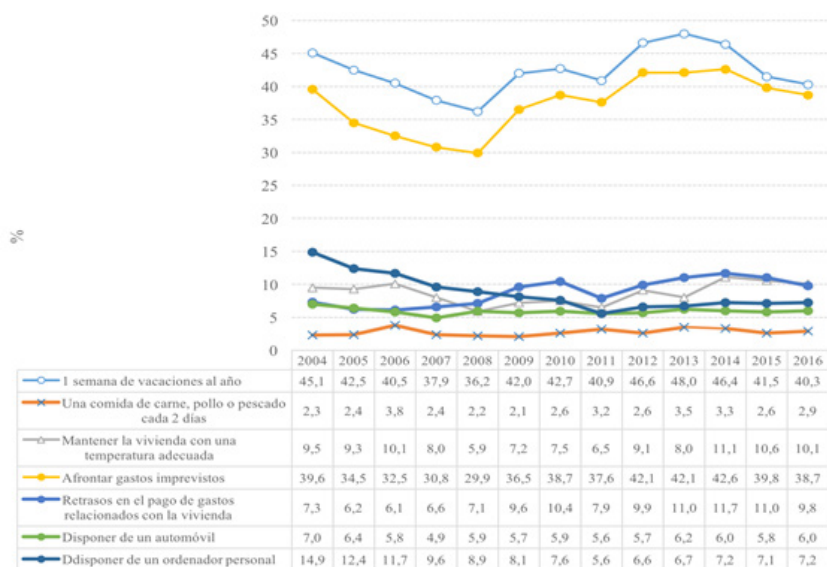
**Figura 3.54. Porcentaje de personas con carencia material, por número de conceptos con carencia (ambos sexos, 16 años y más)**



Fuente: INE Base: Encuesta de Condiciones de Vida. Carencia material

Los dos ítems que un mayor porcentaje de personas declara tener problemas para afrontar son los gastos imprevistos y los asociados a las vacaciones. Durante la crisis económica se agravaron los problemas para afrontar estos dos tipos de gastos (Figura 3.55).

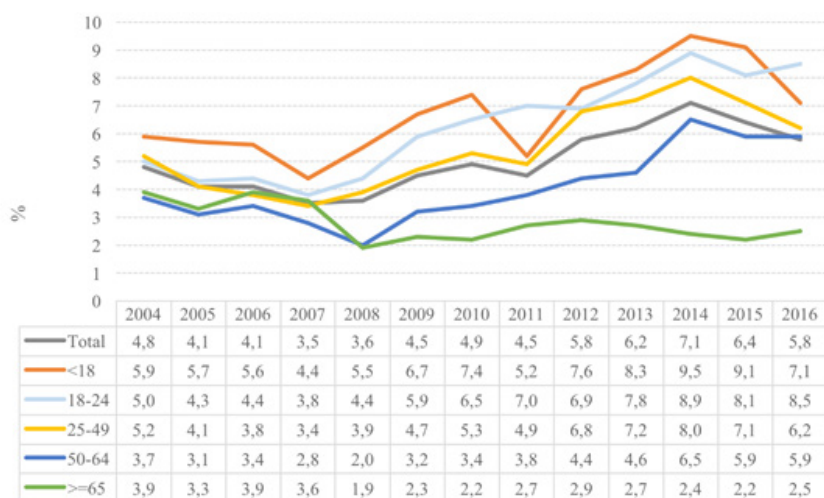
**Figura 3.55. Porcentaje de personas con problemas para afrontar ciertos gastos, por tipo de gasto (ambos sexos, 16 años y más)**



Fuente: INE Base: Encuesta de Condiciones de Vida. Carencia material

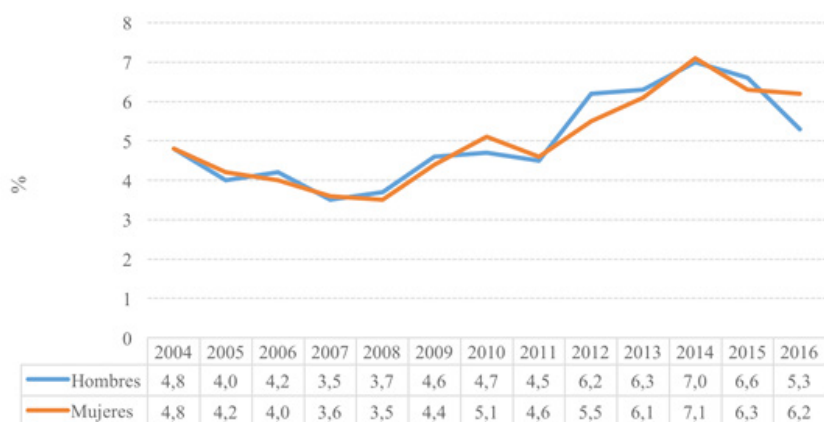
El porcentaje de personas con privación material severa (4 ítems o más) es más acuciante entre las personas jóvenes y de mediana edad. Durante la crisis, la privación material severa se incrementó en todos los grupos de edad, aunque la tendencia fue más suave entre los mayores de 64 años (Figura 3.56). La privación material severa evolucionó de forma similar en ambos sexos. Las mayores discrepancias se produjeron en 2012 y 2016 (Figura 3.57).

**Figura 3.56. Porcentaje de población con privación material severa, por grupos de edad (ambos sexos)**



Fuente: INE Base: Encuesta de Condiciones de Vida. Carencia material

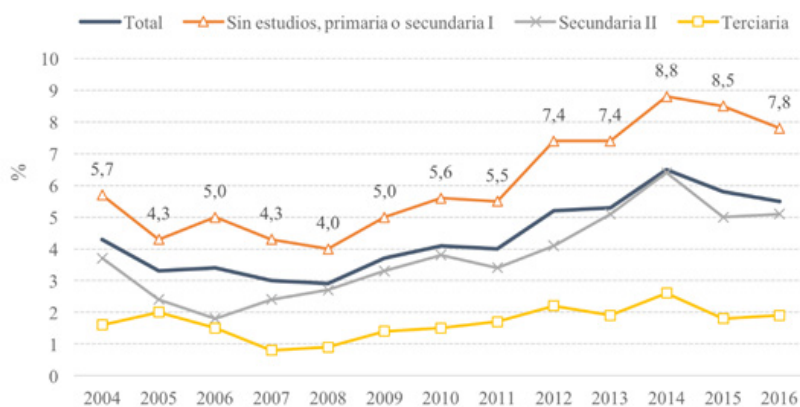
**Figura 3.57. Privación material severa, por sexo (todas las edades)**



Fuente: INE Base: Encuesta de Condiciones de Vida. Carencia material

La privación severa aumentó más especialmente entre las personas con menor nivel educativo, hasta alcanzar el 8,8% de la población en 2014, frente al 2,6% de la población con estudios superiores (Figura 3.58).

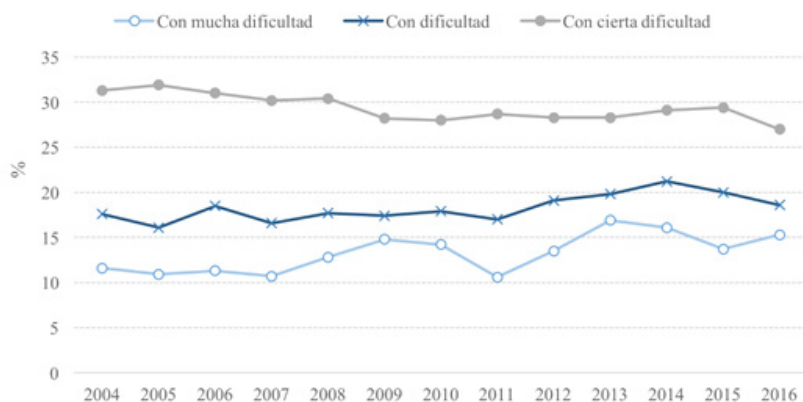
**Figura 3.58. Privación material severa, por tipo de formación alcanzado (18 años y más)**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions. Material deprivation

Por su parte, el porcentaje de personas que declara tener muchos problemas para llegar a fin de mes pasó del 10% en época de pre-crisis a superar el 16% en 2013. La tendencia de las personas con alguna dificultad para terminar el mes también siguió una tendencia ligeramente creciente, si bien durante los últimos años analizados dicha tendencia disminuye ligeramente (excepto para aquéllos que declaran tener mucha dificultad) (Figura 3.59).

**Figura 3.59. Hogares por dificultades para llegar a fin de mes.**



Fuente: INE Base: Encuesta de Condiciones de Vida. Carencia material

Los hogares con mayores dificultades para llegar a final de mes eran los monoparentales con niño(s), y su situación se agravó más durante la crisis que el resto de tipos de hogar, al pasar del 22,2% de hogares con problemas en 2007 al 34,2% en 2014, una tasa que dobla al promedio de hogares. A partir de 2014, la situación parece mejorar y se reduce ligeramente el porcentaje de hogares monoparentales con muchas dificultades para llegar a fin de mes (el 27% tiene muchas dificultades y el 25% algunas dificultades) (tabla 3.41 y tabla 3.42).

**Tabla 3.41. Hogares con muchas dificultades para llegar a fin de mes, por tipo de hogar**

|                                    | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total                              | 11,6 | 10,9 | 11,3 | 10,7 | 12,8 | 14,8 | 14,2 | 10,6 | 13,5 | 16,9 | 16,1 | 13,7 | 15,3 |
| Hogares de 1 persona               | 14,2 | 13,7 | 12,1 | 13,3 | 13,2 | 15,2 | 13,9 | 11,3 | 13,2 | 15,3 | 15,2 | 13,3 | 14,7 |
| 2 adultos sin niños dependientes   | 9,9  | 8,6  | 8,4  | 8,5  | 10,4 | 9,9  | 10,8 | 8,3  | 10,5 | 12,7 | 11,8 | 10,4 | 12,1 |
| 1 adulto con niño/s dependiente/s  | 23,3 | 24,5 | 25,2 | 22,2 | 26,5 | 35,7 | 29,1 | 19,8 | 19,1 | 27,8 | 34,2 | 29,8 | 27,1 |
| 2 adultos con niño/s dependiente/s | 9,5  | 9,0  | 11,4 | 9,2  | 12,5 | 16,1 | 14,9 | 10,1 | 14,4 | 18,8 | 17,0 | 14,3 | 15,0 |

Fuente: INE Base: Encuesta de Condiciones de Vida. Carencia material

**Tabla 3.42. Hogares con algunas dificultades para llegar a fin de mes, por tipo de hogar**

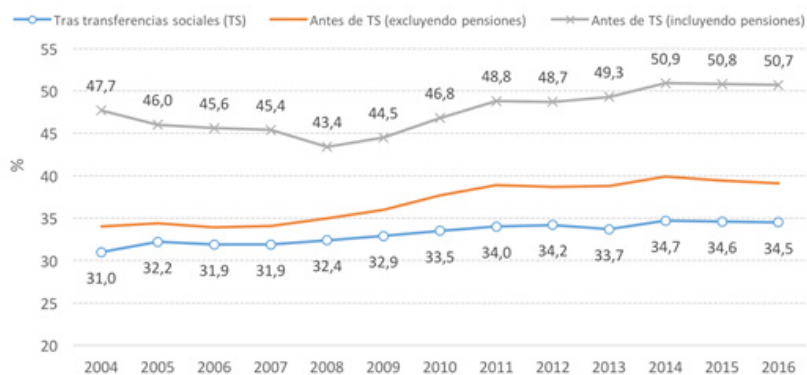
|                                    | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Total                              | 17,6 | 16,1 | 18,5 | 16,6 | 17,7 | 17,4 | 17,9 | 17,0 | 19,1 | 19,8 | 21,2 | 20,0 | 18,6 |
| Hogares de 1 persona               | 18,3 | 16,1 | 18,9 | 16,5 | 18,9 | 17,7 | 19,8 | 15,5 | 18,0 | 19,5 | 21,1 | 20,7 | 18,7 |
| 2 adultos sin niños dependientes   | 15,4 | 13,5 | 16,0 | 15,3 | 14,9 | 15,3 | 14,3 | 14,7 | 16,3 | 18,6 | 20,0 | 16,5 | 16,0 |
| 1 adulto con niño/s dependiente/s  | 20,7 | 18,2 | 22,1 | 20,9 | 22,2 | 18,5 | 29,6 | 24,8 | 30,2 | 20,2 | 24,0 | 26,0 | 25,0 |
| 2 adultos con niño/s dependiente/s | 17,1 | 16,8 | 19,2 | 16,0 | 18,0 | 18,3 | 17,4 | 17,9 | 19,9 | 20,3 | 22,0 | 19,8 | 19,4 |

Fuente: INE Base: Encuesta de Condiciones de Vida. Carencia material

### 3.3.4. Desigualdad de ingresos

Finalmente, cabe analizar la evolución de la desigualdad de ingresos durante la crisis. El coeficiente de Gini es un indicador muy extendido para ello, que mide la desigualdad de los ingresos en una escala de 0 (todos tienen los mismos ingresos) a 100 (todos los ingresos son para una sola persona). Como se ha mencionado en el apartado 2.1.6, durante la crisis económica en España se produjo un incremento de la desigualdad de ingresos. El coeficiente de Gini pasó de 31,9 en 2007 a 34,7 en 2014. Sin embargo, sin las transferencias sociales (con y sin pensiones), el grado de desigualdad habría crecido aún más (Figura 3.60).

**Figura 3.60. Coeficiente de Gini, en función de las transferencias sociales consideradas (ambos sexos, todas las edades)**

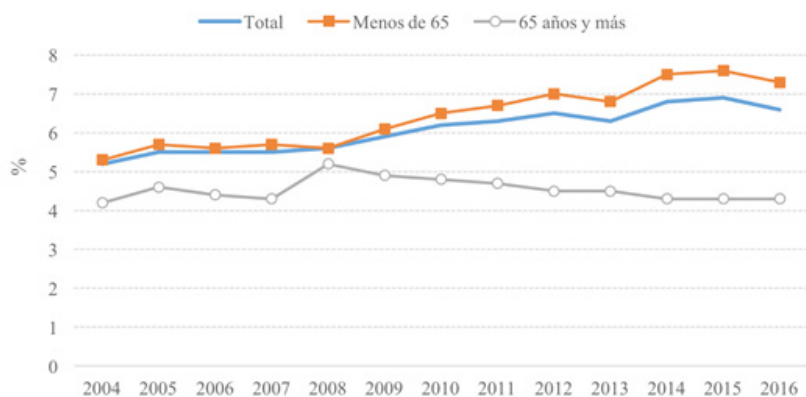


Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions. Distribution of Income

Otra forma de analizar el grado de desigualdad es a través del índice de ratio S80/S20, que mide la desigualdad en la distribución a través de ratios entre percentiles. Este indicador se interpreta como la renta que se obtiene para el quintil superior, es decir, el 20% de la población con el nivel económico más alto, en relación con la población del quintil inferior.

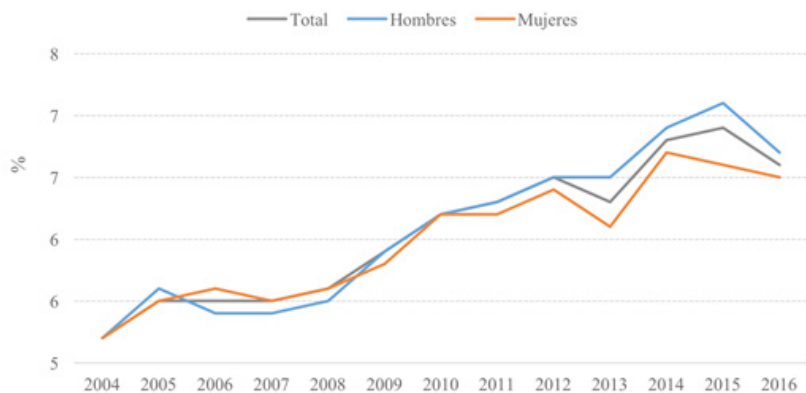
Este indicador también muestra un aumento de la desigualdad de rentas entre quintiles entre la población en edad de trabajar (Figura 3.61), así como un mayor aumento entre los varones que entre las mujeres (Figura 3.62 y tablas 3.43 y 3.44).

**Figura 3.61. Distribución de la renta S80/20, por grupo de edad (ambos sexos)**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions. Distribution of Income

**Figura 3.62. Distribución de la renta S80/20, por sexo (todas las edades)**



Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions. Distribution of Income

**Tabla 3.43. Distribución de la renta S80/20, por grupos de edad (varones)**

|                         | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Total</b>            | 5,2  | 5,6  | 5,4  | 5,4  | 5,5  | 5,9  | 6,2  | 6,3  | 6,5  | 6,5  | 6,9  | 7,1  | 6,7  |
| <b>Menos de 65 años</b> | 5,3  | 5,7  | 5,6  | 5,6  | 5,5  | 6,0  | 6,4  | 6,6  | 6,9  | 7,0  | 7,6  | 7,8  | 7,3  |
| <b>65 años y más</b>    | 4,3  | 4,6  | 4,6  | 4,3  | 5,4  | 5,0  | 4,8  | 4,9  | 4,7  | 4,6  | 4,3  | 4,3  | 4,3  |

Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions. Distribution of Income



**Tabla 3.44. Distribución de la renta S80/20, por grupos de edad (mujeres)**

|                         | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Total</b>            | 5,2  | 5,5  | 5,6  | 5,5  | 5,6  | 5,8  | 6,2  | 6,2  | 6,4  | 6,1  | 6,7  | 6,6  | 6,5  |
| <b>Menos de 65 años</b> | 5,3  | 5,7  | 5,8  | 5,7  | 5,7  | 6,0  | 6,5  | 6,8  | 7,0  | 6,6  | 7,4  | 7,4  | 7,2  |
| <b>65 años y más</b>    | 4,2  | 4,3  | 4,3  | 4,2  | 5,0  | 4,7  | 4,7  | 4,5  | 4,3  | 4,3  | 4,3  | 4,2  | 4,2  |

Fuente: Eurostat Database: Income and living conditions. Distribution of Income

### 3.3.5. Apoyo social

En este apartado analizamos cómo ha evolucionado la percepción del apoyo social recibido, medida a través de dos indicadores alternativos. Por un lado, para los años 2006 y 2011 se dispone del indicador compuesto «apoyo social funcional percibido», creado a partir de las respuestas a una serie de preguntas presentes en las encuestas nacionales de salud<sup>12</sup>. Como muestra la siguiente tabla, parece que durante la época de crisis el apoyo social percibido fue mayor que antes de la crisis. De hecho, la tendencia identificada puede interpretarse como un incremento en las necesidades de recibir apoyo, si bien no dispondríamos de información sobre las necesidades de apoyo social no cubiertas. El porcentaje de personas que alcanzaron la puntuación máxima en este indicador pasó del 23,6% en 2006 al 27,3% en 2011. La tónica se repite en todos los subgrupos analizados. El aumento del apoyo fue especialmente intenso entre los menores de 35 años. Los inmigrantes señalan tener un menor apoyo social que los nacionales en ambos momentos, aunque durante la crisis las diferencias disminuyeron.

Otra forma de aproximar el apoyo percibido es a través del indicador que pregunta al encuestado sobre el número de personas cercanas que pueden ayudarle en caso de que tenga un problema grave. En este caso, parece

<sup>12</sup> La variable «apoyo social funcional percibido» se obtiene sumando las respuestas de cada uno de los 11 ítems de la pregunta 139 del cuestionario de adultos, puntuadas de 1 a 5 (1: mucho menos de lo que deseo, 2: menos de lo que deseo, 3: ni mucho ni poco, 4: casi como deseo, 5: tanto como deseo). si aparece un ns/nc en alguna de ellas se considera como 'no consta'. por tanto, la puntuación total varía entre 11 y 55 puntos, de menor a mayor apoyo social funcional. Las 11 preguntas concretas son: ¿recibe visitas de amigos y familiares?, ¿recibe ayuda en asuntos relacionados con su casa?, ¿recibe elogios y reconocimientos cuando hace bien su trabajo?, ¿cuenta con personas que se preocupan de lo que le sucede?, ¿recibe amor y afecto?, ¿tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo o casa?, ¿tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares?, ¿tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos?, ¿recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas?, ¿recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante?, ¿recibe ayuda cuando está enfermo en la cama?.

que durante la crisis el apoyo fue ligeramente menor que una vez finalizada la crisis (Figura 3.63). La población nacional cuenta con un mayor apoyo que la extranjera (Figura 3.64).

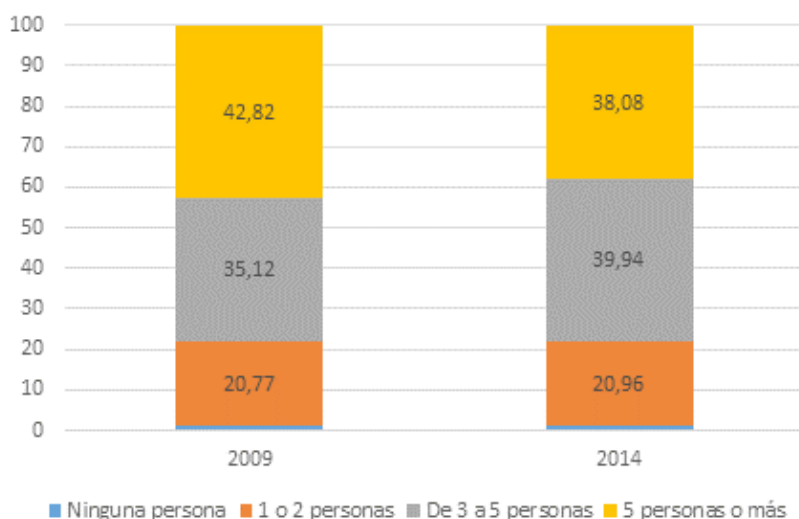
**Tabla 3.45. Apoyo social funcional percibido (%)**

|                       | Máximo apoyo (55 puntos) |      | Apoyo alto (46-54 puntos) |      | Apoyo medio/bajo (11-45 puntos) |      |
|-----------------------|--------------------------|------|---------------------------|------|---------------------------------|------|
|                       | 2006                     | 2011 | 2006                      | 2011 | 2006                            | 2011 |
| Total                 | 23,6                     | 27,3 | 48,5                      | 44,1 | 27,8                            | 28,5 |
| Hombres               | 23,4                     | 28,0 | 48,4                      | 43,2 | 28,2                            | 28,8 |
| Mujeres               | 23,8                     | 26,7 | 48,6                      | 45,0 | 27,5                            | 28,3 |
| <b>Grupos de edad</b> |                          |      |                           |      |                                 |      |
| 18-24                 | 29,4                     | 38,1 | 52,1                      | 43,5 | 18,5                            | 18,4 |
| 25-34                 | 23,6                     | 31,3 | 50,3                      | 44,4 | 25,9                            | 24,3 |
| 35-44                 | 21,2                     | 24,3 | 49,2                      | 46,6 | 29,6                            | 29,0 |
| 45-54                 | 21,8                     | 22,6 | 48,7                      | 45,8 | 29,6                            | 31,6 |
| 55-64                 | 22,7                     | 23,9 | 48,8                      | 42,6 | 28,5                            | 33,5 |
| 65-74                 | 25,2                     | 26,8 | 44,9                      | 43,2 | 29,9                            | 30,0 |
| >=75                  | 25,6                     | 30,6 | 42,1                      | 38,8 | 32,3                            | 30,7 |
| <b>Estudios</b>       |                          |      |                           |      |                                 |      |
| Sin estudios          | 23,6                     | 28,3 | 39,7                      | 33,9 | 36,7                            | 37,8 |
| Estudios primarios    | 22,7                     | 26,4 | 46,8                      | 43,6 | 30,5                            | 30,0 |
| Estudios secundarios  | 23,4                     | 27,8 | 50,2                      | 44,9 | 26,4                            | 27,3 |
| Estudios superiores   | 22,6                     | 28,1 | 52,6                      | 49,4 | 21,9                            | 22,5 |
| <b>Ocupación</b>      |                          |      |                           |      |                                 |      |
| Trabajando            | 22,2                     | 26,3 | 50,8                      | 47,5 | 27,0                            | 26,2 |
| Desempleado           | 21,4                     | 24,9 | 48,7                      | 42,4 | 29,9                            | 32,6 |
| Jubilado              | 25,3                     | 28,3 | 43,8                      | 40,0 | 30,9                            | 31,7 |
| Otras                 | 26,6                     | 31,1 | 47,5                      | 43,9 | 25,9                            | 27,0 |
| <b>Nacionalidad</b>   |                          |      |                           |      |                                 |      |
| Español               | 24,8                     | 28,6 | 49,1                      | 43,9 | 26,1                            | 27,5 |
| Extranjero            | 14,7                     | 19,1 | 43,7                      | 45,7 | 41,5                            | 35,2 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011) y Encuesta Europea de Salud en España (2009 y 2014). MSSSI/INE.

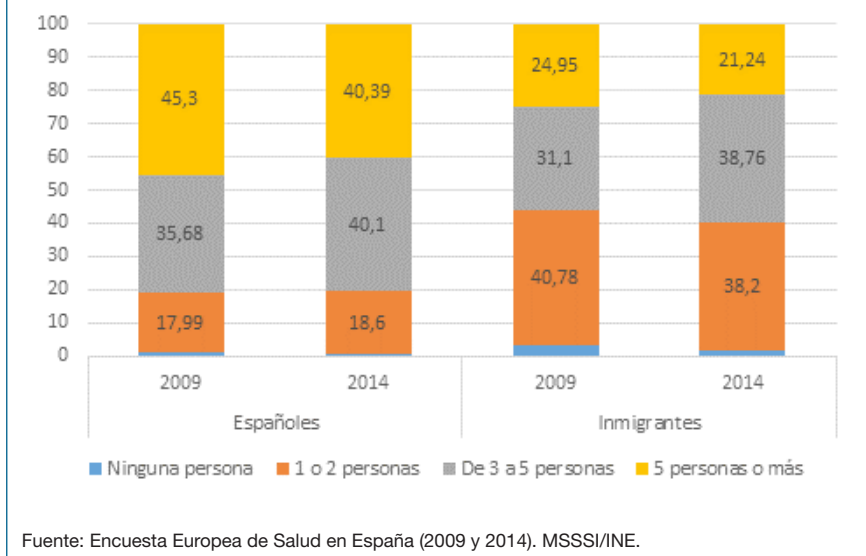
La variable ‘apoyo social funcional percibido’ se obtiene sumando las respuestas de cada uno de los 11 ítems de la pregunta sobre apoyo social del cuestionario de adultos, puntuadas de 1 a 5 (1: mucho menos de lo que deseo, 2: menos de lo que deseo, 3: ni mucho ni poco, 4: casi como deseo, 5: tanto como deseo). Si aparece un ns/nc en alguna de ellas se considera como ‘no consta’. Por tanto, la puntuación total varía entre 11 y 55 puntos, de menor a mayor apoyo social funcional.

**Figura 3.63.** Número de personas cercanas a las que puede acudir en caso de problema grave, población adulta total, 2009 y 2014



Fuente: Encuesta Europea de Salud en España (2009 y 2014). MSSSI/INE.

**Figura 3.64. Número de personas cercanas a las que puede acudir en caso de problema grave, población adulta nacional y extranjera, 2009 y 2014**



### 3.4. Indicadores de acceso a servicios sanitarios

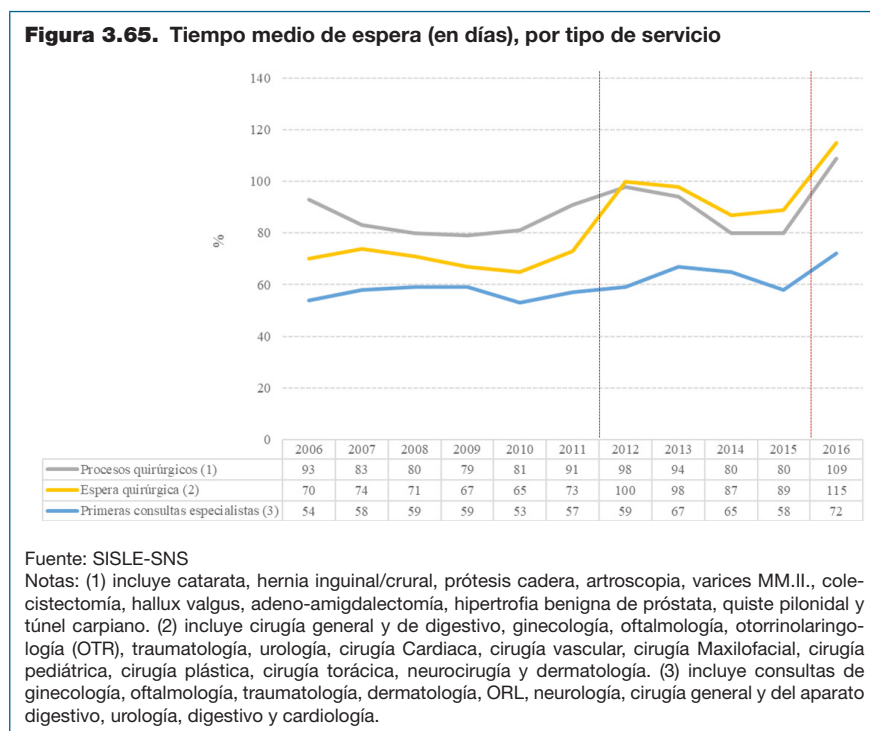
En esta sección vamos a analizar cómo evolucionaron distintos indicadores de acceso al sistema sanitario durante la crisis. Por un lado, presentamos los tiempos de acceso y de espera a las consultas e intervenciones, así como los indicadores de inaccesibilidad al sistema. Por otro lado, analizamos indicadores de desigualdad en el acceso al sistema. También incluimos prácticas de promoción de la salud pública, como vacunaciones y mamografías.

Para interpretar correctamente los resultados, conviene tener en cuenta que hay dos rupturas en la serie de listas de espera. La primera viene dada por la inclusión de la Comunidad de Madrid en el año 2011. Hasta ese momento, la información facilitada por dicha Comunidad sobre tiempo y persona en lista de espera había sido excluida de las publicaciones oficiales del Ministerio de Sanidad al considerarse que no cumplían con los estándares metodológicos exigidos a todas las CCAA. El segundo cambio se produce en el año 2016. Hasta ese momento, Cataluña proporcionaba datos estimados a partir de procesos seleccionados. Desde 2016, se proporcionan los datos observados de todos los procesos indicados. Así pues, en la lectura e interpretación de los resultados debe extremarse la precaución.<sup>13</sup>

<sup>13</sup> En las tablas y figuras de este subepígrafe se identificarán estos puntos de ruptura de serie.

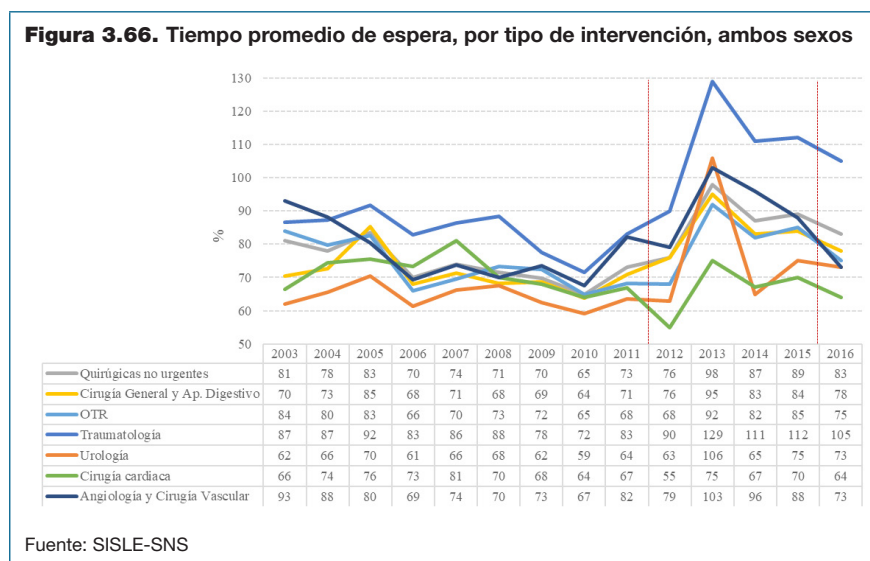
### 3.4.1. Tiempos de acceso y listas de espera

Respecto al tiempo promedio de las listas de espera del sistema sanitario, entre 2006 y 2010 se mantuvo relativamente estable, en torno a los 79-83 días para los procesos quirúrgicos más empleados, los 65-75 días para las intervenciones quirúrgicas en general y los 53-59 días para las primeras consultas de atención especializada (Figura 3.65)<sup>14</sup>. No obstante, a partir de 2010 las demoras, especialmente por las intervenciones quirúrgicas, se sitúan en los 100 días en 2012 y en los 115 días en 2016.



<sup>14</sup> Los procedimientos quirúrgicos (1) incluyen catarata, hernia inguinal/crural, prótesis cadera, artroscopia, varices MM.II., colecistectomía, hallux valgus, adeno-amigdalectomía, hipertrofia benigna de próstata, quiste pilonidal y túnel carpiano. La espera quirúrgica (2) incluye cirugía general y de digestivo, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología (OTR), traumatología, urología, cirugía Cardíaca, cirugía vascular, cirugía Maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía torácica, neurocirugía y dermatología. Las primeras consultas a especialista (3) incluyen consultas de ginecología, oftalmología, traumatología, dermatología, ORL, neurología, cirugía general y del aparato digestivo, urología, digestivo y cardiología.

Las intervenciones quirúrgicas donde más aumentó el tiempo promedio de espera entre 2010 y 2013 fueron las de traumatología (+80%), urología (+79%) y cardiología (+53%), mientras que las que menos aumentaron su tiempo medio fueron las intervenciones de cirugía cardiaca (+17%) (Figura 3.66).



En cuanto a las consultas externas a médicos especialistas, el tiempo promedio de espera entre 2010 y 2014 se incrementó especialmente en ginecología (+65%), seguido de traumatología (+38%), ORL (+34%) y oftalmología (+31%). En cambio, la espera promedio para la consulta de urología se redujo un 9% (Tabla 43). Con los datos disponibles para 2017, se observa que se ha incrementado especialmente el tiempo de espera para consultas de urología y cardiología.

Además de revisar el tiempo de espera, es interesante analizar el número de personas en espera estructural y la tasa relativa de personas en lista de espera. El número de personas en espera para operarse se mantuvo relativamente estable, y por debajo de los 400.000 pacientes anuales, hasta 2011, año a partir del cual hubo una tendencia al alza (figura 3.67). Las cifras actuales se sitúan por encima de los 600.000 pacientes/año, lo que equivale a una tasa del 13,4% por cada 1.000 habitantes (figura 3.68).

**Tabla 3.46. Tiempo promedio de espera para consultas (días), por tipo de especialista**

| Ambos sexos       | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Oftalmología      | 61   | 67   | 68   | 67   | 63   | 72   | 69   | 78   | 82   | 68   | 64   | 73   |
| Traumatología     | 44   | 52   | 47   | 49   | 49   | 53   | 56   | 78   | 68   | 61   | 56   | 64   |
| Aparato Digestivo | 43   | 59   | 61   | 55   | 51   | 51   | 48   | 69   | 66   | 59   | 54   | 52   |
| Dermatología      | 44   | 48   | 51   | 56   | 49   | 55   | 43   | 63   | 61   | 58   | 49   | 53   |
| Ginecología       | 74   | 73   | 73   | 84   | 66   | 86   | 79   | 106  | 109  | 58   | 47   | 50   |
| Cardiología       | 52   | 51   | 53   | 58   | 51   | 57   | 55   | 54   | 55   | 49   | 42   | 54   |
| Urología          | 40   | 47   | 48   | 55   | 57   | 53   | 49   | 64   | 52   | 47   | 40   | 58   |
| ORL               | 33   | 38   | 35   | 36   | 34   | 39   | 37   | 42   | 46   | 44   | 39   | 46   |
| Cirugía General   | 39   | 39   | 38   | 43   | 40   | 43   | 33   | 47   | 51   | 45   | 39   | 36   |
| TOTAL             | 54   | 58   | 59   | 59   | 53   | 58   | 53   | 67   | 65   | 58   | 52   | 58   |

Fuente: SISLE-SNS

Nota: datos hasta junio de 2017.

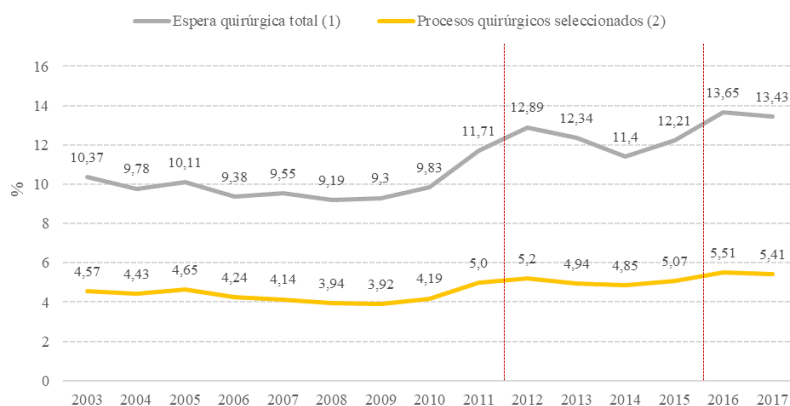
**Figura 3.67. Número de pacientes en espera quirúrgica**



Fuente: SISLE-SNS

Nota: datos hasta junio de 2017.

**Figura 3.68. Tasa de personas en lista de espera quirúrgica, por 1.000 habitantes (%)**



Fuente: SISLE-SNS

Nota: datos hasta junio de 2017.

Notas: (1) incluye cirugía general y de digestivo, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología (OTR), traumatología, urología, cirugía Cardíaca, cirugía vascular, cirugía Maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía torácica, neurocirugía y dermatología. (2) incluye cirugía general y de digestivo, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología (OTR), traumatología, urología, cirugía Cardíaca, cirugía vascular, cirugía Maxilofacial, cirugía pediátrica, cirugía plástica, cirugía torácica, neurocirugía y dermatología.

Por tipo de intervención quirúrgica, las de traumatología y cirugía cardíaca fueron donde más aumentó el número de personas en espera de intervención entre 2010 y 2013 (37% y 33%, respectivamente) (tabla 3.47). Entre el principio y el final de la crisis, el número de personas pendiente de una intervención quirúrgica no urgente subió de 9,6 por 1.000 habitantes a 11,4 por 1.000 habitantes.



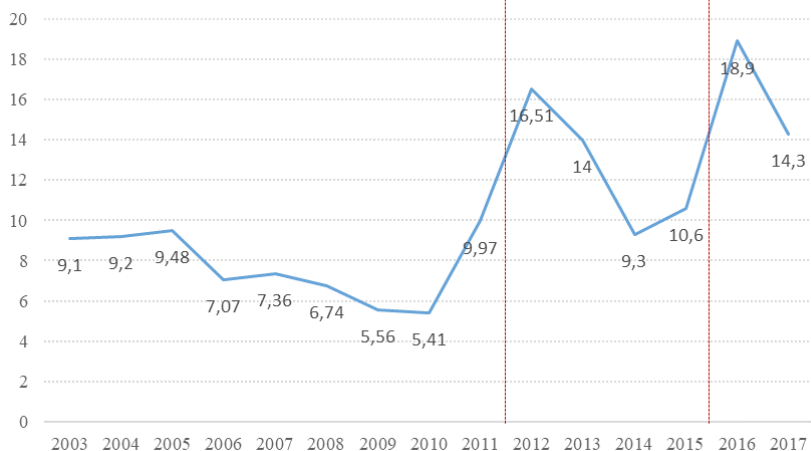
**Tabla 3.47. Pacientes en espera para intervenciones (por 1000 hab.), por tipo de intervención (ambos sexos)**

|                              | 2003  | 2004  | 2005  | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011  | 2012  | 2013  | 2014 | 2015  | 2016  |
|------------------------------|-------|-------|-------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|------|-------|-------|
| Quirúrgicas no urgentes      | 10,59 | 10,52 | 10,11 | 9,38 | 9,55 | 9,19 | 9,11 | 9,83 | 11,71 | 11,82 | 12,34 | 11,4 | 12,21 | 12,68 |
| Cirugía Gral y Ap. Digestivo | 2,07  | 2,1   | 2,04  | 1,84 | 1,93 | 1,8  | 1,79 | 1,83 | 2,22  | 2,59  | 2,34  | 2,14 | 2,23  | 2,27  |
| Ginecología                  | 0,64  | 0,66  | 0,59  | 0,57 | 0,55 | 0,52 | 0,51 | 0,54 | 0,57  | 0,64  | 0,54  | 0,48 | 0,49  | 0,47  |
| Oftalmología                 | 1,93  | 2,18  | 2,04  | 1,95 | 1,93 | 1,81 | 1,74 | 2,01 | 2,36  | 2,76  | 2,52  | 2,44 | 2,59  | 2,71  |
| ORL                          | 0,74  | 0,89  | 0,73  | 0,68 | 0,74 | 0,73 | 0,72 | 0,74 | 0,84  | 0,97  | 0,83  | 0,77 | 0,84  | 0,83  |
| Traumatología                | 2,33  | 2,85  | 2,61  | 2,46 | 2,45 | 2,36 | 2,3  | 2,51 | 3,22  | 3,88  | 3,44  | 3,07 | 3,32  | 3,65  |
| Urología                     | 0,66  | 0,76  | 0,7   | 0,62 | 0,7  | 0,69 | 0,68 | 0,7  | 0,81  | 0,97  | 0,83  | 0,77 | 0,85  | 0,88  |
| Cirugía Cardíaca             | 0,05  | 0,06  | 0,06  | 0,05 | 0,07 | 0,06 | 0,05 | 0,06 | 0,07  | 0,08  | 0,08  | 0,07 | 0,08  | 0,08  |

Fuente: SISLE-SNS

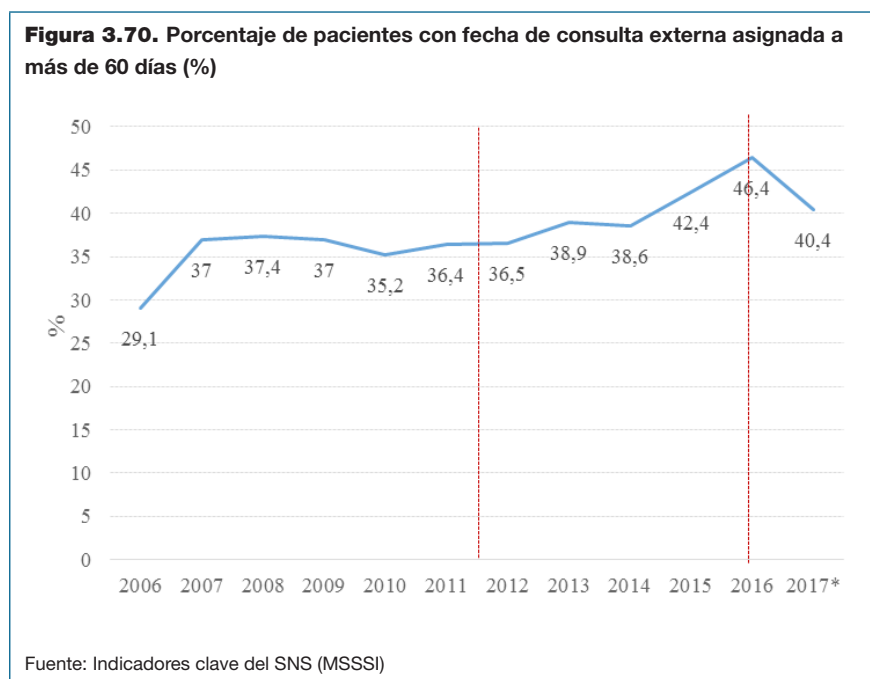
Por tiempo de espera, entre 2010 y 2012 se multiplicó por tres el porcentaje de pacientes que llevaban en lista de espera quirúrgica más de 6 meses. Este indicador mejoró entre 2012 y 2014 para volver a empeorar hasta situarse en el 14,3% en junio de 2017 (Figura 3.69).

**Figura 3.69. Porcentaje de pacientes con más de 6 meses en lista de espera quirúrgica (%).**



Fuente: Indicadores clave del SNS (MSSSI)

Por su parte, el porcentaje de pacientes con fecha de consulta externa asignada a más de 60 días también se ha ido incrementando paulatinamente a lo largo del tiempo, si bien el empeoramiento ha sido más patente después de la crisis económica que durante la misma (Figura 3.70).



### 3.4.2. Inaccesibilidad al sistema

Según las encuestas nacionales de salud, la inaccesibilidad a la asistencia sanitaria, definida como la necesidad de asistencia sanitaria no atendida, se redujo del 6% en 2003 al 3,9% en 2006 y 2,2% en 2011. La mejora se produjo en todos los grupos de edad, y con independencia de si el paciente era español o extranjero (tabla 3.48). Las mujeres declaran sufrir inaccesibilidad en mayor proporción que los hombres. El grupo de edad con mayores problemas pasó de ser el de 45-54 años en el año 2003 al grupo de 25-34 años en el año 2011.

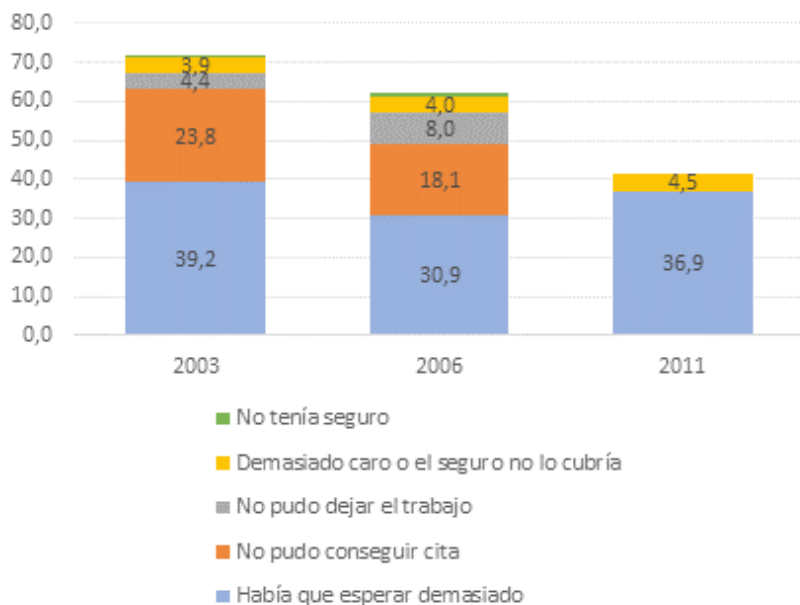
**Tabla 3.48. Necesidad de asistencia sanitaria no atendida en los últimos 12 meses, por sexo, grupo de edad y nacionalidad (%)**

|                       | 2003 | 2006 | 2011 |
|-----------------------|------|------|------|
| Total                 | 5,99 | 3,91 | 2,21 |
| Hombres               | 4,92 | 3,04 | 1,92 |
| Mujeres               | 6,91 | 4,74 | 2,47 |
| <b>Grupos de edad</b> |      |      |      |
| 18-24                 | 6,61 | 3,67 | 2,07 |
| 25-34                 | 6,49 | 4,60 | 2,76 |
| 35-44                 | 6,48 | 4,14 | 2,73 |
| 45-54                 | 6,96 | 4,40 | 1,77 |
| 55-64                 | 6,17 | 3,74 | 2,66 |
| 65-74                 | 5,27 | 2,88 | 1,71 |
| >=75                  | 3,13 | 2,67 | 0,96 |
| <b>Nacionalidad</b>   |      |      |      |
| Española              | 5,99 | 3,74 | 2,07 |
| Extranjera            | 5,91 | 5,17 | 3,08 |

Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011). MSSSI/INE.

Entre los motivos para esta inaccesibilidad a la asistencia sanitaria entre la población adulta general destaca el hecho de tener que esperar demasiado y no haber conseguido cita, seguido de no haber podido dejar el trabajo para recibir la atención (Figura 3.71).

**Figura 3.71. Motivos de la necesidad de asistencia médica no atendida, total de la población adulta (%).**

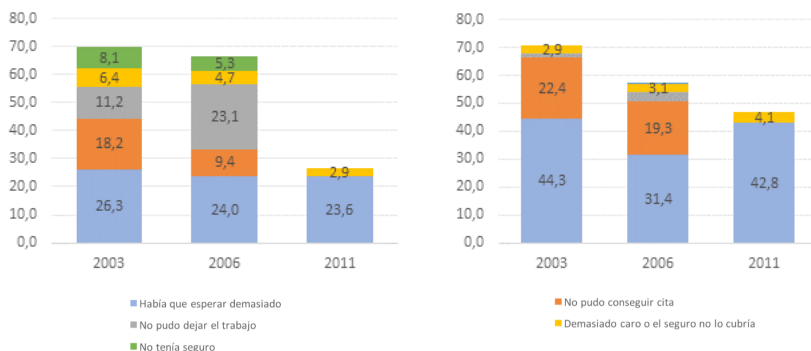


Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011). MSSSI/INE.

Nota: la ENS 2011 no contempla exactamente las mismas causas que las anteriores, por lo que no es totalmente comparable a ellas.

Puede ser interesante analizar si los motivos de la inaccesibilidad son los mismos entre la población inmigrante y entre la población de más edad. No tener seguro sanitario es un motivo relevante en el 8,1% de los casos de 2003 y el 5,3% de los casos de 2006, porcentajes muy superiores a la media de la población total en ambos años. En 2006, los motivos laborales doblaron su importancia respecto a 2003, y en ambos años casi triplican las cifras correspondientes a la población total. Por su parte, entre la población de más edad, la espera excesiva o no poder conseguir la cita son los principales motivos de la necesidad no atendida (Figura 3.72).

**Figura 3.72. Motivos de la necesidad de asistencia médica no recibida, por sub-grupos de población de interés (%)**

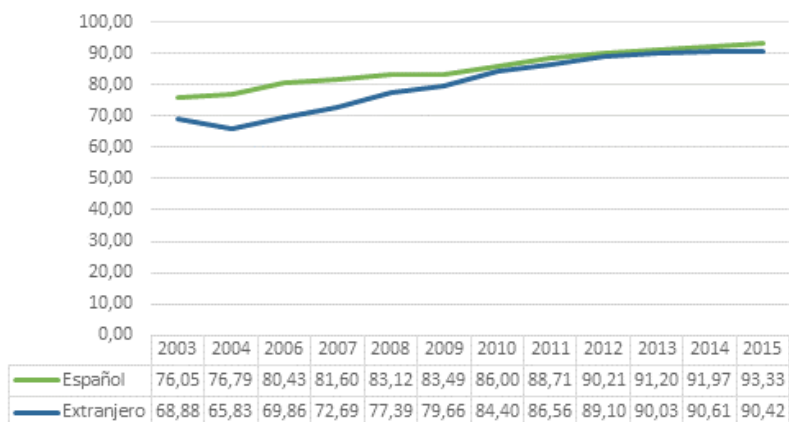


Fuente: Encuesta Nacional de Salud (2003, 2006 y 2011). MSSSI/INE.

Nota: la ENS 2011 no contempla exactamente las mismas causas que las anteriores, por lo que no es totalmente comparable a ellas.

Otro indicador a destacar es el caso de las personas con VIH que recibían tratamiento antirretroviral, diferenciando entre españoles y personas con nacionalidad extranjera (figura 3.73). Como puede observarse, el porcentaje de personas con tratamiento antirretroviral ha aumentado durante todo el periodo considerado, pasando de un 76% a un 93% en el caso de los españoles y de un 69% a un 90% en el caso de las personas con nacionalidad extranjera. Atendiendo a nacionalidad y en términos comparativos, cabe señalar que es precisamente en los años pre-crisis cuando las diferencias en cuanto a acceso al tratamiento de este colectivo son más marcadas entre españoles y extranjeros. Sin embargo, son en los años de crisis cuando estas diferencias comienzan a estrecharse.

**Figura 3.73. Porcentaje de individuos con tratamiento antirretroviral**



Nota: datos en medias móviles a t=3. Fuente: Encuesta hospitalaria de pacientes con VIH/sida. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad.

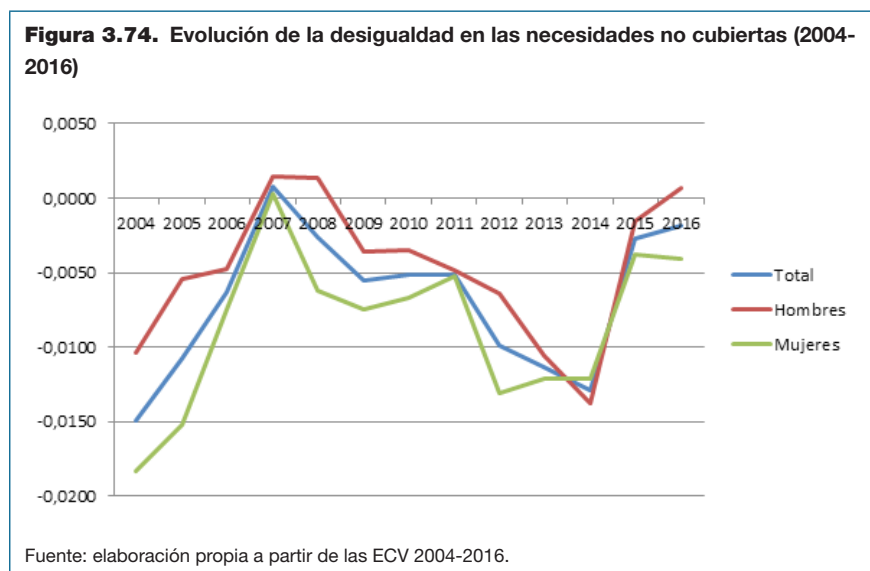
### 3.4.3. Desigualdad en las necesidades de atención médica no cubiertas

Además del análisis descriptivo previo, hemos analizado la desigualdad económica asociada a las necesidades de atención médica no cubiertas declaradas por los individuos. Este indicador está disponible tanto en las Encuestas Nacionales de Salud como en la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV), si bien esta última base de datos cuenta con varias ventajas comparativas: en primer lugar, la información sobre la renta del hogar es mucho más detallada<sup>15</sup>; además, está disponible para todos los años. Analizaremos por tanto las necesidades médicas no cubiertas a partir de la ECV para el período 2004-2016. De todas las causas posibles que explican la inaccesibilidad se han seleccionado únicamente las que son atribuibles a la oferta (demasiado caro o no cubierto por el seguro; lista de espera o sin volante<sup>16</sup>; demasiado lejos o falta de transporte al punto de atención).

<sup>15</sup> El cálculo de la renta registró un cambio metodológico a lo largo del período estudiado. La renta de la ECV para los años 2004-2008 está expresada en la misma base (2004). La renta de los años 2009-2016 está expresada en base 2016.

<sup>16</sup> La posibilidad de no recibir la atención por carecer de un volante médico se incluye en la ECV a partir del año 2008.

La figura 3.74 muestra la evolución de los índices de concentración (corregidos) de las necesidades médicas no cubiertas para el conjunto de la población adulta, y separadamente para hombres y mujeres.

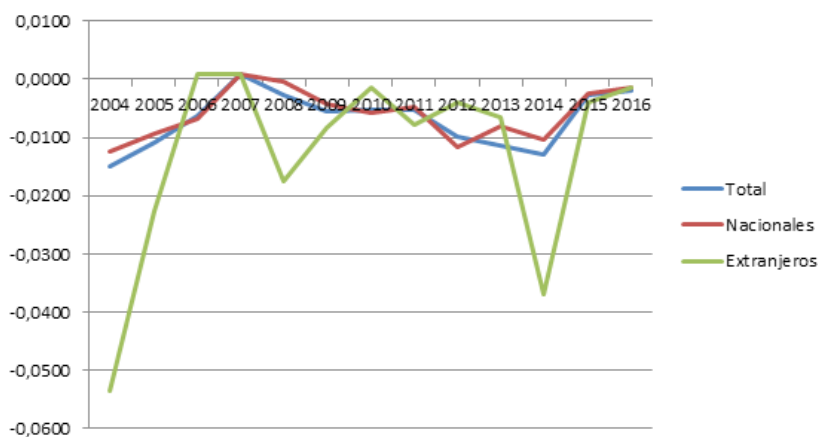


Los resultados indican la presencia de un claro gradiente social durante la mayor parte del período analizado, que perjudica a la población económicamente más desfavorecida. Sólo en cuatro de los años (2005, 2008, 2012 y 2016) se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres (que perjudican a estas últimas). El gráfico muestra que la desigualdad se redujo de forma importante antes del comienzo de la Gran Recesión, entre los años 2004 y 2007, llegando a alcanzar los índices valores positivos en este último año. En 2007 y 2008 el gradiente social deja de ser significativo, pero vuelve a aumentar de forma continuada hasta el año 2014, momento en que esta tendencia comienza a revertirse nuevamente. A partir de 2015, un año después de que se inicie la recuperación económica, la desigualdad deja de ser significativa, retornando a la situación inmediatamente anterior a la crisis.

Siguiendo el análisis descriptivo previo, se calcula asimismo la desigualdad económica asociada a la inaccesibilidad de acuerdo con el criterio de nacionalidad, distinguiendo los españoles de los extranjeros. Los resultados, que se muestran en el gráfico siguiente, indican que la evolución de la desigualdad en este segundo grupo oscila dependiendo de los años sin seguir una tendencia tan definida como en el caso de los españoles, lo que

en parte puede deberse a que se trata de una muestra mucho más pequeña. Las diferencias entre ambos grupos son particularmente apreciables en los años 2004, 2005, 2008 y 2014, siendo la desigualdad más intensa entre los extranjeros.

**Figura 3.75. Evolución de la desigualdad en las necesidades no cubiertas por nacionalidad (2004-2016)**



Fuente: elaboración propia a partir de las ECV 2004-2016.

Por último, la Figura 3.76 muestra la evolución de la desigualdad en la inaccesibilidad para dos grupos de edad: los menores de 55 años y los de 55 o más. Por lo general, no se aprecian diferencias destacables entre ambos grupos, y cuando se observan (años 2004, 2005, 2012 y 2016) no siempre apuntan en la misma dirección.



**Figura 3.76. Evolución de la desigualdad en las necesidades no cubiertas por grupos de edad (2004-2016).**



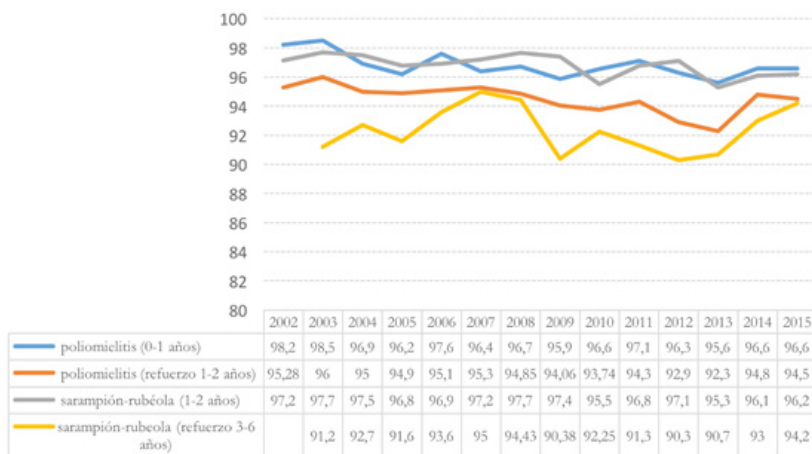
Fuente: elaboración propia a partir de las ECV 2004-2016.

### 3.4.4. Políticas preventivas

Durante los periodos de contención presupuestaria, las políticas de prevención y de salud pública pueden verse resentidas, mermando la salud a medio y largo plazo.

En España, la cobertura de primovacunación infantil prácticamente se mantuvo estable entre 2007 y 2014. La cobertura de la vacuna del sarampión-rubeola-parotiditis entre los niños de 1-2 años pasó del 97,2% al 96,1%, y la de la poliomielitis entre los niños menores de 1 año pasó del 96,4% al 96,6% (Figura 3.77). En cambio, el refuerzo de ambas vacunas sí se vio más resentido durante la crisis, aunque a partir de 2013 la cobertura se recuperó hasta prácticamente volver a alcanzar los niveles pre-crisis.

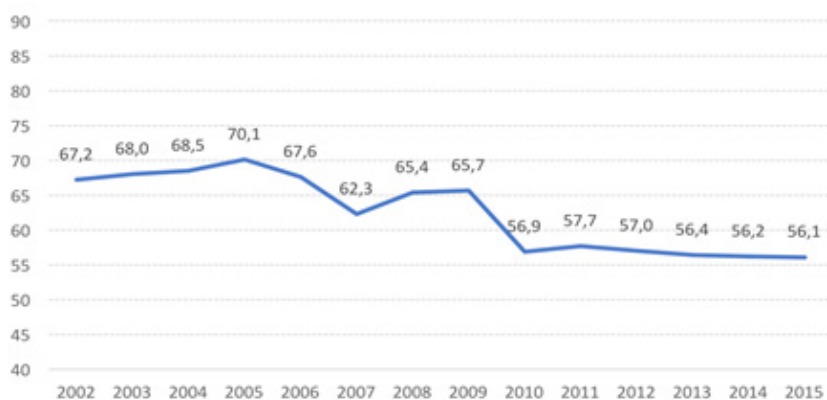
**Figura 3.77. Cobertura de vacunación entre la población diana (%), por tipo de vacuna, ambos sexos**



Fuente: Indicadores clave del SNS (MSSSI)

En cambio, donde sí se produjo una reducción notable fue en la cobertura de la vacunación frente a la gripe que recibían los mayores de 64 años. La cobertura pasó del 70% de 2005 al 62% en 2007, manteniéndose en niveles inferiores al 60% desde 2011 hasta la actualidad (Figura 3.78).

**Figura 3.78. Cobertura de vacunación entre la población diana (%), por tipo de vacuna, ambos sexos**



Fuente: Indicadores clave del SNS (MSSSI)

Por su parte, la realización de mamografías cayó ligeramente entre 2006 (74,2%) y 2009 (72%) para recuperarse a partir de entonces y alcanzar el 80% en 2014 en el promedio de España.

### 3.4.5. Desigualdad en el acceso a servicios sanitarios

Para el análisis de las desigualdades de acceso a servicios sanitarios, se han calculado índices de concentración convencionales para medir la desigualdad de acceso a cinco tipos de servicios sanitarios: consultas al médico de familia, consultas al médico especialista, acceso a los servicios de urgencia, vacunación frente a la gripe y realización de una mamografía. Las consultas al médico (tanto de familia como especialista) están referidas a un período de 4 semanas previas a la entrevista. Por su parte, las consultas a los servicios de urgencia toman como referencia el último año. En los tres casos la variable dependiente toma valor 1 cuando el entrevistado declara haber acudido al menos una vez al servicio correspondiente en el período de referencia, y valor 0 en caso contrario. Para analizar el acceso a la vacunación antigripal (referida a la última campaña de gripe), se restringe la muestra a la población de 65 años o más. Por último, el análisis del acceso a la mamografía se restringe a la población femenina de entre 45 y 69 años. En este último caso la variable dependiente toma valor 1 cuando la entrevistada declara haberse realizado una mamografía en los 2 últimos años, y 0 en caso contrario.

Los índices de concentración dependen de la media de la variable analizada cuando ésta es dicotómica, lo que dificulta los análisis comparativos a lo largo del tiempo. Para corregir este problema se emplea una de las correcciones más habituales en la literatura: la corrección de Erreygers (2009). Para observar la evolución de la desigualdad se han analizado únicamente los datos para personas adultas de las Encuestas Nacionales de Salud de 2006-07 (pre-crisis) y 2011-12 (crisis). Finalmente se decidió excluir la información proporcionada por las Encuestas Europeas, pues la heterogeneidad de ambas fuentes de datos (particularmente en lo que respecta a la información del hogar) comprometía la comparabilidad de los resultados.

El cálculo de los índices de concentración exige contar con una variable continua que permita ordenar a los individuos en función de su estatus socioeconómico. Las Encuestas de Salud de 2006-07 y 2011-12 incluyen la renta neta del hogar, pero presentan esta variable como una variable categórica con 8 y 10 intervalos, respectivamente. Por este motivo se decidió estimar la renta del hogar a partir de un modelo de regresión por intervalos basado en la información del sustentador principal, donde se utilizaron como variables independientes el sexo, la edad, la edad al cuadrado, el nivel

educativo, el estatus laboral, la clase social y la región de residencia. Posteriormente se aplicó la escala de equivalencia OCDE modificada para calcular la renta equivalente del hogar.

La tabla 3.49 muestra los índices de concentración corregidos para los distintos tipos de servicios sanitarios en 2006-07 y 2011-12, tanto para la población total como separadamente para hombres y mujeres. Los índices pueden oscilar entre -1 y +1. Un valor negativo indicaría que la variable dependiente tiende a concentrarse en la población de menor nivel de renta, mientras que valores positivos del índice reflejarían que el acceso a los servicios analizados se concentra relativamente más en la población mejor situada económicamente.

**Tabla 3.49. Evolución de la desigualdad económica en el acceso a servicios sanitarios (2006/07-2011/12)**

|                          | MED. GRAL  | ESPECIALISTA | URGENCIAS  | VACUNA GRIPE | MAMOGRAFÍA |
|--------------------------|------------|--------------|------------|--------------|------------|
| <b>2006-07</b>           | -0,1553*** | 0,0178***    | -0,0256*** | -0,0428***   | 0,0581***  |
| Hombre                   | -0,1453*** | -0,0169**    | -0,0218*   | -0,0748***   |            |
| Mujer                    | -0,1419*** | 0,0566***    | -0,0225**  | -0,0327***   |            |
| Diferencias hombre-mujer | NS         | S***         | NS         | NS           |            |
| <b>2011-12</b>           | -0,0740*** | 0,0147*      | -0,0479*** | -0,0432**    | 0,1462***  |
| Hombre                   | -0,0457*** | 0,0195*      | -0,0508*** | -0,0577**    |            |
| Mujer                    | -0,0932*** | 0,0141       | -0,0413*** | -0,0345      |            |
| Diferencias hombre-mujer | S**        | NS           | NS         | NS           |            |

\*p < 0.10, \*\*p < 0.05 \*\*\*p < 0.01; NS: no significativo; S:significativo

Fuente: elaboración propia a partir de las Encuestas Nacionales de Salud 2006/07-2011/12

Los índices de desigualdad calculados muestran que el acceso a las consultas al médico de atención primaria y a los servicios de urgencia se concentran relativamente más (en ambos años) en los individuos de menor capacidad económica (de ahí su signo negativo), mientras que el acceso al médico especialista tiende a concentrarse en los individuos mejor situados económicamente. Es importante señalar que el análisis aquí presentado no puede interpretarse directamente en términos de hasta qué punto se cumple el criterio de «equidad» de acceso (definida como «igual acceso a igual necesidad»). La desigualdad «pro-pobres» en el acceso a las consultas al médico

de atención primaria y a los servicios de urgencia se debe en parte a la desigual distribución de los problemas de salud (que tienden a concentrarse en la población peor situada socialmente). Asimismo, tradicionalmente se ha relacionado el sesgo «pro-pobre» de la atención primaria y de urgencias con la mayor dificultad de la población más desfavorecida para acceder al médico especialista. En cambio, y teniendo en cuenta precisamente cómo se distribuye la necesidad, la desigualdad «pro-ricos» que se observa en las consultas al especialista sí sería indicativa de un cierto grado de inequidad en el acceso, lo que resulta consistente con la abundante literatura disponible en este ámbito.<sup>17</sup>

Por otra parte, en el caso de la vacunación antigripal y el acceso a la mamografía sí puede suponerse que los niveles de necesidad son más homogéneos, por lo que los índices podrían interpretarse directamente en términos de inequidad (desigualdad inaceptable y evitable). El acceso a la vacunación muestra una desigualdad «pro-pobres» en los dos años analizados, tanto para hombres como para mujeres, resultado que puede relacionarse con la desigualdad «pro-pobres» ya comentada en el acceso a las consultas del médico de atención primaria, pues la atención primaria es la encargada de las campañas de vacunación. Por el contrario, el acceso a los servicios de mamografía muestra un sesgo claro «pro-ricos», lo que indicaría que son las mujeres mejor situadas económicamente quienes muestran una mayor tendencia a utilizar estos servicios preventivos. Este resultado es consistente con la literatura previa, que constata cómo los individuos de mejor posición económica y mayor nivel de estudios tienen una mayor propensión a desarrollar conductas preventivas, ya sea en lo referido a hábitos relacionados con la salud o a la utilización de servicios sanitarios.

En lo que respecta a la evolución de la desigualdad, se observan diferencias apreciables (significativas al 99%) entre los dos momentos analizados en lo referido al acceso a las consultas del médico de atención primaria y a la mamografía. En el primer caso se reduce de manera notable el gradiente «pro-pobres», mientras que en el segundo aumenta de forma destacable el gradiente «pro-ricos». La pauta coincide, pues, en ambos casos. La variación que experimentan los índices de acceso a los servicios a urgencias también resulta significativa (si bien sólo al 90%), aunque sigue, sin embargo, la senda contraria a la comentada: tiende a acentuarse la desigualdad «pro-pobres». Estos resultados podrían ser indicativos de unas mayores barreras en el acceso a la atención primaria, que son compensadas por los usuarios a

<sup>17</sup> Téngase en cuenta que para el análisis aquí presentado no se distingue entre servicios públicos y servicios privados. En consecuencia, una parte de la inequidad resultante se explica por el acceso privilegiado al especialista de quien posee doble cobertura o quien se costea directamente una consulta privada.

través de un mayor uso de los servicios de urgencias. Asimismo, y siguiendo el argumento de Coveney et al. (2016), la disminución del gradiente pro-pobres en primaria podría relacionarse con el hecho de que quienes más acuden a consulta son los individuos de edad avanzada, que durante la crisis han dejado de ser el colectivo con rentas más bajas. Por último, no se aprecian variaciones estadísticamente significativas en los índices calculados para el acceso a las consultas al especialista y los servicios de vacunación.

En general, y salvo algunas excepciones, no se aprecian diferencias significativas en las pautas de acceso de hombres y mujeres a los servicios sanitarios.

### 3.5. Indicadores de satisfacción con los servicios sanitarios

El grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público no parece haberse visto muy perjudicado por la crisis. La nota promedio que le dieron al sistema mejoró de un 5,6 en 2007 (sobre 10) a un 6,4 en 2008. Esta cifra se mantuvo en torno al 6,6 durante 2010-2012, para bajar una décima en 2013 y otra en 2014, y posteriormente aumentar ligeramente hasta situarse actualmente en el 6,55 (Figura 3.79).

**Figura 3.79. Grado de satisfacción de los ciudadanos con el funcionamiento del sistema sanitario público, por sexo**



Fuente: Barómetro Sanitario CIS/MSSSI

La satisfacción con las consultas de atención primaria y especializada mejoró durante el periodo analizado, incluyendo la época de crisis económica. El porcentaje de encuestados que consideraban que habían recibido una atención buena o muy buena en los hospitales públicos se mantuvo en cifras cercanas al 87% durante la crisis, al mismo nivel que una vez superada ésta (tabla 3.50).

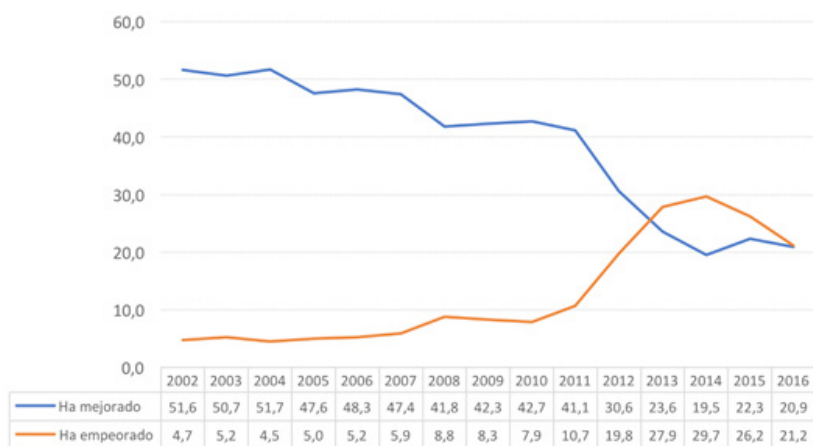
**Tabla 3.50. Porcentaje de encuestados que considera que ha recibido una atención buena o muy buena, por tipo de servicio (ambos sexos)**

|                         | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Consulta médico familia | 82,6 | 84,4 | 83,6 | 84,0 | ---  | 84,9 | 86,1 | 86,3 | 86,6 | 87,6 | 87,1 | 88,0 | 86,3 | 86,0 | 87,4 |
| Consulta especialista   | 80,3 | 80,0 | 76,5 | 81,6 | 81,2 | 81,8 | 82,0 | 81,5 | 82,7 | 83,5 | 83,9 | 83,3 | 82,2 | 79,5 | 83,5 |
| Hospitalización         | 81,9 | 87,9 | 85,8 | 83,5 | 84,6 | 85,6 | 87,5 | 85,7 | 87,8 | 86,7 | 87,7 | 84,3 | 88,3 | 85,8 | 86,6 |

Fuente: Barómetro Sanitario CIS/MSSSI

Sin embargo, la situación no es tan optimista cuando se pregunta a los ciudadanos sobre si creen que distintos servicios sanitarios han mejorado o empeorado respecto a los 5 años anteriores (encuestas del CIS). A partir de 2011 se observa un marcado empeoramiento de la percepción de la ciudadanía sobre el funcionamiento de las consultas de atención primaria (figura 3.80), especializada (figura 3.81) y hospitalaria (figura 3.82).

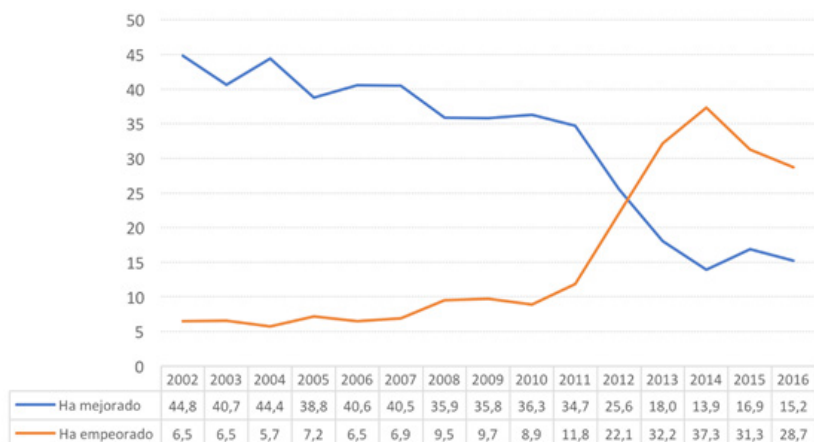
**Figura 3.80. Proporción de encuestados que opinan que las consultas de atención primaria han mejorado o empeorado respecto a hace 5 años (ambos sexos, población adulta)**



Fuente: Barómetro Sanitario CIS/MSSSI

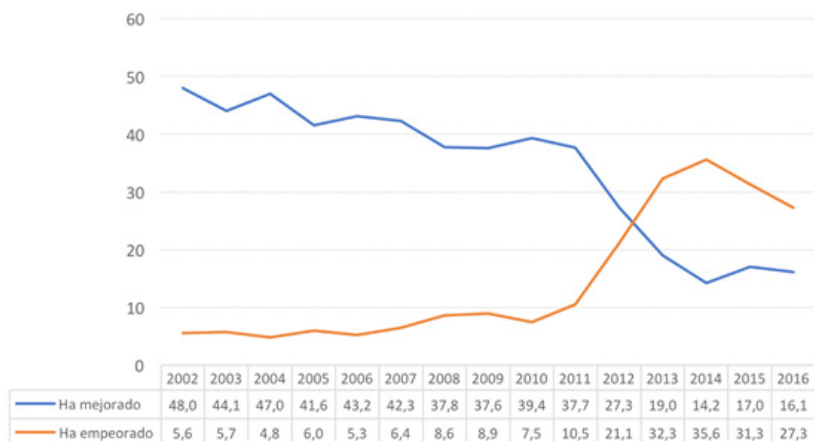


**Figura 3.81. Proporción de encuestados que opinan que las consultas de atención especializada han mejorado o empeorado respecto a hace 5 años (ambos sexos, población adulta)**



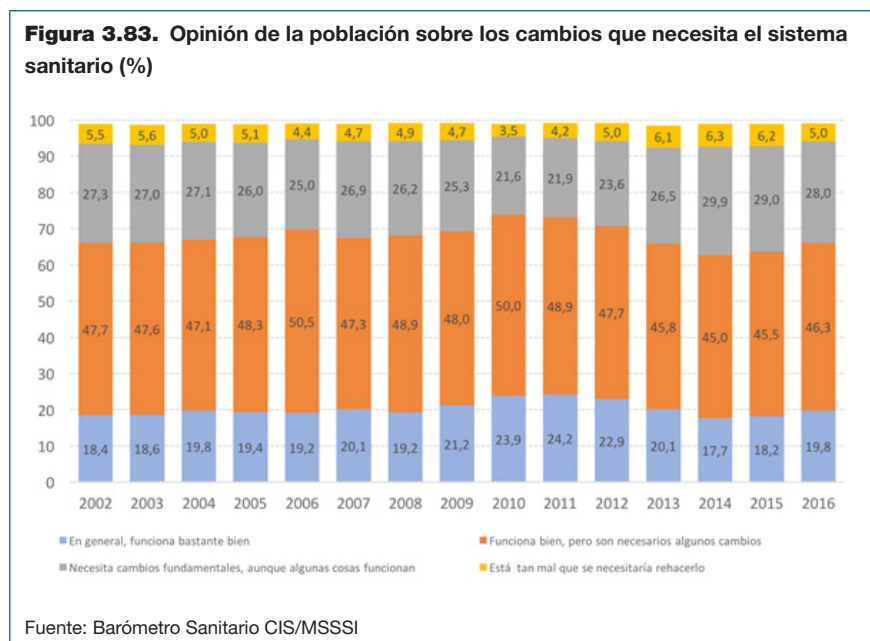
Fuente: Barómetro Sanitario CIS/MSSSI

**Figura 3.82. Proporción de encuestados que opinan que la atención hospitalaria ha mejorado o empeorado respecto a hace 5 años (ambos sexos, población adulta)**



Fuente: Barómetro Sanitario CIS/MSSSI

En cuanto a la opinión de los ciudadanos sobre el funcionamiento o los posibles cambios que necesita el sistema sanitario, durante la crisis aumentó hasta en 5 puntos porcentuales la proporción de encuestados que opinaba que en general funciona bastante bien, en detrimento de los que creen que necesita cambios fundamentales, aunque algunas cosas funcionan bien (Figura 3.83).



### 3.6. Resumen de indicadores

La tabla 3.50 muestra la evolución que han experimentado todos y cada uno de los indicadores que se han analizado en este epígrafe. Asimismo, allí donde existe información disponible, se ha comparado el último valor existente del indicador con el mismo de la UE-28.

Comenzando por los datos de evolución de salud, se observa que los distintos indicadores de esperanza de vida (al nacer, a los 65 años, en buena salud) y los indicadores de mortalidad (tasas de mortalidad estandarizadas, fallecimientos prematuros y APVP), han presentado una evolución favorable pese a la crisis económica. En relación con los datos de la UE-28, Espa-

ña, para los últimos años de información disponible, mantiene una situación comparativamente favorable.

La tasa de mortalidad infantil también se ha reducido, así como los fallecimientos por embarazo o parto, si bien la tasa de recién nacidos con bajo peso al nacer ha mostrado un repunte desfavorable. La tasa de mortalidad infantil presenta resultados comparativamente favorables respecto a la media de la UE-28.

En relación con la salud autopercebida, el porcentaje de población adulta que indica que su salud es buena o muy buena mejoró entre el periodo anterior a la crisis y los años de crisis, para empeorar ligeramente en los últimos años de análisis. Tomando el conjunto del periodo analizado, los resultados son favorables. Asimismo, en comparación con los países UE-28, la salud autoreportada en España se mantiene en unos niveles superiores.

Pasando ya a las enfermedades crónicas, en general, con la excepción de la Diabetes Mellitus, la prevalencia de enfermedades diagnosticadas y reportadas por las personas participantes en la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud no muestran que durante los años de se haya producido un incremento en las mismas. Especialmente favorable es la evolución mostrada en el nivel de defensas de las personas portadoras del VIH. En aquellas enfermedades crónicas donde es posible la comparación con los países de la UE-28, EPOC, asma y diabetes, mostramos indicadores comparativamente favorables, en las dos primeras, o similares, en el caso de la diabetes.

No obstante, en el campo de los factores de riesgo vascular (hipertensión, hipercolesterolemia y obesidad), los indicadores muestran una evolución desfavorable a lo largo del periodo, incrementándose la prevalencia declarada en las encuestas de salud.

En relación con la salud de la población infantil y juvenil, cabe destacar que la mayoría de los indicadores seleccionados (población fumadora; fumadores diarios; jóvenes que alguna vez se han emborrachado; jóvenes que alguna vez han probado el cannabis; jóvenes con bajo estado de ánimo al menos una vez a la semana) empeoró ligera o sustancialmente desde los años anteriores a la crisis a los años de la crisis, para modificar después esta tendencia negativa y mejorar claramente en los años posteriores a la crisis económica.

Pasando ya a los comportamientos en salud, la evolución en porcentaje de la población que consume tabaco, cannabis o es sedentaria ha evolucionado de manera muy favorable a lo largo del periodo, si bien la prevalencia de tabaquismo y consumo de alcohol sigue siendo muy elevada en población joven. En prevalencia tabáquica estamos aún por encima de la media de los países que conforman la UE-28. Además, el número de bebedores compulsivos en fin de semana (binge drinking) muestra una evolución muy desfa-

vorable. Entre los adolescentes, durante la crisis aumentó la prevalencia de borracheras, y actualmente se sitúa en niveles previos a la misma.

En el apartado de indicadores sociales de riesgo para la salud, con la única excepción de la accidentalidad laboral y el apoyo social funcional percibido, todos los indicadores mostraron una evolución muy desfavorable: tasa de desempleo; desempleo de larga duración; riesgo de pobreza y exclusión social; tasa de riesgo de pobreza; privación material severa; índice S80/S20; e índice de Gini. Estos resultados muestran elementos de riesgo para la salud muy preocupantes, que se distribuyen de manera asimétrica entre la población (afectando a los más jóvenes, a los peor formados, a los hogares monoparentales con niños y a los extranjeros de fuera de la Unión Europea). Cabe señalar que, pese a la recuperación macroeconómica, la mayoría de estos indicadores ha empeorado en los años que hemos calificado de post-crisis respecto a los años centrales de crisis, lo cual conlleva una serie de consideraciones y recomendaciones que expondremos en los dos epígrafes que cierran el informe.

En el bloque de indicadores de acceso a los servicios sanitarios, las listas y tiempos de espera hay que interpretarlos con especial precaución debido a las dos rupturas de las series temporales ya señaladas. No obstante, y teniendo en cuenta lo anterior, la evolución observada es claramente desfavorable, identificándose fuertes incrementos en el número de personas y en los tiempos de espera para cirugía quirúrgica y para consultas a especialista.

En lo que respecta a las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios (como suma de público y privado) relacionadas con la renta, nuestro análisis muestra un gradiente «pro-pobre» en las consultas a atención primaria, urgencias y vacunación antigripal, y un gradiente «pro-ricos» en las consultas al especialista y realización de mamografías, en línea con la evidencia disponible. Durante la crisis se observa que el gradiente «pro-pobres» pierde intensidad en el acceso a las consultas al médico general, mientras se intensifica en el acceso a los servicios de urgencia. Asimismo, se aprecia un aumento importante en el gradiente «pro-ricos» asociado a las mamografías. En el resto de servicios analizados (consultas al especialista y vacunación antigripal) no se aprecian cambios significativos.

En el caso de la desigualdad económica en las necesidades médicas no atendidas o no cubiertas, se observa en general un gradiente significativo que perjudica a los individuos con menor nivel de renta. En este caso la desigualdad resulta claramente procíclica, dado que tiende a reducirse (hasta desaparecer) durante los años de crecimiento económico previos a la crisis, aumenta de forma notable entre 2008 y 2014, y vuelve a reducirse nuevamente a partir del momento en que se inicia la recuperación económica, hasta perder significación estadística. No existe una pauta definida en la evolución de la desigualdad para la población extranjera durante el período

analizado. Las diferencias entre extranjeros y españoles son sólo apreciables en algunos años (2004, 2005, 2008 y 2014), siendo la desigualdad económica asociada a las necesidades no cubiertas más intensa en el primer grupo.

Finalmente, en materia de satisfacción de los ciudadanos, los servicios sanitarios públicos siguen siendo valorados positivamente por parte de los ciudadanos. Sin embargo, cuando la pregunta se orienta hacia la evolución de la calidad de los mismos, la respuesta de los ciudadanos denota una conciencia clara de deterioro, tanto en el ámbito de la atención primaria, como de la atención especializada y la atención hospitalaria.

**Tabla 3.50. Evolución de indicadores en salud. Resumen de la evolución y de la situación actual frente a la UE**

| Indicadores  | Evolución 2002-2017 |           |             |   | Situación actual |       |   |
|--|---------------------|-----------|-------------|---|------------------|-------|---|
|  | Pre-crisis          | Crisis    | Post-crisis |   | España           | UE-28 |   |
| Esperanza de vida al nacer (años)  | 80,19               | 81,9      | 82,92       | ● | 83,3             | 80,90 | ● |
| Esperanza de vida al nacer en buena salud (años)                                     | 62,93               | 64,30     | 66,21       | ● | 67,00            | 61,60 | ● |
| Esperanza de vida a los 65 años de edad (años)                                       | 19,27               | 20,34     | 21,05       | ● | 21,40            | 19,90 | ● |
| Esperanza de vida a los 65 años en buena salud (años)                                | 11,40               | 11,13     | 12,39       | ● | 12,40            | 8,6   | ● |
| Años Potenciales de Vida Perdidos (APVP)*  | 2.480.275           | 2.308.823 | 2.198.815   | ● | 2.209.804        | n.d   |   |
| Tasa de mortalidad estandarizada (x100.000h)**                                       | 800,85              | 797       | 859,59      |   | 850              | 1.000 | ● |
| Fallecimientos prematuros (número)   | 65.100              | 62.700    | 59.040      | ● | 59.350           | n.d   |   |
| Mortalidad Innesariamente Prematura y Sanitariamente Evitable (tasa por 10.000 hab.) | 113,77              | 91,49     | 85,87       | ● | 84,59            | n.d   |   |
| Tasa de mortalidad infantil (tasa por mil)   | 3,80                | 3,14      | 2,65        | ● | 2,8              | 3,6   | ● |
| Tasa de recién nacidos con bajo peso al nacer (tasa por mil)                         | 3,38                | 3,78      | 3,96        | ● | 4,05             | n.d   |   |
| Fallecimientos por embarazo o parto (total)  | 17                  | 16        | 12          | ● | 15               | n.d   |   |
| % Salud autopercibida (muy buena/buena)  | 72,71               | 77,63     | 75,14       | ● | 73               | 67    | ● |
| Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (%)  | 3,98                | 3,81      | 3,32        | ● | 3,3              | 4,0   | ● |
| Asma (%)   | 5,04                | 4,31      | 4,45        | ● | 4,5              | 6,10  | ● |
| Problemas mentales (%)   | 13,65               | 10,69     | 12,05       | ● | 12,05            | n.d   |   |
| Diabetes (%)   | 5,97                | 6,44      | 6,83        | ● | 6,8              | 7,06  | ● |
| Enfermedades del corazón (%)   | 5,40                | 5,18      | 4,73        | ● | 4,73             | n.d   |   |
| VIH/SIDA (nivel defensas alto) (%)   | 33,18               | 42,59     | 57,54       | ● | 57,54            | n.d   |   |
| Hipertensión (%)   | 16,65               | 18,11     | 18,68       | ● | 18,68            | n.d   |   |
| Colesterol (%)   | 12,30               | 16,44     | 16,65       | ● | 16,65            | n.d   |   |
| Obesidad (%)   | 14,6                | 16,5      | 16,9        | ● | 16,2             | 15,4  | ● |
| Sobrepeso (%)  | 37,1                | 37,2      | 35,7        | ● | 34,8             | 34,8  | = |
| Salud autodeclarada excelente o muy buena en población infantil y juvenil (%)        | 91,2                | 91,9      | 91,9        | ● | 91,9             | n.d   |   |
| Fumadores en población infantil y juvenil (%)  | 16,1                | 17,0      | 10,0        | ● | 10,0             | n.d   |   |
| Fumadores diarios en población infantil y juvenil (%)                                | 8,6                 | 8,9       | 4,4         | ● | 4,4              | n.d   |   |
| Población infantil y juvenil que alguna vez se ha emborrachado (%)                   | 30,1                | 33,7      | 23,3        | ● | 23,3             | n.d   |   |
| Población infantil y juvenil que alguna vez ha probado el cannabis (%)               | 29,1                | 34,8      | 27,1        | ● | 27,1             | n.d   |   |
| Población infantil y juvenil con bajo de ánimo al menos una vez a la semana (%)      | 16,1                | 16,2      | 13,9        | ● | 13,9             | n.d   |   |

● Dato favorable, en términos de evolución o de situación actual en comparación con la UE.

● Dato desfavorable, en términos de evolución o de situación actual en comparación con la UE.

(\*) En los APVP solo se considera el periodo 2006-15, debido a la ruptura de la serie en el año 2006. (\*\*) A la hora de interpretar la evolución de la tasa de mortalidad estandarizada, debe recordarse que hay un cambio de serie en el año 2011.

**Tabla 3.50. Evolución de indicadores en salud. Resumen de la evolución y de la situación actual frente a la UE (continuación)**

|                                    | Indicadores  | Evolución 2002-2017 |        |             |   | Situación actual |       |   |
|------------------------------------|--|---------------------|--------|-------------|---|------------------|-------|---|
|                                    |  | Pre-crisis          | Crisis | Post-crisis |   | España           | UE-28 |   |
| Comportamientos en salud           | Tabaco (%)   | 30,3                | 27,9   | 25,3        | ● | 23,5             | 22,5  | ● |
|                                    | Binge drinking últimos 30 días (% población 14-18)               | nd                  | 40,0   | 32,0        | ● | 31,7             | nd    |   |
|                                    | Intoxicaciones etílicas últimos 30 días (% población 14-18 años) | 24,6                | 31,8   | 22,0        | ● | 21,8             | nd    |   |
|                                    | Consumo de cannabis (%)  | 10,9                | 9,8    | 9,5         | ● | 9,5              | nd    |   |
|                                    | Inactividad física (%)   | 49,3                | 40,2   | 37,1        | ● | 37,1             | nd    |   |
| Sociales de riesgo para la salud   | Tasa de desempleo (%)  | 10,0                | 20,2   | 21,0        | ● | 19,6             | 8,6   | ● |
|                                    | % desempleo de larga duración                                    | 27,5                | 35,7   | 50,2        | ● | 9,5              | 4,0   | ● |
|                                    | Accidentalidad laboral por 1000 ocupados                         | 49,0                | 32,0   | 26,0        | ● | 26,7             | nd    |   |
|                                    | Riesgo de pobreza y exclusión social (%)                         | 24,2                | 26,0   | 28,6        | ● | 27,9             | 23,5  | ● |
|                                    | Tasa de riesgo de pobreza (%)                                    | 19,8                | 20,5   | 22,2        | ● | 22,2             | 17,3  | ● |
|                                    | Privación material severa (%)                                    | 4,1                 | 4,9    | 6,4         | ● | 5,8              | 7,5   | ● |
|                                    | S80/S20 (%)  | 5,4                 | 6,1    | 6,8         | ● | 6,8              | 5,2   | ● |
|                                    | Índice de Gini   | 31,6                | 33,5   | 34,6        | ● | 34,5             | 30,8  | ● |
|                                    | Apoyo social funcional percibido (%)                             | nd                  | 23,6   | 27,3        | ● | 27,3             | nd    |   |
| Acceso a ss sanitarios             | Pacientes en espera quirúrgica (x1.000 hab.)                     | 9,8                 | 10,9   | 12,7        | ● | 13,4             | nd    |   |
|                                    | Tiempo promedio de espera quirúrgica (días)                      | 72                  | 79     | 97          | ● | 115              | nd    |   |
|                                    | Pacientes en espera al especialista x1.000 hab.)                 | 37                  | 38     | 43          | ● | 43,9             | nd    |   |
|                                    | Tiempo promedio de espera al especialista (días)                 | 56                  | 59     | 65          | ● | 72               | nd    |   |
|                                    | Necesidad de asistencia no atendida (%)                          | 6,0                 | 3,9    | 2,2         | ● | 2,2              | nd    |   |
|                                    | Vacunación contra la gripe >64 años (%)                          | 67,3                | 59,8   | 56,0        | ● | 55,6             | 34,0  | ● |
| Satisfacción con los ss sanitarios | Satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público | 5,8                 | 6,5    | 6,4         | ● | 6,6              | nd    |   |
|                                    | % opina atención buena/muy buena en consulta médico familia      | 83,7                | 86,3   | 87,0        | ● | 87,4             | nd    |   |
|                                    | % opina atención buena/muy buena en consulta especialista        | 79,9                | 82,3   | 82,5        | ● | 83,5             | nd    |   |
|                                    | % opina atención buena/muy buena en consulta Hospitalización     | 84,7                | 86,7   | 86,5        | ● | 86,6             | nd    |   |
|                                    | % opina que las consultas AP han mejorado                        | 50,0                | 38,5   | 20,9        | ● | 20,9             | nd    |   |
|                                    | % opina que las consultas AE han mejorado                        | 41,8                | 32,4   | 15,3        | ● | 15,2             | nd    |   |
|                                    | % opina que la atención hospitalizada ha mejorado                | 44,8                | 34,4   | 15,8        | ● | 16,1             | nd    |   |





## 4. Conclusiones

En el momento de escribir este informe se cumplen diez años desde el inicio de la crisis económica en España. Por tanto, los posibles efectos a corto plazo deberían haberse mostrado ya. Los resultados obtenidos muestran que la crisis no parece haber afectado, al menos en el corto plazo, a la salud de los españoles ni a la de los extranjeros residentes en España, salvo en la dimensión de salud mental. Indicadores generales de salud como la esperanza de vida, las tasas de mortalidad, los años de vida saludables, los Años Potenciales de Vida Perdidos y la mortalidad infantil no parecen mostrar una peor evolución durante los años de crisis, en relación con los años previos. Por tipos de enfermedad y lesión, como aspectos más destacados, los tumores ganan peso relativo en indicadores de tasas de mortalidad y APVP, mientras que los accidentes de tráfico muestran un notable retroceso en todos los indicadores, derivado fundamentalmente del fuerte descenso en el número de fallecimientos experimentado a lo largo de todo el periodo. El caso contrario es el de los suicidios. Sobre esta causa de muerte (y sobre sus intentos) se han escrito numerosos artículos cuyas conclusiones no son coincidentes y que han generado un importante debate al respecto. A ello debe unirse el cambio metodológico realizado por el INE en el año 2013, que afecta a los casos de muerte afectados por procedimiento judicial, lo que hace más compleja la comparación de la serie temporal de los suicidios.

En materia de salud autopercebida, la literatura no aprecia un deterioro en este indicador. Al contrario, se identifica incluso una mejora en la percepción de la salud de la mayor parte de la población. Los resultados, extendidos hasta el año 2014, confirman esa tendencia, especialmente marcada entre las mujeres, la población con menor nivel de estudios y el colectivo de desempleados. Se ha sugerido que en épocas de crisis económica y fuerte desempleo la salud pierde posiciones en el ranking de preocupaciones de los individuos, y que ante nuevos problemas socioeconómicos derivados de la crisis, los síntomas y problemas de salud se perciben como menos graves; ello contribuiría a explicar que éstos reporten una mejor salud subjetiva. Además, el análisis multivariante confirma que la salud autopercebida ha mejorado durante la crisis en ambos sexos, aunque el efecto no se ha mantenido en la etapa post-crisis.

De manera similar a la salud autopercebida, en el caso de las enfermedades crónicas nuestras principales fuentes de información han sido las distintas ediciones de la Encuesta Nacional de Salud y la Encuesta Europea de Salud (módulo de España) para el periodo 2003-2014. En este sentido, cabe señalar que el hecho de que las encuestas sean de corte transversal impone

restricciones importantes al análisis de los resultados. En primer lugar, las preguntas sobre las enfermedades crónicas no son exactamente iguales en todas las ediciones, lo cual supone que en algunos casos no es posible emplear todas las encuestas para los distintos años en los que se realizaron. En segundo lugar, solo el seguimiento longitudinal permitiría identificar cambios en los mismos individuos a lo largo del tiempo (cambios en el estado de salud pero también en el estatus laboral, por ejemplo). Con encuestas de corte transversal, aunque sean representativas a nivel nacional, no es posible analizar cambios de los mismos individuos en distintos momentos. Otro elemento a considerar es que en estas encuestas son las personas las que declaran padecer o no ciertas enfermedades crónicas, y las que aportan información de sus comportamientos en salud (alimentación, consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales...) y medidas corporales. Ello puede ser relevante toda vez que puede haber diferencias entre la percepción de padecer una enfermedad y tener un diagnóstico de la misma (si bien las encuestas preguntan, para cada condición crónica, si se ha padecido y si ha sido diagnosticada por el médico, el recuerdo puede ser selectivo y sesgado). Este sesgo puede además actuar en ambos sentidos: pensar que se padece una enfermedad sin haber sido diagnosticado, o pensar que no se padece por ignorar o no asimilar la información procedente de un diagnóstico médico. Un último elemento a considerar es que el sistema sanitario español de 2003 no es el mismo que en 2007 o en 2014. A medida que un sistema mejora en calidad, la identificación de ciertas enfermedades crónicas y de factores de riesgo se hará de manera más temprana y sistemática. Al contrario, si la calidad de un sistema se ve comprometida, la identificación y diagnóstico de ciertas enfermedades y factores de riesgo pueden retrasarse. Asimismo, una mejora en los tratamientos reducirá la mortalidad en estas enfermedades crónicas pero se incrementará el número de personas que padecen las mismas (por efecto supervivencia). Por estos motivos, los resultados obtenidos de estas encuestas y su interpretación deben ser tomados con una cierta precaución.

Una vez matizados estos puntos, no parece que la crisis se asocie, a corto plazo, con un incremento de ciertas enfermedades crónicas como el EPOC, asma, enfermedades del corazón o la infección por VIH/SIDA. En el caso de las personas con VIH/SIDA, el porcentaje de individuos con un alto nivel de defensas en su organismo (medida que determina el estado de salud de este colectivo), ha aumentado en el periodo analizado, mostrando así una mejora considerable en el estado de salud de este grupo de población.

Por otra parte, las encuestas señalan una caída en la prevalencia de trastornos mentales entre los años 2006 y 2014, especialmente en el caso de las mujeres. Empleando el índice GHQ, el riesgo de padecer enfermedad mental en la población se ha mantenido estable entre 2006 y 2011/2012.

Aunque dicho riesgo se redujo levemente para las mujeres, en el caso de los varones aumentó. Las conclusiones de estudios previos apuntan que hubo un deterioro de la salud mental acentuado en el caso de los varones en edad laboral, especialmente en aquellas personas en situación de desempleo o con empleos precarios.

En el caso de la diabetes, en cambio, sí parece identificarse un incremento general de la prevalencia declarada entre 2003 y 2011, y mantenida en 2014, especialmente entre los hombres y entre las personas mayores de 65 años, si bien en el análisis multivariante el efecto de la crisis no se identifica como estadísticamente significativo. La Diabetes Mellitus es una enfermedad por sí misma, pero también es un factor de riesgo cardiovascular. Además de la diabetes, se observa un comportamiento desfavorable en la prevalencia declarada de otros indicadores de riesgo como son la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y las tasas de obesidad de la población, siendo especialmente preocupantes las tasas infantiles de estos últimos indicadores. Sin embargo, el análisis multivariante muestra que el efecto crisis y post-crisis no ha sido estadísticamente significativo en el aumento de la diabetes, mientras que sí lo ha sido para el caso de la obesidad y colesterol en los varones.

Por lo que respecta a la salud infantil-juvenil, la salud autopercebida se ha mantenido en niveles muy elevados (la población que declara salud excelente o muy buena ronda el 92%). Los indicadores referidos a comportamientos en salud (personas que han fumado en alguna ocasión, fumadores diarios, jóvenes que se han emborrado en alguna ocasión o que han probado el cannabis) se ha reducido a lo largo del periodo estudiado, si bien hay que señalar dos matices. En primer lugar, el porcentaje de personas que habían fumado en alguna ocasión y de fumadores diarios se incrementó ligeramente en los años de crisis para luego caer de forma significativa. Por otra parte, el porcentaje de población infantil y juvenil que declaró haberse emborrachado o haber probado el cannabis se incrementó de manera importante en los años de crisis para después reducirse a niveles inferiores en comparación con los años previos a la crisis. Otro elemento a tener en cuenta es que el porcentaje de población infantil-juvenil que alguna vez se había emborrachado o había probado el cannabis se mantiene en cifras muy elevadas en el año 2014 (23,3% y 27,1%, respectivamente).

La evolución de otros indicadores de comportamiento en salud, como es el consumo de alcohol, es ambigua. Por una parte, el indicador del porcentaje de personas que han padecido intoxicaciones etílicas en los 12 meses previos a ser entrevistados ha evolucionado favorablemente (excepto en la población de 15 a 24 años). Sin embargo, la evolución y los niveles de la prevalencia de consumo de alcohol en atracón (binge drinking) en los 30 días previos a la encuesta es muy preocupante. En materia de consumo de

drogas ilegales, los porcentajes de consumo de marihuana siguen siendo elevados entre la población joven (aunque no mayores que antes de la crisis), mientras el consumo de cocaína (una droga mucho más cara) ha caído en este periodo. En el resto de sustancias (anfetaminas, heroína, éxtasis,...) se viene produciendo un marcado descenso desde el año 2001, tendencia que no se ha visto modificada por la crisis. También podemos observar un comportamiento favorable en el porcentaje de la población que realiza ejercicio físico, con un notable descenso del sedentarismo, así como del porcentaje de población consumidora de tabaco, cuya disminución a lo largo del periodo observado se asocia, según estudios previos, a la entrada en vigor de la prohibición total de consumo de tabaco en lugares públicos, que coincide temporalmente con la crisis económica. El periodo post-crisis sí parece haber favorecido la reducción en el consumo de tabaco y alcohol en niños y un aumento en la actividad física, especialmente entre las niñas. Por el contrario, el consumo de cannabis parece haber aumentado.

Los resultados observados para la población general no deben ocultar las grandes diferencias identificadas entre grupos sociales y por estatus de ocupación. Así, para aquellos indicadores de los que se dispone de información (enfermedades declaradas y comportamientos en salud), existen marcadas diferencias entre la población desempleada y la población ocupada y entre las personas sin estudios o con estudios primarios y las personas de educación superior. Por ejemplo, en el plano de la salud mental, el porcentaje de personas con trastornos mentales declarados es entre 6 y 8 puntos porcentuales superior en población desempleada. Cuando se controla por nivel educativo, las diferencias son incluso más marcadas. En relación con el riesgo de padecer un problema mental medido a través del GHQ-12, la prevalencia en población ocupada alcanzaba el 14,9% en 2011 en comparación con el 29,2% en población desempleada. Por nivel de estudios, un 27,0% de la población sin estudios estaba en riesgo de padecer un problema mental, frente a un 14,7% de la población con estudios superiores. Mucho más marcada es la diferencia en la prevalencia del consumo de antidepresivos en las dos últimas semanas de realización de la encuesta. Concretamente, en 2014, el 12% de las personas sin ningún tipo de formación había consumido antidepresivos frente a un 2,6% de la población con estudios superiores. Asimismo, tan solo un 2,6% de las personas empleadas consumió este tipo de fármacos frente a un 5,4% en los desempleados. La evolución observada en los indicadores es congruente con la literatura que se ha publicado en los últimos años, donde se hace especial énfasis en el riesgo de deterioro mental de las personas desempleadas, especialmente en varones y en personas desempleadas de larga duración.

Inciendo en la misma idea, las diferencias entre población con mayor y menor nivel de estudios y entre población empleada y desempleada se

mantiene para la gran mayoría de indicadores de salud en los cuales es posible diferenciar por estas categorías. Ello supone que, aunque en términos generales muchos indicadores de salud de la población no han empeorado con la crisis o incluso han continuado manteniendo su evolución favorable en los años de crisis, esta evolución ha sido heterogénea, existiendo grupos vulnerables cuyas diferencias con los grupos más favorecidos continúan siendo importantes, con independencia de que, según los casos, se hayan ampliado, reducido o mantenido constantes.

El colectivo de extranjeros es un claro exponente de grupo vulnerable especialmente afectado por la crisis. Aunque se trata de un grupo de población más joven que el promedio nacional, y por tanto con una menor prevalencia de enfermedades crónicas y un mejor estado de salud, su menor nivel educativo y tipo de empleo ha hecho que la crisis tuviera un mayor efecto en ellos. Durante el periodo analizado, la evolución de sus indicadores de salud no sólo ha sido peor que los de la población nacional, sino que en algunos casos (como en asma o enfermedades del corazón) ha llegado a presentar una tendencia totalmente opuesta, viendo aumentada su prevalencia. Cabría considerar la hipótesis, no contrastada, de que con la crisis han retornado a sus países de origen o a terceros países en mayor proporción los inmigrantes sanos. Hay que tener presente que al no ser datos longitudinales el colectivo de inmigrantes de la encuesta de 2014 no coincide con el de los años pre-crisis.

Otro elemento de interés es el de las diferencias entre sexos. Las mujeres presentan una mayor esperanza de vida que los varones (86 vs. 83 años en 2016), pero una peor salud autopercebida (67% vs. 75% con salud buena o muy buena en 2014). En términos relativos, ambos grupos han mejorado de manera similar durante la crisis, por lo que se han mantenido las diferencias entre ambos. Sin embargo, se han producido discrepancias en la evolución de algunas enfermedades crónicas, como el asma o la EPOC. A pesar de la ligera mejora producida durante los últimos años, los trastornos mentales siguen siendo la fuente de mayores divergencias entre sexos, con una prevalencia entre las mujeres que dobla a la de los varones (16% vs 8% en 2014), que la literatura asocia a distintos factores (diferencias en la manera de reaccionar ante situaciones vitales, en la forma de manifestar determinados síntomas y en el diagnóstico asociado a los mismos).

Por otra parte, los efectos de la crisis en la salud podrían no manifestarse inmediatamente sino transcurrido un tiempo, especialmente si la evolución de los resultados en salud está más correlacionada con factores que escapan al ámbito directo de actuación del sistema sanitario. Así, es especialmente preocupante el importante deterioro de factores de riesgo social, lo cual obliga a ser cautelosos a la hora de extrapolar las conclusiones derivadas de los indicadores de salud actuales al medio-largo plazo.

Los indicadores socioeconómicos analizados han presentado una evolución alarmante como consecuencia de la crisis económica. Empezando por el desempleo, las tasas de paro alcanzadas nos han retrotraído a los peores resultados de los años 80 del pasado siglo, con una velocidad vertiginosa en su crecimiento, especialmente virulento entre la población más joven y con gran persistencia, como se deriva de las cifras del desempleo de larga duración. Al igual que vimos con los indicadores de salud, el crecimiento del desempleo no ha sido homogéneo, siendo las personas sin estudios o con estudios primarios las más afectadas. A ello hemos de sumar que, incluso antes de la crisis y tras años de bonanza económica, la proporción de personas en riesgo de pobreza y/o exclusión social (medido por el índice AROPE) era muy preocupante. La crisis económica no ha hecho sino empeorar esta situación y su remisión en los años 2014-2016 es más bien tímida y lejos de resultar satisfactoria. Al contrario que en crisis pasadas, la población que peor evolucionó en términos de riesgo de pobreza no fue la de mayor edad, puesto que sus rentas han estado protegidas por el sistema de pensiones. En cambio, ha empeorado la situación de grupos que ya en 2004 se identificaban como desfavorecidos, cuyos máximos exponentes son las personas desempleadas o con empleos de bajos salarios en hogares con un solo adulto y cargas familiares. En este sentido, cabe señalar la gran importancia que juega en España, por una parte, la red de apoyo familiar (destacamos que el apoyo social funcional percibido ha aumentado durante la crisis en todos los grupos), pero también los mecanismos estabilizadores del Estado del Bienestar. Podemos pensar que son insuficientes o mejorables, pero el indicador de la tasa de riesgo de pobreza antes y después de las transferencias sociales nos marca claramente la importancia de las actuaciones públicas durante la crisis. Otros indicadores que complementan el panorama social son los referidos a desigualdades en renta. Tanto el índice de Gini como el de distribución de la renta S80/S20 nos señalan un crecimiento sostenido de las desigualdades durante los años de crisis, especialmente entre los menores de 65 años, sin que la recuperación económica se haya trasladado a una reducción de las desigualdades.

Pasando al apartado de indicadores de acceso a servicios sanitarios, las listas de espera, tanto diagnósticas como quirúrgicas, han crecido de manera notable durante los años de crisis. Y ello tanto en lo que respecta al número de personas en la lista de espera estructural como en relación con los tiempos de espera observados. No obstante, se aprecian singularidades, tanto en los tiempos como en el número de pacientes en espera, que hacen que los resultados se deban interpretar con cierta cautela. Por ejemplo, en los primeros años de crisis (2009-2012) se observa una evolución desfavorable en los indicadores principales. Después parece apreciarse una mejora en los mismos, si bien los resultados vuelven a empeorar a partir de 2015.

Si estos resultados están sirviendo de aviso de un riesgo de sobrecarga del sistema sanitario o corresponden a revisiones estadísticas de las fuentes de procedencia de los datos es una cuestión que los autores del informe no podemos responder de manera rotunda pero, en todo caso, los datos disponibles aconsejan prudencia, vigilancia y una mejora de la información para diagnosticar correctamente los problemas del sistema sanitario.

Por otra parte, nuestro análisis muestra que los índices de desigualdad de acceso a la atención primaria y a las visitas a urgencias (que muestran el clásico gradiente «pro-pobres») parecen haber seguido sendas contrarias durante la crisis, reduciéndose en el primer caso y acentuándose en el segundo. Estos resultados podrían estar indicando un aumento en las barreras de acceso a la atención primaria durante los años de crisis económica, que estarían siendo compensados por los usuarios a través de un mayor uso de las urgencias. No obstante, es necesario continuar investigando las causas que subyacen a esta evolución de la desigualdad.

Respecto a los problemas generales de acceso al sistema, según las encuestas nacionales y europeas de salud, la inaccesibilidad a la asistencia sanitaria, definida como la necesidad percibida de asistencia sanitaria no atendida, no creció durante la crisis económica. Al contrario, se redujo del 4% en 2006 al 2% en 2014 y el motivo más aducido fue una espera excesiva. Los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida muestran un panorama similar. No obstante, y pese a que España se encuentra entre los países europeos con una menor prevalencia de problemas de inaccesibilidad, el gradiente social asociado a este indicador aumentó de forma muy notable durante los años de la crisis económica, si bien volvió a reducirse a partir de 2014, repitiendo así la pauta del período pre-crisis. Aunque sólo en algunos años se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres, o entre nacionales y extranjeros, cuando tienen lugar las desigualdades sociales tienden a perjudicar a los colectivos de mujeres y extranjeros.

En el terreno de los servicios preventivos, la cobertura de primovacunación infantil no decayó durante los años de crisis, manteniéndose en cifras de entre el 94-97%, dependiendo de la vacuna. Sin embargo, sí parece observarse una reducción notable en la cobertura de la vacunación frente a la gripe en personas de 65 y más años. No obstante, en otros servicios preventivos, como las mamografías, la cobertura se incrementó pese a la crisis. Sin embargo, cabe destacar que la desigualdad social en el acceso a esta prueba diagnóstica aumentó de manera apreciable entre los años 2006-07 y 2011-12, intensificándose el sesgo «pro-ricos».

Finalmente, acudiendo a la opinión de los ciudadanos sobre la calidad de su sistema sanitario, su grado de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario público no parece haberse visto perjudicado por la crisis. No obstante, al tiempo se observa una sensación ciudadana de empeora-



miento sobre el funcionamiento de las consultas de atención primaria, especializada y hospitalaria.

Resumiendo la información revisada y expuesta en este informe, los resultados, tanto los obtenidos de la literatura como de los indicadores estudiados, identifican la necesidad de invertir en políticas de salud y de mejora del bienestar que trasciendan el medio sanitario, puesto que los mayores riesgos para la salud se encuentran más allá de dicho ámbito, así como sus respuestas.

Pese al importante papel que puede atribuirse al sistema sanitario público en la reducción de las desigualdades sociales en salud a lo largo del tiempo, dichas desigualdades persisten. Existe evidencia de que en parte se deben a las circunstancias socioeconómicas vividas en la infancia, y de que la salud de los hijos depende de la situación laboral de los progenitores (Pinilla et al., 2017). Así, las dificultades asociadas al mercado de trabajo propias de las crisis económicas pueden tener un impacto negativo en la salud de las generaciones más jóvenes. Pese a que este impacto aún no sea visible, es posible que se manifieste en el medio y largo plazo. Asimismo, si el modelo mediterráneo de ayuda familiar (con la red de apoyo familiar como elemento subsidiario del Estado del Bienestar) declinara en favor de otro tipo de organización de la sociedad, los efectos negativos podrían intensificarse. Ello implica, en primer lugar, que una lucha eficaz contra las desigualdades sociales en salud debe concentrar más esfuerzos en la mejora de las condiciones de vida para los colectivos socioeconómicamente más desfavorecidos. Más allá de los logros que puedan obtenerse a través del sistema de salud, es importante destacar que las políticas sociales que incidan sobre estos grupos de población (incluyendo intervenciones decididas en educación desde los primeros años de vida) pueden tener efectos persistentes y resultar potencialmente útiles para promover la salud de las generaciones futuras y, de manera adicional, disminuir las desigualdades.

En relación con la literatura revisada y los indicadores actualmente existentes, si bien se ha realizado un gran esfuerzo por parte de la comunidad científica en analizar los efectos de la crisis económica sobre la salud, y contamos con una gran riqueza de indicadores, hay dos elementos que limitan seriamente el establecimiento de relaciones causa efecto entre crisis y salud. El primero de ellos es que no contamos con encuestas centradas en la salud de carácter longitudinal que permitan la observación de una muestra de ciudadanos representativa del conjunto nacional a lo largo del tiempo. La gran mayoría de los trabajos de investigación sobre la crisis y la salud en España se basa en estudios que emplean datos de corte transversal, muy marcadamente las ediciones de la Encuesta Nacional de Salud. Si bien esta encuesta es muy rica en información relevante para el tema estudiado, la falta de longitudinalidad impide conocer cómo ha afectado la crisis de manera



directa a las personas que participan en la misma. Un segundo elemento a considerar sería que las bases de datos administrativas y los indicadores agregados no han permitido diferenciar, hasta el momento, resultados en salud por características socioeconómicas de las personas. Aunque en algunas Comunidades Autónomas se está avanzando de manera importante en este sentido, no contamos con bases de datos nacionales que nos permitan ligar el estado de salud con la renta familiar, la clase social o el nivel de estudios. Se debe señalar que recientemente la Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte ha incorporado el nivel de estudios finalizado entre sus variables de interés. No obstante, esta información no consta para años previos a la crisis económica, lo cual imposibilita su aplicación para el objeto de este informe. Un gran avance de los años recientes es la posibilidad de trabajar con datos censales (censo de población) ligados al registro de defunciones, permitiendo por vez primera realizar análisis de supervivencia y mortalidad. Algunos de los estudios publicados con esas fuentes no encuentran efectos relevantes de deterioro de la salud de la población durante los años de crisis). Por ello, fundiendo conclusiones con recomendaciones, conviene insistir en la necesidad de recomendar que se mantenga el esfuerzo investigador realizado estos años y se continúe estudiando los efectos de la crisis de forma sistemática en los años venideros, pues muchos indicadores de salud pueden reflejar retardadamente algunos de los efectos negativos de la crisis.



## 5. Recomendaciones

A continuación proponemos una serie de recomendaciones dirigidas hacia diversos ámbitos de las políticas públicas que, en opinión de los autores, se derivan de los resultados de este informe. No obstante, antes de entrar en ellas, la principal sugerencia que trasladamos a los decisores es la importancia de la revisión y evaluación de las medidas que ya se promueven desde las Estrategias impulsadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (posiblemente comenzando por la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud) y las incluidas en los Planes de Salud de las Comunidades Autónomas<sup>18</sup>.

Una recomendación que directamente se extrae del informe es subrayar la necesidad de continuar invirtiendo en sistemas de información que nos permitan, por una parte, conocer el efecto de las crisis económicas en la población e identificar y seguir longitudinalmente a los grupos socioeconómicos más afectados por la misma y, por otra, poder anticipar dichos efectos para promover políticas selectivas destinadas a amortiguar los efectos más nocivos de las crisis en estos grupos desfavorecidos. En este sentido, cabe reconocer las mejoras en los sistemas de información realizadas en los últimos años y aplaudir que algunas CCAA ya hayan iniciado el proceso de publicar datos de salud e indicadores de acceso y utilización por grupos socioeconómicos, así como análisis de calidad de los servicios prestados por los distintos proveedores.

Del análisis de la literatura y la revisión de indicadores aflora el hecho de que aunque los indicadores en salud no parecen haberse visto afectados de manera negativa a corto plazo por la crisis, sí hay un empeoramiento generalizado de los factores de riesgo social. Además, los efectos de la crisis están siendo heterogéneos entre distintos grupos de población.

Valdría la pena, en opinión de los autores de este informe, valorar la posibilidad de incluir algún indicador de gradiente socioeconómico de acceso en el cuadro de mando de los hospitales y centros de atención primaria a partir de información básica a incluir en la historia clínica. Haciendo visible

<sup>18</sup> Actualmente (primavera de 2018), diez CCAA tienen en marcha planes de salud, de los cuales siete (Andalucía, País Vasco, Extremadura, Navarra, Valencia, Castilla y León, Cataluña) tienen el año 2020 como horizonte, dos el año 2019 (Cantabria y La Rioja) y uno (Aragón) termina en 2030. Alternativamente al plan de salud en su concepción más o menos tradicional, algunas CCAA optan por planes específicos como el de salud mental o de salud laboral. La crisis suele estar presente en el texto de los planes de salud, en mayor o menor grado. Aunque todos mencionan la Salud en Todas las Políticas como estrategia de abordaje de los problemas, la intensidad de la interdepartamentalización e intersectorialización es muy variable entre planes.

el problema de la (posible) desigualdad de acceso se conseguirá concienciar a los profesionales y a la población.

Además de las anteriores sugerencias de incrementar la inversión en sistemas de información que ayuden a conocer mejor la situación actual y anticipar riesgos futuros, cabe señalar otro conjunto de sugerencias concretas en diversos ámbitos de las políticas públicas:

- 1) Los factores de riesgo identificados tienen su origen fuera del sistema sanitario. Por tanto, el sistema sanitario debe estar preparado para atender las mayores necesidades en salud que pueden surgir en momentos de crisis y posteriores, pero una buena parte de las políticas en salud deben desarrollarse fuera del medio sanitario.
- 2) La escuela es un lugar idóneo para mejorar la salud y el bienestar de los hoy niños y mañana adultos. La pobreza infantil se asocia a mayor fracaso escolar y, por tanto, a menores oportunidades futuras y peor salud y bienestar. Las políticas educativas deben ser prioritarias (aún más) en años de crisis y los recursos destinados a alumnos con problemas escolares o necesidades especiales no deben ser los primeros en sufrir los ajustes presupuestarios, sino al contrario.
- 3) La escuela es también un lugar donde educar en salud. Hemos visto que las cifras de obesidad y sobrepeso infantil son preocupantes. Los programas de educación alimentaria deben tener en la escuela un ámbito prioritario de actuación. Por otra parte, existen varios trabajos españoles que han confirmado que programas donde se promocionan juegos tradicionales (que exigen mayor actividad física) consiguen una mejora física y mental de los niños que participan en los mismos.
- 4) Posiblemente las dos políticas que más han contribuido a evitar el deterioro de la salud y el bienestar de la población han sido políticas extra-sanitarias: la prolongación de las rentas recibidas por personas desempleadas una vez agotado el subsidio por desempleo y el mantenimiento de las pensiones. Sin estas políticas, más el papel clave de otros pilares básicos del Estado del Bienestar como son el sistema sanitario y el educativo, la crisis económica hubiera derivado en una crisis social de mucha mayor magnitud. En relación con futuras crisis, el mantenimiento de una red última de garantía de rentas para todas las personas en situación de vulnerabilidad debe ser una política social de la mayor prioridad.
- 5) Los escenarios futuros de evolución del sistema de pensiones no son precisamente tranquilizadores. Este elemento, que ha sido

clave como estabilizador social en los años de crisis, podría verse comprometido en el futuro. De ahí cabe señalar que no debe darse por hecho que en un futuro los indicadores de salud de la población de más edad vayan a estar protegidos por una renta permanente. Ello dependerá de la situación del sistema de pensiones en la próxima crisis que acontezca.

- 6) Junto a ello, los indicadores de riesgo social nos dibujan un perfil de pobreza más intenso para personas jóvenes sin empleo o con empleo precario y obligaciones familiares. Por ello, ha de insistirse en que el diseño de programas de garantía de rentas para los grupos en situación de necesidad es un elemento que debería ser objeto de debate.
- 7) Si el ámbito laboral se revela como un marco donde pueden estar aumentando o cronificándose riesgos para la salud, el desarrollo de políticas de salud laboral, tanto para personas que se encuentran empleadas como para aquellas personas que desean encontrar empleo, deberían impulsarse con mayor firmeza.
- 8) Otras políticas que han contribuido a mantener los indicadores de salud han sido la buena evolución de los indicadores de consumo de tabaco y la reducción de muertes por accidentes de tráfico. En este sentido, aun felicitándose por los resultados, conviene sugerir que se debe perseverar para evitar una relajación en el cumplimiento de las normas que se encuentran asociadas a la favorable evolución de los resultados en salud en estos ámbitos.
- 9) En el sentido contrario, resulta preocupante el porcentaje de personas jóvenes que se emborrachan o son *binge-drinkers*. Sería necesario el diseño de políticas que actuaran en este ámbito de manera más decidida. Aunque el conjunto de opciones es sin duda amplio, nos remitimos al comentario realizado sobre la educación en salud en el medio escolar.
- 10) Dentro del ámbito sanitario, hemos visto que la prevalencia de trastornos mentales en ciertos colectivos es notablemente superior a la media. Una crisis económica puede incrementar la necesidad de servicios sanitarios especializados en esta área. Dado que el punto de entrada en el sistema y el lugar donde se diagnostica tempranamente (idealmente) es la atención primaria (AP), deberían ponerse en marcha programas especialmente dirigidos a reforzar los servicios sanitarios en las especialidades de AP y psiquiatría, orientados especialmente a los grupos de población más vulnerables.
- 11) Los resultados sobre desigualdad en el acceso parecen indicar un aumento en las barreras de acceso a la atención primaria durante

los años de crisis económica. Teniendo en cuenta que la atención primaria contribuye a mejorar la eficiencia y la equidad de los sistemas sanitarios, es importante evitar que el impacto de la crisis sobre el primer nivel asistencial se consolide.

- 12) La caída en los fondos públicos ha motivado la reducción de los recursos sanitarios en el sistema público. Siempre, pero en momentos de crisis especialmente, el uso eficiente de los recursos debería convertirse en una norma que orientara la asignación de los mismos. En tal sentido, conviene reforzar iniciativas como el «Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España»<sup>19</sup> y avanzar en otras áreas (véase, por ejemplo, el Posicionamiento de SESPAS sobre el establecimiento de precios y financiación en materia de medicamentos, 2017).
- 13) Dada la evolución de las listas de espera en los últimos años convendría reunir a un grupo de expertos que propusieran criterios claros y objetivos de priorización de los pacientes en dichas listas y que esta propuesta fuera sometida a debate y consulta con sociedades científicas y profesionales, decisores sanitarios y representantes de la ciudadanía.
- 14) En materia de copago, una nutrida literatura internacional acumulada durante décadas nos permite señalar que los copagos reducen el consumo innecesario de servicios sanitarios, pero también el necesario. Si la finalidad de un copago no es recaudatoria sino incidir en la asignación racional de los recursos, no tiene sentido la distinción entre activos y pensionistas, sino la distinción por renta y estado de salud. De este modo, convendría extender el tope de gasto mensual que se aplica a personas pensionistas a personas en edad activa. Asimismo, convendría extender la exención del copago a aquellos pacientes donde hay evidencia científica de que sus tratamientos son esenciales para el mantenimiento de su salud.
- 15) Un área no sanitaria donde los copagos cobran gran relevancia es la de los servicios sociales. Convendría que los principios generales que se proponen aplicar al copago de los medicamentos (limitar cuantías para evitar que el acceso al servicio no suponga un empobrecimiento de las familias) se tengan presentes en el campo de los servicios sociales. De hecho, a medida que los sistemas sanitarios y de servicios sociales avancen en su coordinación deberían considerarse de manera conjunta el establecimiento de techo al copago total por ambos tipos de servicios.

<sup>19</sup> Accesible en: [http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal\\_ssc.htm](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/cal_ssc.htm)

- 16) Las desigualdades sociales en salud siguen estando presentes, y en algunos casos incluso se han acentuado. Por ello se recomienda diseñar una estrategia que permita poner en práctica de manera ordenada, y con evaluaciones periódicas, la propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España ya existente.

Todos los anteriores puntos deben operar bajo la premisa de que los programas, actuaciones, estrategias y políticas implementados deben ser evaluados de manera sistemática. El menú de intervenciones es prácticamente ilimitado. Sin conocer los recursos empleados y el retorno alcanzado (en términos de salud, de beneficios sociales, de bienestar) la asignación de los recursos (siempre escasos, pero más en momentos de crisis económicas) no podrá ser ni eficiente ni equitativa.

Así, el planteamiento de la evaluación de las políticas, como principio fundamental de Buen Gobierno de la sanidad pública, debe estar presente desde las fases de diseño (evaluación *ex ante*), implementación (evaluación durante) y tras la finalización de una fase o del despliegue completo de la política (evaluación *ex post*). De esta manera no solo se descartarían en un primer momento políticas poco sensatas que no han alcanzado resultados relevantes en países de nuestro entorno (*ex ante*) sino que sería posible modificar las mismas reforzando aquellos elementos de debilidad o centrando los esfuerzos en la población que más lo necesita (*durante*) y obteniendo las conclusiones pertinentes para futuras políticas (*ex post*).

Para finalizar, los autores del informe queremos dirigirnos tanto a las autoridades sanitarias como a aquellas otras implicadas en el desarrollo de políticas con impacto en la salud para señalarles que nuestras conclusiones no están basadas en la certeza, sino en la incertidumbre. Aparentemente la salud de la población española no se ha visto fuertemente afectada por la crisis, pero el principio de precaución aconseja no tomar estos datos más que como provisionales y prestar especial atención al deterioro de los indicadores sociales, como elemento de riesgo de la salud y el bienestar futuros. Por otra parte, las recomendaciones, en cambio, marcan puntos de actuación basados en la interpretación de los datos analizados en el informe y en la acumulación de conocimiento recogido en la literatura científica sobre los efectos de las crisis. La aplicación, despliegue y concreción de las mismas dependerán del ámbito competencial de los propios decisores (Central, Autonómico, Local) y de los medios y recursos a su alcance.

Les animamos a trabajar juntos en su desarrollo y a perseverar en el empeño para mejorar el bienestar de los ciudadanos, subrayando que de esta crisis se pueden aprender valiosas lecciones para evitar dolor y sufrimiento en las venideras. Porque, mientras no se demuestre lo contrario,

el sistema económico vigente se rige por ciclos. Por tanto, la cuestión no es si volveremos a vivir crisis económicas, sino cuándo se producirán, qué intensidad tendrán, a través de qué canales se trasladarán a la población, cuáles serán los grupos más afectados y cómo actuaremos colectivamente para contrarrestar sus efectos más negativos.



# Referencias bibliográficas

- Abásolo I, Sáez M, López-Casasnovas G. Financial crisis and income-related inequalities in the universal provision of a public service: the case of healthcare in Spain. *Int J Equity Health*. 2017 Jul 24;16(1):134
- Agudelo-Suárez AA, Ronda, E., Vázquez-Navarrete, M. L., García, A. M., Martínez, J. M., & Benavides, F. G. Impact of economic crisis on mental health of migrant workers: what happened with migrants who came to Spain to work? *International journal of public health*. 2013;58(4):627-31.
- Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque M. Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gac Sanit*. 2015;29(1):37-43
- Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanaque MJ. Youth unemployment and economic recession in Spain: influence on health and lifestyles in young people (16-24 years old). *Int J Public Health*. 2015 May;60(4):427-35.
- Álvarez-Gálvez J, Salinas-Perez JA, Rodero-Cosano ML, Salvador-Carulla L. Methodological barriers to studying the association between the economic crisis and suicide in Spain. *BMC Public Health*. 2017 Sep 6;17(1):694.
- Arroyo-Borrell E, Renart G, Saurina C, Saez M. Influence maternal background has on children's mental health. *Int J Equity Health*. 2017 Apr 18;16(1):63.
- Bacigalupe A, Escolar-Pujolar A. The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far. *Int J Equity Health*. 2014;25:13-52.
- Bacigalupe A, Esnaola S, Martín U. The impact of the Great Recession on mental health and its inequalities: the case of a Southern European region, 1997–2013. *International journal for equity in health*. 2016;15(1):1475-9276.
- Babones SJ. Income inequality and population health: correlation and causality. *Soc Sci Med*. 2008;66(7):1614-26.
- Bambra C, Pope D, Swami V, Stanistreet D, Roskam A, Kunst A, et al. Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63(1):38-44.
- Bartoll X, Palència L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *The European Journal of Public Health*. 2014;24(3):415-8.
- Bartoll X, Toffolutti V, Malmusi D, Palència L, Borrell C, Suhrcke M. Health and health behaviours before and during the Great Recession, overall and by socioeconomic status, using data from four repeated cross-sectional health surveys in Spain (2001–2012). *BMC public health*. 2015;15(1):1.
- Barroso C, Abásolo I, Cáceres JJ. Health inequalities by socioeconomic characteristics in Spain: the economic crisis effect. *International Journal for Equity in Health*. 2016;15(1):1.
- Basterra V. Evolución de la prevalencia de alto riesgo de trastornos mentales en población adulta española: 2006-2012. *Gac Sanit*. 2017;31(4):324–326.
- Baumbach, A., & Gulis, G. (2014). Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *The European Journal of Public Health*, 24(3), 399-403.
- Benmarhnia T, Zunzunegui MV, Llácer A, Béland F. Impact of the economic crisis on the health of older persons in Spain: research clues based on an analysis of mortality. SES-PAS report 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 137-141. 2014;28(Supl 1):137-41.

- Bernal JAL, Gasparrini A, Artundo CM, McKee M. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. *The European Journal of Public Health*. 2013;ckt083 %@ 1101-262.
- Blakely T, Tobias M, Atkinson J. Inequalities in mortality during and after restructuring of the New Zealand economy: repeated cohort studies. *BMJ* 2008; 336: 371–75.
- Brenner MH. Mortality and the national economy. A review, and the experience of England and Wales, 1936--76. *Lancet*. 1979;2(8142):568-73.
- Brenner MH. Unemployment, economic growth, and mortality. *Lancet*. 1979;1(8117):672.
- Brenner MH. Commentary: economic growth is the basis of mortality rate decline in the 20th century--experience of the United States 1901-2000. *Int J Epidemiol*. 2005;34(6):1214-21.
- Buchmueller T, Grignon M, Jusot F. Unemployment and mortality in France, 1982-2002. *Mayo* 2007.
- Cabrera-León A, Daponte-Codina A, Mateo I et al. Indicadores contextuales para evaluar los determinantes sociales de la salud y la crisis económica española. *Gaceta Sanitaria* 2017; 31: 194-203
- Calzón Fernández S, Fernández Ajuria A, Martín JJ, Murphy MJ (2015). The impact of the economic crisis on unmet dental care needs in Spain, *J Epidemiol Community Health* 0:1–6.
- Calzón Fernández S, Fernández Ajuria A, del Puerto López del Amo González M, Martín Martín JJ. Diferencias por sexo de la salud percibida antes y durante la crisis económica (2007 y 2011). *Rev Esp Salud Pública*. 2017; Vol. 91; febrero e1-e12.
- Case AL, Paxson C. Economic Status and Health in Childhood: The Origins of the Gradient. *American Economic Review*. 2002;92(5):1308-34.
- Catalano R. Health, medical care, and economic crisis. *N Engl J Med*. 2009;360(8):749-51.
- Claessens S, Kose M. Financial Crises: Explanations, Types, and Implications. International Monetary Fund WP13/28 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2013/wp1328.pdf> 2013.
- Córdoba-Doña JA, San Sebastián M, Escolar-Pujolar A, Martínez-Faure JE, Gustafsson PE. Economic crisis and suicidal behaviour: the role of unemployment, sex and age in Andalusia, southern Spain. *Int J Equity Health*. 2014;13(55).
- Córdoba-Doña JA, Escolar-Pujolar A, San Sebastián M, Gustafsson PE. How are the employed and unemployed affected by the economic crisis in Spain? Educational inequalities, life conditions and mental health in a context of high unemployment. *BMC public health*. 2016;16(1):1.
- Cortès-Franch I, López-Valcárcel BG. Crisis económico-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28:1-6 %@ 0213-9111.
- Coveney M, García-Gómez P, van Doorslaer E, van Ourti T. (2016), Health Disparities by Income in Spain Before and After the Economic Crisis, *Health Econ*. 25(Suppl. 2): 141–158.
- Cutler D, Knaul F, Lozano R, Mendez O, Zurita B. Financial Crisis, Health Outcomes and Aging: Mexico in the 1980s and 1990s. National Bureau of Economic Research, Inc; 2000 Jun.
- Cutler DM, Lleras-Muney A, Vogl T. Socioeconomic Status and Health: Dimensions and Mechanisms. National Bureau of Economic Research Working Paper Series. 2008;14333.
- 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
- Darmon N, Drewnowski A. Does social class predict diet quality? *Am J Clin Nutr*. 2008;87(5):1107-17

- Dávila Quintana C, Gonzalez Lopez-Valcarcel B. Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*. 2009;23:261-5.
- Dávila-Quintana CD, Lopez-Valcarcel BG. Secuelas a largo plazo de la crisis económica y desigualdades sociales en salud. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88:187-90.
- Deaton A, Paxson C. Mortality, Education, Income, and Inequality among American Cohorts. National Bureau of Economic Research, Inc; 1999 May.
- Drewnowski A, Specter SE. Poverty and obesity: the role of energy density and energy costs. *Am J Clin Nutr*. 2004;79(1):6-16.
- Edwards R. Who is hurt by pro-cyclical mortality? *Soc Sci Med* 2008; 62: 2051–58.
- Erreygers G. Correcting the Concentration Index. *Journal of Health Economics* 2009; 28(2): 504-515.
- Fountoulakis KN, Kawohl W, Theodorakis PN, Kerkhof AJ, Navickas A, Höschl C, et al. Relationship of suicide rates to economic variables in Europe: 2000-2011. *Br J Psychiatry*. 2014 Dec;205(6):486-96.
- Flores M, García-Gómez P, Zunzunegui M-V. Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los «niños y niñas de la crisis»? Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28:132-6
- Frasquilho D, Matos MG, Salonna F, Guerreiro D, Storti CC, Gaspar T et al. Mental health outcomes in times of economic recession: a systematic literature review. *BMC public health*. 2016;16(1):1.
- García-Subirats I, Vargas I, Sanz-Barbero B, Malmusi D, Ronda E, Ballesta M et al. Changes in access to health services of the immigrant and native-born population in Spain in the context of economic crisis. *International journal of environmental research and public health*. 2014;11(10):10182-201.
- Gerdtham UG, Ruhm CJ. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. *Econ Hum Biol*. 2006;4(3):298-316.
- 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. *The European Journal of Public Health*. 2013;23(1):103-8.
- Gili M, López-Navarro E, Castro A, Homar C, Navarro C, García-Toro M et al. Gender differences in mental health during the economic crisis. *Psicothema* 2016, Vol. 28, No. 4, 407-413.
- Gispert R et al.(2006). La mortalidad evitable: Lista de consenso para la actualización del indicador En España. *Gac Sanit*.20(3):184-93.
- González López-Valcárcel B, Barber P. Economic Crisis, Austerity Policies, Health and Fairness: Lessons Learned in Spain. *Applied Health Economics and Health Policy*, 2016.
- González López Valcárcel B, Libroero J, García-Sempere A, Peña LM, Bauer S, Puig-Junoy J, Oliva J, Peiró S, Sanfélix-Gimeno G (2017),«Effect of cost sharing on adherence to evidence based medications in patients with acute coronary syndrome, *Heart* 103:1082-1088.
- Gotsens M, Malmusi D, Villarroya N, Vives-Cases C, Garcia-Subirats I, Hernando C, Borrell C Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):923-9
- Groosman M, Kaestner R. Effects of Education on Health. En J.Behrman y N. Stacey (Eds). *The Social Benefits of Education*, pp.69-123. Ann Arbor: University of Michigan Press. 1997

- Groot W, Maassen van den Brink H. The health effects of education. *Economics of Education Review*. 2007;26(2):186-200.
- Heras-Mosteiro J, Otero-García L, Sanz-Barbero B, Aranaz-Andrés JM. Percepciones de médicas y médicos de atención primaria de Madrid sobre las medidas de ajuste en el sistema público de salud. *Gaceta Sanitaria*. Volume 30, Issue 3, May-June 2016, Pages 184-190
- Hintikka J, Saarinen PI, Viinamaki H. Suicide mortality in Finland during an economic cycle, 1985-1995. *Scand J Public Health*. 1999;27(2):85-8.
- Ibanez B, Librero J, Bernal-Delgado E, Peiro S, Lopez-Valcarcel BG, Martinez N, et al. Is there much variation in variation? Revisiting statistics of small area variation in health services research. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:60.
- Iglesias García, Sáiz Martínez P, García-Portilla GonzálezMP, Bousoño García M, Jiménez Treviño L, Sánchez Lasheras F, Bobes J. Efectos de la crisis económica en la demanda por trastornos mentales en Asturias: datos del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos (2000-2010) *Actas Esp Psiquiatr* 2014;42(3):108-15.
- Ifanti, A. A., Argyriou, A. A., Kalofonou, F. H., & Kalofonos, H. P. (2013). Financial crisis and austerity measures in Greece: their impact on health promotion policies and public health care. *Health policy*, 113(1), 8-12;
- Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *CMAJ*. 1995;153(5):529-40.
- 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), 1323-1331.
- Kentikelenis, A., & Papanicolas, I. (2011). Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *The European journal of public health*, 22(1), 4-5ez).
- Khang YH, Lynch JW, Kaplan GA. Impact of economic crisis on cause-specific mortality in South Korea. *Int J Epidemiol*. 2005;34(6):1291-301.
- 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;
- Laanani M, Ghosn W, Jouglé E, Rey G Impact of unemployment variations on suicide mortality in Western European countries (2000-2010). *J Epidemiol Community Health*. 2015 Feb;69(2):103-9
- Leigh A JC, Smeeding TM. Health and economic inequality. In: Salverda WNB, Smeeding TM editor. *The Oxford Handbook of Economic Inequality* 2009.
- Leon DA, Saburova L, Tomkins S, Andreev E, Kiryanov N, McKee M, et al. Hazardous alcohol drinking and premature mortality in Russia: a population based case-control study. *Lancet*. 2007;369(9578):2001-9.
- Leon DA, Chenet L, Shkolnikov VM, Zakharov S, Shapiro J, Rakhmanova G, et al. Huge variation in Russian mortality rates 1984-94: artefact, alcohol, or what? *Lancet*. 1997;350(9075):383-8.
- Librero J, Segura A, Beatriz LV. Suicides, hurricanes and economic crisis. *Eur J Public Health*. 2013; 167: 1101-262
- Llácer A, Fernández-Cuenca R, Martínez-Navarro F. Crisis económica y patología infecciosa. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(Supl 1):97-103.
- Lundberg O, Yngwe MA, Stjerne MK, Elstad JI, Ferrarini T, Kangas O, et al. The role of welfare state principles and generosity in social policy programmes for public health: an international comparative study. *Lancet*. 2008;372(9650):1633-40.

- Lynch J, Smith GD, Harper S, Hillemeier M, Ross N, Kaplan GA, et al. Is income inequality a determinant of population health? Part 1. A systematic review. *Milbank Q.* 2004;82(1):5-99
- MacMahon BJ, Samuel Pugh, Thomas F. Relation of suicide rates to social conditions. Evidence from U.S. vital statistics. *Public Health Rep.* 1963;78(4):285-93.
- Márquez S. Efectos de las crisis económicas en la salud y la equidad en salud: revisión de la literatura científica (mimeo, agosto 2012).
- Martin M. Substance use and social and economic transition: the need for evidence. 2002;13(6):453-9.
- Maynou L, Saez M, Lopez-Casasnovas G. Has the economic crisis widened the intraurban socioeconomic inequalities in mortality? The case of Barcelona, Spain. *Epidemiol Community Health.* 2016; 70(2): 114-24.
- Miret M, Caballero FF, Huerta-Ramírez R, Moneta MV, Olaya B, Chatterji S et al. Factors associated with suicidal ideation and attempts in Spain for different age groups. Prevalence before and after the onset of the economic crisis. *Journal of affective disorders.* 2014;163:10165-327.
- Mladovsky, P., Srivastava, D., Cylus, J., Karanikolos, M., Evetovits, T., Thomson, S., & McKee, M. (2012). Health policy responses to the financial crisis in Europe.
- Moreno-Küstner B, Masedo Gutierrez AI. Economic crisis and mental health – findings from Spain. *Die Psychiatrie* 2017; 14: 95–102.
- Murray J. Workers' Health During the Great Depression. *Origins of American Health Insurance: A History of Industrial Sickness Funds Yale Series in Economic and Financial History* 2007.
- Neumayer E. Recessions lower (some) mortality rates: evidence from Germany. *Soc Sci Med.* 2004;58(6):1037-47.
- Norström T, Grönqvist H. The Great Recession, unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health* 2015;69:110–116. doi:10.1136/jech-2014-204602
- Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, Sempos CT, Marks JS, Sempos EV. Causes of declining life expectancy in Russia. *JAMA.* 1998;279(10):793-800.
- Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Efectes de la crisi econòmica en la salut de la població de Catalunya. Anàlisi territorial. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2015.
- Oliva J, Sánchez Martínez FI. Gasto sanitario y Financiación del Sistema Nacional de Salud. Datos económicos del servicio público y elementos de sostenibilidad (mimeo, 2017).
- Ortún, V., & Gispert, R. (1988). Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin (Barc)*, 90, 399-403.
- Ostamo A, Lonnqvist J. Attempted suicide rates and trends during a period of severe economic recession in Helsinki, 1989-1997. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2001;36(7):354-60.
- Pérez G, Rodríguez-Sanz M, Domínguez-Berjón F et al. Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit* 2014;28 Supl 1:124-31
- Pinilla J, Lopez-Valcarcel BG, Urbanos-Garrido RM (2017). Estimating direct effects of parental occupation on Spaniards' health by birth cohort. *BMC Public Health.* DOI: 10.1186/s12889-016-3997-6
- Porthé V, Vargas I, Ronda E, Malmusi D, Bosch L, Vázquez ML (2017), Has the quality of health care for the immigrant population changed during the economic crisis in Catalonia (Spain)? Opinions of health professionals and immigrant users, *Gac Sanit.*

- Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijoó S, Lopez-Valcarcel BG. Paying for formerly free medicines in Spain after 1 year of co-payment: Changes in the number of dispensed prescriptions. *Applied health economics and health policy*. 2014;12(3):279-87.
- Puig-Junoy J, Rodríguez-Feijoó S, González López Valcárcel B, Gómez-Navarro V. Impacto de la reforma del copago farmacéutico sobre la utilización de medicamentos antidiabéticos, antitrombóticos y para enfermedades respiratorias. *Revista Española de Salud Pública*. 2016;
- Rajmil L, Siddiqi A, Taylor-Robinson D, Spencer N. Understanding the impact of the economic crisis on child health: the case of Spain. *International journal for equity in health*. 2015;14(1):1-9.
- Rajmil L, Medina-Bustos A, de Sanmamed MJF, Mompert A. Impact of the economic crisis on children's health in Catalonia: A before-after approach *BMJ Open*. 2013;3:doi:10.1136/bmjopen-2013-003286.
- Reinhart C, Rogoff K. The Aftermath of Financial Crises NBER Working Paper No. 14656 2009.
- Real E, Jover L, Verdaguer R, Griera A, Segalàs C, Alonso P, et al. (2016) Factors Associated with Long-Term Sickness Absence Due to Mental Disorders: A Cohort Study of 7.112 Patients during the Spanish Economic Crisis. *PLoS ONE* 11(1): e0146382.
- Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L. Has health in Spain been declining since the economic crisis?. *Journal of epidemiology and community health*. *Journal of epidemiology and community health*. 2014;68(3):280-2.
- Regidor E, Vallejo F, Granados JAT, 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. *Lancet*. 2016 Nov 26;388(10060):2642-2652
- Rivadeneira-Sicilia A, Minué-Lorenzo S, Artundo-Purroy C. Lecciones desde fuera. Otros países en ésta y otras crisis anteriores. *Gac Sanit* 2014;Suplemento 1; Informe SESPAS 2014, capítulo 2.
- Rivera B, Casal B, Currais L. Crisis, suicide and labour productivity losses in Spain. *Eur J Health Econ*. 2017 Jan;18(1):83-96.
- Ruhm C. Are recessions good for your health? *Quarterly Journal of Economics*. 2000;115(2):617-50.
- Ruhm CJ. Healthy living in hard times. *Journal of health economics*. 2005;24(2):341-63.
- Ruhm CJ. Recessions, Healthy No More? : National Bureau of Economic Research; 2013.
- Ruiz-Pérez I, Bermúdez-Tamayo C, Rodríguez-Barranco M. Socio-economic factors linked with mental health during the recession: a multilevel analysis *Int J Equity Health*. 2017 Mar 6;16(1):45.
- 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 Supl 1: 89-96.
- Saurina C, Marzo M, Saez M. Inequalities in suicide mortality rates and the economic recession in the municipalities of Catalonia, Spain. *International journal for equity in health*. 2015;14(1):1-10.
- Segura Benédicte A. Recortes, austeridad y salud. *Informe SESPAS 2014, Gac Sanit* 2014;28 Supl 1:7-11
- Shkolnikov V, McKee M, Leon DA. Changes in life expectancy in Russia in the mid-1990s. *Lancet*. 2001;357(9260):917-21.

- Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health policy*. 2014;118(3):292-303 %@ 0168-8510.
- Sicras-Mainar A, Navarro-Artieda R. Use of antidepressants in the treatment of major depressive disorder in primary care during a period of economic crisis. *Neuropsychiatric disease and treatment*. 2016;12(29).
- Simou, E., & Koutsogeorgou, E. (2014). Effects of the economic crisis on health and healthcare in Greece in the literature from 2009 to 2013: a systematic review. *Health policy*, 115(2), 111-119.
- Stiglitz, JE. Responding to economic crises: policy alternatives for equitable recovery and development. *The Manchester School*, 1999; 67(5), 409-427
- Strumpf, E.C. et al. (2017), Did the Great Recession affect mortality rates in the metropolitan United States? Effects on mortality by age, gender and cause of death, *Social Science & Medicine* 189:11-16.
- Stuckler D, King L, McKee M. Mass privatisation and the post-communist mortality crisis: a cross-national analysis. *Lancet*. 2009.
- Stuckler, D., & Basu, S. (2013). *The body economic: why austerity kills*. Basic Books (AZ).
- Sydenstricker E. Health in the New Deal. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*. 1934;176:131-7.
- Tapia Granados JA. Increasing mortality during the expansions of the US economy, 1900-1996. *Int J Epidemiol*. 2005;34(6):1194-202.
- Tapia Granados JA. Recessions and Mortality in Spain, 1980–1997. *Journal of Population*. 2005;21:393-422
- Tapia Granados JA, Ionides EL. The reversal of the relation between economic growth and health progress: Sweden in the 19th and 20th centuries. *J Health Econ* 2008; 27: 544–63.
- Tapia Granados JA, Ionides EL. Population health and the economy: Mortality and the Great Recession in Europe. *Health Econ*. 2017 Mar 27. doi: 10.1002/hec.3495
- Tavares L, Zantomio F. Inequity in healthcare use among older people after 2008: The case of Southern European Countries. March 2017. HEDG working Paper. University of York. <http://www.york.ac.uk/economics/postgrad/herc/hedg/wps/>
- Tom B, Michel G, Florence J. Unemployment and Mortality in France, 1982-2002. Centre for Health Economics and Policy Analysis (CHEPA), McMaster University, Hamilton, Canada; 2007.
- Tangcharoensathien V, Harnvoravongchai P, Pitayarangarit S, Kasemsup V. Health impacts of rapid economic changes in Thailand. *Soc Sci Med*. 2000;51(6):789-807.
- Urbanos Garrido R, Puig-Junoy J. Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014 Gaceta Sanitaria. 2014;28(Supl. 1):81-8.
- Urbanos R, González B (2015), Sanidad y desigualdad. En: *2º Informe sobre Desigualdad en España*. Madrid: Fundación Alternativas; pp. 155-91.
- Urbanos-Garrido RM, Lopez-Valcarcel BG. The influence of the economic crisis on the association between unemployment and health: an empirical analysis for Spain. *Eur J Health Econ*. 2015 Mar;16(2):175-84
- Urbanos-Garrido R (2016), La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad, *Gac Sanit*. 30(S1):25–30.
- Valkonen T, Martikainen P, Jalovaara M, et al. Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *Eur J Public Health* 2000; 10: 274–80.

- Vázquez, M. L., Vargas, I., & Aller, M. B. (2014). Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 142-146
- Wada K, Kondo N, Gilmour S, et al. Trends in cause specific mortality across occupations in Japanese men of working age during period of economic stagnation, 1980–2005: retrospective cohort study. *BMJ* 2012; 344: e1191.
- Wahlbeck, K., & McDaid, D. (2012). Actions to alleviate the mental health impact of the economic crisis. *World psychiatry*, 11(3), 139-145.
- Walberg P, McKee M, Shkolnikov V, Chenet L, Leon DA. Economic change, crime, and mortality crisis in Russia: regional analysis. *BMJ*. 1998;317(7154):312-8.
- Waters H, Saadah F, Pradhan M. The impact of the 1997-98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy Plan*. 2003;18(2):172-81.
- Zapata Moya A, Buffel V, Navarro Yáñez C, Bracke P. Social inequality in morbidity, framed within the current economic crisis in Spain. *International journal for equity in health*. 2015;14(1):131.



# Apéndice estadístico

## I. Metodología

Con el objetivo de determinar la contribución de factores como la edad, el nivel educativo, la situación laboral, la nacionalidad o el periodo temporal sobre los indicadores de resultados y comportamientos en salud, se realizaron distintos modelos de regresión logística multivariante, siguiendo la metodología que se detalla a continuación.

Las variables explicativas consideradas en los modelos fueron las siguientes:

- **Edad:** 18 a 24 años (EDAD\_1); 25 a 44 años (EAD\_2, categoría de referencia); 45 a 64 años (EDAD\_3); 65 y más años (EDAD\_4).
- **Nivel educativo:** sin estudios; estudios primarios (categoría de referencia); estudios secundarios; estudios universitarios.
- **Situación laboral:** parado; ocupado (categoría de referencia); jubilado/incapacitado para trabajar; inactivo.
- **Nacionalidad:** dummy donde la nacionalidad española es la categoría de referencia.
- **Periodo temporal:** pre-crisis (2003 y 2006-7) (categoría de referencia); crisis (2009 y 2011-12); post-crisis (2014).
- Los modelos se realizaron de manera separada para hombres y para mujeres.

Todos los modelos incluyeron interacciones entre las dummies de crisis y las demás variables explicativas, además de los efectos principales. Para todos los modelos se calcularon los odd-ratios(OR), que se reproducen en las tablas del apartado III y se interpretan brevemente en el texto principal del informe.

Se realizaron dos tipos de modelos en función de las variables a explicar:

- **Modelos logísticos multinomiales** para la salud autopercebida, que está construida a partir de tres categorías ordenadas: 1) Muy buena o buena salud; 2) salud regular; 3) salud mala o muy mala.
- **Modelos logísticos binomiales** para las enfermedades crónicas, factores de riesgo y comportamientos relacionados con la salud, construidas como dummies, siempre y cuando existieron datos para los tres periodos considerados. En concreto, las enfermedades consideradas fueron diabetes, asma, enfermedades del corazón, enfermeda-

des mentales autodeclaradas, sida/VIH y salud infantil. Los factores de riesgo considerados fueron hipercolesterolemia, hipertensión y obesidad. Los comportamientos poco saludables incorporados en los modelos fueron el consumo de tabaco y el sedentarismo.

En los modelos se utilizaron como fuente de datos los microdatos de las siguientes encuestas:

- Las Encuestas Nacionales de Salud de España de los años 2003, 2006/7 y 2011/12.
- Las Encuestas Europeas de Salud (muestra de España) de los años 2009 y 2014.
- La Encuesta Hospitalaria del VIH/SIDA para el periodo 2000-2015.
- La encuesta Health Behaviour in School Aged Children para el periodo 2003-2015 (para el análisis de la salud infantil).

## II. Interpretación de los modelos de regresión logística con interacciones

La estructura de los modelos de regresión logística binomial que empleamos para las variables dicotómicas de enfermedad crónica y comportamientos relacionados con la salud (Y) es siempre la misma, con efectos principales de la crisis y de las características socioeconómicas y sus interacciones. El odds ratio de la probabilidad de padecer entre no padecer la enfermedad crónica, por ejemplo, es:

$$\frac{P(Y_i = 1|X_i, Z_i)}{P(Y_i = 0|X_i, Z_i)} = e^{\beta_0 + \beta_1 \text{Crisis}_i + \beta_2 \text{Post crisis}_i + \sum_k \alpha_k Z_k + \sum_k \delta_{1k} \text{Crisis}_i Z_k + \sum_k \delta_{2k} \text{Postcrisis}_i Z_k}$$

donde Z son las variables dicotómicas de las diferentes categorías socioeconómicas, por ejemplo estudios universitarios.

Los Odd Ratios del modelo estimado permiten comparar:

1. Las categorías sociodemográficas entre sí en los años previos a la crisis (el **gradiente socioeconómico de base**). Por ejemplo, el odd ratio entre universitarios (supongamos que la dummy de estudios universitarios sea la primera, Z1) y educación primaria (referencia) antes de la crisis es  $e^{\alpha_1}$  ya que:

$$\frac{\left[ \frac{P(Y_i = 1 | X_i = 0, Z_i)}{P(Y_i = 0 | X_i = 0, Z_i)} \right]_{Est.Universitarios}}{\left[ \frac{P(Y_i = 1 | X_i = 0, Z_i)}{P(Y_i = 0 | X_i = 0, Z_i)} \right]_{Est.Primarios}} = e^{\alpha_1}$$

2. El **efecto de la crisis económica en la persona de referencia** ( $Z_i=0$  para todas las  $Z$ ) comparada con los años pre-crisis:

$$\frac{\left[ \frac{P(Y_i = 1 | X_i = 1, Z_i = 0)}{P(Y_i = 0 | X_i = 0, Z_i = 0)} \right]_{Crisis}}{\left[ \frac{P(Y_i = 1 | X_i = 1, Z_i = 0)}{P(Y_i = 0 | X_i = 0, Z_i = 0)} \right]_{Precrisis}} = e^{\beta_1}$$

Para la post-crisis sería, de forma similar,  $e^{\beta_2}$

3. Estimar el **efecto de la crisis para una categoría socioeconómica específica**, por ejemplo para los universitarios ( $Z_1=1$ ):

$$\frac{\left[ \frac{P(Y_i=1|X_i=1,Z_1=1,Z_i)}{P(Y_i=0|X_i=0,Z_1=1,Z_i)} \right]_{Crisis}}{\left[ \frac{P(Y_i=1|X_i=1,Z_1=1,Z_i)}{P(Y_i=0|X_i=0,Z_1=1,Z_i)} \right]_{Precrisis}} = e^{\beta_1} \cdot e^{\delta_{11}}$$

En este caso intervienen los coeficientes de la dicotómica de crisis y de su interacción con la categoría universitarios.

Por su parte, la interpretación de los resultados del modelo multinomial para la salud autopercibida es similar a los de modelos binomiales, teniendo en cuenta que se estiman dos regresiones binomiales, una para cada categoría de salud percibida comparada con la de referencia (que es la salud muy buena o buena).

### III. Tablas de resultados

| <b>Tabla A1. Salud autopercebida</b>      |                                  |                                  |  |
|---|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <b>Salud regular vs buena o muy buena</b> |                                  |                                  |  |
| <b>Variable</b>                           | <b>Odd Ratio Hombres</b>         | <b>Odd Ratio Mujeres</b>         |  |
| crisis                                    | 0.767<br>(2.02)*                 | <b>0.708</b><br><b>(3.16)**</b>  |  |
| post_crisis                               | 0.881<br>(0.82)                  | 1.046<br>(0.36)                  |  |
| EDAD (18-24)                              | <b>0.570</b><br><b>(5.67)**</b>  | <b>0.639</b><br><b>(6.13)**</b>  |  |
| EDAD (45-64)                              | <b>1.768</b><br><b>(11.96)**</b> | <b>1.953</b><br><b>(18.04)**</b> |  |
| EDAD (65 y más)                           | <b>1.602</b><br><b>(6.36)**</b>  | <b>2.725</b><br><b>(20.51)**</b> |  |
| Sin estudios                              | <b>1.483</b><br><b>(7.43)**</b>  | <b>1.557</b><br><b>(10.68)**</b> |  |
| Estudios secundarios                      | <b>0.756</b><br><b>(6.23)**</b>  | <b>0.802</b><br><b>(6.05)**</b>  |  |
| Estudios universitarios                   | <b>0.507</b><br><b>(11.04)**</b> | <b>0.481</b><br><b>(14.89)**</b> |  |
| Parado                                    | <b>1.708</b><br><b>(6.89)**</b>  | <b>1.395</b><br><b>(5.21)**</b>  |  |
| Jubilado                                  | <b>2.863</b><br><b>(16.78)**</b> | <b>1.711</b><br><b>(10.74)**</b> |  |
| Inactividad                               | 1.298<br>(2.54)*                 | <b>1.244</b><br><b>(5.80)**</b>  |  |
| Nacionalidad española                     | 0.883<br>(1.47)                  | <b>0.794</b><br><b>(3.59)**</b>  |  |
| Sin estudios * crisis                     | 0.916<br>(1.08)                  | 0.930<br>(1.10)                  |  |
| Sin estudios * post_crisis                | 0.999<br>(0.01)                  | 0.904<br>(1.24)                  |  |
| Est. secundarios * crisis                 | 0.915<br>(1.30)                  | <b>0.830</b><br><b>(3.22)**</b>  |  |
| Est. secundarios * post_crisis            | 1.008                            | <b>0.766</b>                     |  |

|                                     |                 |                 |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
|                                     | (0.10)          | <b>(3.62)**</b> |
| Est. universitarios * crisis        | 0.895           | <b>0.703</b>    |
|                                     | (1.14)          | <b>(4.20)**</b> |
| Est. universitarios * post_crisis   | 0.918           | 0.800           |
|                                     | (0.77)          | (2.33)*         |
| Parado * crisis                     | 0.857           | 1.026           |
|                                     | (1.53)          | (0.28)          |
| Parado * post_crisis                | 0.921           | 1.032           |
|                                     | (0.72)          | (0.32)          |
| Jubilado * crisis                   | 1.109           | 1.164           |
|                                     | (1.11)          | (1.93)          |
| Jubilado * post_crisis              | <b>0.649</b>    | 0.857           |
|                                     | <b>(3.28)**</b> | (1.46)          |
| Inactivo * crisis                   | 0.922           | <b>1.195</b>    |
|                                     | (0.44)          | <b>(2.82)**</b> |
| Inactivo * post_crisis              | <b>2.680</b>    | 1.149           |
|                                     | <b>(6.25)**</b> | (1.69)          |
| Nacionalidad española * crisis      | 1.007           | 1.090           |
|                                     | (0.06)          | (0.91)          |
| Nacionalidad española * post_crisis | 1.016           | 0.938           |
|                                     | (0.12)          | (0.60)          |
| EDAD (18-24) * crisis               | 0.768           | 0.767           |
|                                     | (1.46)          | (2.01)*         |
| EDAD (18-24) * post_crisis          | <b>0.383</b>    | 0.750           |
|                                     | <b>(4.17)**</b> | (1.69)          |
| EDAD (45-64) * crisis               | 1.158           | 1.034           |
|                                     | (2.04)*         | (0.55)          |
| EDAD (45-64) * post_crisis          | 1.020           | 0.905           |
|                                     | (0.23)          | (1.35)          |
| EDAD (65 y más) * crisis            | 1.032           | 0.983           |
|                                     | (0.28)          | (0.21)          |
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | 1.417           | 0.929           |
|                                     | (2.30)*         | (0.66)          |
| n                                   | 50,626          | 64,331          |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

| Salud mala o muy mala vs buena o muy buena |                                   |                                  |
|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| Variable                                   | Odd Ratio Hombres                 | Odd Ratio Mujeres                |
| crisis                                     | <b>0.445</b><br><b>(2.86)**</b>   | 0.638<br>(2.20)*                 |
| post_crisis                                | 0.818<br>(0.69)                   | 0.538<br>(2.57)*                 |
| EDAD (18-24)                               | <b>0.290</b><br><b>(5.86)**</b>   | <b>0.345</b><br><b>(6.11)**</b>  |
| EDAD (45-64)                               | <b>1.686</b><br><b>(6.21)**</b>   | <b>2.476</b><br><b>(14.60)**</b> |
| EDAD (65 y más)                            | <b>0.749</b><br><b>(2.74)**</b>   | <b>3.142</b><br><b>(15.64)**</b> |
| Sin estudios                               | <b>1.932</b><br><b>(9.09)**</b>   | <b>2.010</b><br><b>(13.81)**</b> |
| Estudios secundarios                       | 0.833<br>(2.47)*                  | <b>0.727</b><br><b>(5.52)**</b>  |
| Estudios universitarios                    | <b>0.480</b><br><b>(6.62)**</b>   | <b>0.439</b><br><b>(9.95)**</b>  |
| Parado                                     | <b>3.339</b><br><b>(9.99)**</b>   | <b>2.029</b><br><b>(6.77)**</b>  |
| Jubilado                                   | <b>10.137</b><br><b>(26.26)**</b> | <b>3.691</b><br><b>(17.79)**</b> |
| Inactividad                                | <b>3.312</b><br><b>(7.38)**</b>   | <b>1.795</b><br><b>(9.21)**</b>  |
| Nacionalidad española                      | 1.203<br>(1.07)                   | 1.116<br>(0.89)                  |
| Sin estudios * crisis                      | 0.890<br>(1.05)                   | 0.951<br>(0.63)                  |
| Sin estudios * post_crisis                 | 1.052<br>(0.38)                   | 1.184<br>(1.75)                  |
| Est. secundarios * crisis                  | 0.867<br>(1.29)                   | 0.849<br>(1.91)                  |
| Est. secundarios * post_crisis             | 0.886<br>(0.95)                   | 0.959<br>(0.39)                  |
| Est. universitarios * crisis               | 1.068<br>(0.39)                   | <b>0.683</b><br><b>(2.70)**</b>  |

|                                     |                                 |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Est. universitarios * post_crisis   | 1.148<br>(0.76)                 | 0.968<br>(0.21)                 |
| Parado * crisis                     | 0.763<br>(1.59)                 | 1.159<br>(0.99)                 |
| Parado * post_crisis                | 0.843<br>(0.93)                 | 1.293<br>(1.55)                 |
| Jubilado * crisis                   | 0.937<br>(0.47)                 | 1.239<br>(1.83)                 |
| Jubilado * post_crisis              | <b>0.306</b><br><b>(6.01)**</b> | 0.856<br>(1.03)                 |
| Inactivo * crisis                   | 0.870<br>(0.46)                 | 1.276<br>(2.29)*                |
| Inactivo * post_crisis              | <b>4.234</b><br><b>(6.55)**</b> | <b>1.797</b><br><b>(4.48)**</b> |
| Nacionalidad española * crisis      | 1.436<br>(1.38)                 | 1.061<br>(0.33)                 |
| Nacionalidad española * post_crisis | 0.993<br>(0.03)                 | 1.259<br>(1.12)                 |
| EDAD (18-24) * crisis               | 1.069<br>(0.18)                 | 0.817<br>(0.62)                 |
| EDAD (18-24) * post_crisis          | <b>0.278</b><br><b>(2.79)**</b> | 0.807<br>(0.56)                 |
| EDAD (45-64) * crisis               | 1.246<br>(1.61)                 | 1.142<br>(1.23)                 |
| EDAD (45-64) * post_crisis          | 1.321<br>(1.84)                 | 1.160<br>(1.14)                 |
| EDAD (65 y más) * crisis            | <b>1.836</b><br><b>(3.60)**</b> | 1.136<br>(1.01)                 |
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | <b>4.258</b><br><b>(6.38)**</b> | 1.154<br>(0.88)                 |
| n                                   | 50,626                          | 64,331                          |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tabla A2. Diabetes**

| Variable                   | Odd Ratio<br>Hombres             | Odd Ratio<br>Mujeres             |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| crisis                     | 1.602<br>(1.44)                  | 1.378<br>(1.19)                  |
| post_crisis                | 1.683<br>(1.44)                  | 1.276<br>(0.76)                  |
| EDAD (18-24)               | <b>0.291</b><br><b>(2.84)**</b>  | <b>0.351</b><br><b>(2.84)**</b>  |
| EDAD (45-64)               | <b>6.132</b><br><b>(14.79)**</b> | <b>4.334</b><br><b>(13.12)**</b> |
| EDAD (65 y más)            | <b>6.935</b><br><b>(13.52)**</b> | <b>7.227</b><br><b>(16.63)**</b> |
| Sin estudios               | 1.106<br>(1.39)                  | <b>1.621</b><br><b>(9.18)**</b>  |
| Estudios secundarios       | 0.891<br>(1.44)                  | <b>0.664</b><br><b>(4.95)**</b>  |
| Estudios universitarios    | <b>0.658</b><br><b>(3.77)**</b>  | <b>0.400</b><br><b>(6.84)**</b>  |
| Parado                     | 1.467<br>(2.38)*                 | <b>2.108</b><br><b>(4.46)**</b>  |
| Jubilado                   | <b>2.543</b><br><b>(9.92)**</b>  | <b>2.722</b><br><b>(9.40)**</b>  |
| Inactividad                | 1.440<br>(1.64)                  | <b>2.213</b><br><b>(8.01)**</b>  |
| Nacionalidad española      | 1.661<br>(2.12)*                 | 0.768<br>(1.60)                  |
| EDAD (18-24) * crisis      | 0.603<br>(0.74)                  | 0.356<br>(1.49)                  |
| EDAD (18-24) * post_crisis | 0.492<br>(0.83)                  | 1.130<br>(0.17)                  |
| EDAD (45-64) * crisis      | 0.992<br>(0.05)                  | 0.724<br>(2.00)*                 |
| EDAD (45-64) * post_crisis | 0.935<br>(0.33)                  | 0.984<br>(0.07)                  |
| EDAD (65 y más) * crisis   | 0.967<br>(0.17)                  | 0.674<br>(2.24)*                 |



|                                     |                                 |                  |
|-------------------------------------|---------------------------------|------------------|
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | 1.212<br>(0.75)                 | 0.889<br>(0.47)  |
| Sin estudios * crisis               | 0.908<br>(0.92)                 | 1.037<br>(0.45)  |
| Sin estudios * post_crisis          | 1.092<br>(0.71)                 | 1.098<br>(0.96)  |
| Est. secundarios * crisis           | 0.882<br>(1.18)                 | 1.138<br>(1.17)  |
| Est. secundarios * post_crisis      | 0.995<br>(0.04)                 | 0.931<br>(0.51)  |
| Est. universitarios * crisis        | 0.946<br>(0.36)                 | 0.847<br>(0.83)  |
| Est. universitarios * post_crisis   | 1.004<br>(0.02)                 | 1.084<br>(0.37)  |
| Parado * crisis                     | 0.842<br>(0.87)                 | 0.582<br>(2.45)* |
| Parado * post_crisis                | 0.990<br>(0.05)                 | 0.683<br>(1.50)  |
| Jubilado * crisis                   | 1.010<br>(0.08)                 | 0.819<br>(1.33)  |
| Jubilado * post_crisis              | 0.876<br>(0.74)                 | 0.912<br>(0.47)  |
| Inactivo * crisis                   | 1.298<br>(0.77)                 | 0.793<br>(1.65)  |
| Inactivo * post_crisis              | <b>2.102</b><br><b>(2.70)**</b> | 0.876<br>(0.73)  |
| Nacionalidad española * crisis      | 0.874<br>(0.46)                 | 1.432<br>(1.58)  |
| Nacionalidad española * post_crisis | 0.736<br>(0.98)                 | 1.046<br>(0.18)  |
| N                                   | 50,619                          | 64,318           |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tabla A3. Asma**

| Variable                   | Odd Ratio<br>Hombres            | Odd Ratio<br>Mujeres            |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| crisis                     | 1.424<br>(1.09)                 | 1.050<br>(0.21)                 |
| post_crisis                | 1.377<br>(0.82)                 | 1.151<br>(0.51)                 |
| EDAD (18-24)               | 1.514<br>(1.93)                 | 1.215<br>(1.24)                 |
| EDAD (45-64)               | 0.787<br>(1.68)                 | <b>0.777</b><br><b>(2.61)**</b> |
| EDAD (65 y más)            | 0.853<br>(0.81)                 | 0.860<br>(1.18)                 |
| Sin estudios               | <b>1.952</b><br><b>(5.06)**</b> | <b>1.378</b><br><b>(3.40)**</b> |
| Estudios secundarios       | 0.881<br>(0.98)                 | 0.883<br>(1.33)                 |
| Estudios universitarios    | 1.049<br>(0.30)                 | <b>0.697</b><br><b>(2.79)**</b> |
| Parado                     | 1.561<br>(2.13)*                | <b>1.487</b><br><b>(2.86)**</b> |
| Jubilado                   | <b>2.096</b><br><b>(4.41)**</b> | <b>1.545</b><br><b>(3.53)**</b> |
| Inactividad                | 1.400<br>(1.26)                 | <b>1.332</b><br><b>(2.92)**</b> |
| Nacionalidad española      | 1.695<br>(2.18)*                | 1.289<br>(1.58)                 |
| EDAD (18-24) * crisis      | 0.940<br>(0.23)                 | 0.933<br>(0.34)                 |
| EDAD (18-24) * post_crisis | <b>0.401</b><br><b>(2.58)**</b> | 0.829<br>(0.71)                 |
| EDAD (45-64) * crisis      | 0.708<br>(1.98)*                | 0.955<br>(0.37)                 |
| EDAD (45-64) * post_crisis | 0.637<br>(2.26)*                | 1.160<br>(1.00)                 |
| EDAD (65 y más) * crisis   | 0.755<br>(1.10)                 | 0.742<br>(1.74)                 |

|                                     |                 |                 |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | 0.599<br>(1.52) | 1.029<br>(0.13) |
| Sin estudios * crisis               | 0.718<br>(1.85) | 1.102<br>(0.74) |
| Sin estudios * post_crisis          | 0.670<br>(1.85) | 0.910<br>(0.61) |
| Est. secundarios * crisis           | 0.977<br>(0.14) | 1.105<br>(0.79) |
| Est. secundarios * post_crisis      | 0.975<br>(0.13) | 0.913<br>(0.59) |
| Est. universitarios * crisis        | 0.977<br>(0.12) | 1.252<br>(1.31) |
| Est. universitarios * post_crisis   | 0.764<br>(1.13) | 1.091<br>(0.44) |
| Parado * crisis                     | 0.793<br>(0.97) | 0.853<br>(0.93) |
| Parado * post_crisis                | 0.711<br>(1.28) | 0.902<br>(0.54) |
| Jubilado * crisis                   | 0.770<br>(1.18) | 1.064<br>(0.38) |
| Jubilado * post_crisis              | 0.842<br>(0.57) | 0.659<br>(1.94) |
| Inactivo * crisis                   | 0.843<br>(0.52) | 0.871<br>(1.04) |
| Inactivo * post_crisis              | 1.015<br>(0.04) | 0.735<br>(1.83) |
| Nacionalidad española * crisis      | 1.076<br>(0.24) | 1.118<br>(0.53) |
| Nacionalidad española * post_crisis | 1.276<br>(0.67) | 1.127<br>(0.50) |
|                                     | 40,971          | 52,740          |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

Nota: sin datos disponibles para el año 2003 porque la variable venía agrupada con bronquitis.

**Tabla A4. Enfermedades del corazón**

| Variable                   | Odd Ratio<br>Hombres             | Odd Ratio<br>Mujeres             |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| crisis                     | 1.019<br>(0.05)                  | 2.232<br>(2.23)*                 |
| post_crisis                | 1.855<br>(1.65)                  | 1.901<br>(1.76)                  |
| EDAD (18-24)               | 0.754<br>(0.90)                  | 0.623<br>(1.66)                  |
| EDAD (45-64)               | <b>4.760</b><br><b>(11.16)**</b> | <b>3.247</b><br><b>(10.60)**</b> |
| EDAD (65 y más)            | <b>7.575</b><br><b>(12.88)**</b> | <b>8.770</b><br><b>(18.32)**</b> |
| Sin estudios               | 1.055<br>(0.73)                  | <b>1.295</b><br><b>(4.74)**</b>  |
| Estudios secundarios       | 0.877<br>(1.52)                  | 0.833<br>(2.26)*                 |
| Estudios universitarios    | 1.017<br>(0.16)                  | 0.893<br>(1.10)                  |
| Parado                     | 1.422<br>(1.74)                  | 1.506<br>(2.23)*                 |
| Jubilado                   | <b>3.860</b><br><b>(12.62)**</b> | <b>2.339</b><br><b>(7.93)**</b>  |
| Inactividad                | <b>2.116</b><br><b>(3.45)**</b>  | <b>1.660</b><br><b>(5.06)**</b>  |
| Nacionalidad española      | 1.103<br>(0.45)                  | 1.422<br>(1.71)                  |
| EDAD (18-24) * crisis      | 1.138<br>(0.21)                  | 0.321<br>(1.45)                  |
| EDAD (18-24) * post_crisis | 0.288<br>(1.80)                  | 1.767<br>(1.15)                  |
| EDAD (45-64) * crisis      | 0.926<br>(0.31)                  | 0.650<br>(1.90)                  |
| EDAD (45-64) * post_crisis | 0.625<br>(2.03)*                 | 0.741<br>(1.29)                  |
| EDAD (65 y más) * crisis   | 0.703<br>(1.24)                  | 0.584<br>(2.16)*                 |

|                                     |                  |                                 |
|-------------------------------------|------------------|---------------------------------|
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | 0.751<br>(0.97)  | 0.563<br>(2.18)*                |
| Sin estudios * crisis               | 1.068<br>(0.44)  | 1.046<br>(0.37)                 |
| Sin estudios * post_crisis          | 1.276<br>(1.82)  | 1.184<br>(1.59)                 |
| Est. secundarios * crisis           | 0.889<br>(0.78)  | 0.966<br>(0.25)                 |
| Est. secundarios * post_crisis      | 0.906<br>(0.68)  | 0.773<br>(1.69)                 |
| Est. universitarios * crisis        | 0.640<br>(2.06)* | <b>0.429</b><br><b>(3.22)**</b> |
| Est. universitarios * post_crisis   | 0.678<br>(2.08)* | 0.599<br>(2.45)*                |
| Parado * crisis                     | 1.100<br>(0.34)  | 0.873<br>(0.43)                 |
| Parado * post_crisis                | 0.885<br>(0.43)  | 0.738<br>(1.01)                 |
| Jubilado * crisis                   | 0.963<br>(0.20)  | 1.340<br>(1.34)                 |
| Jubilado * post_crisis              | 0.683<br>(1.71)  | 1.087<br>(0.38)                 |
| Inactivo * crisis                   | 0.487<br>(1.15)  | 1.138<br>(0.61)                 |
| Inactivo * post_crisis              | 1.795<br>(2.00)* | 1.058<br>(0.27)                 |
| Nacionalidad española * crisis      | 1.329<br>(0.80)  | 0.543<br>(2.06)*                |
| Nacionalidad española * post_crisis | 0.871            | 0.660                           |
| EDAD (18-24) * crisis               | (0.44)           | (1.37)                          |
|                                     | 40,763           | 52,374                          |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

Nota: sin datos disponibles para el año 2009 porque se utilizaba una definición distinta de este tipo de enfermedades.

**Tabla A5. Enfermedades mentales**

| Variable                   | Odd Ratio<br>Hombres             | Odd Ratio<br>Mujeres             |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| crisis                     | 0.932<br>(0.31)                  | 0.969<br>(0.23)                  |
| post_crisis                | 0.973<br>(0.10)                  | 0.747<br>(1.79)                  |
| EDAD (18-24)               | <b>0.270</b><br><b>(6.86)**</b>  | <b>0.466</b><br><b>(7.05)**</b>  |
| EDAD (45-64)               | 0.982<br>(0.24)                  | <b>1.803</b><br><b>(13.17)**</b> |
| EDAD (65 y más)            | <b>0.397</b><br><b>(9.12)**</b>  | <b>1.306</b><br><b>(4.63)**</b>  |
| Sin estudios               | <b>1.354</b><br><b>(3.90)**</b>  | <b>1.456</b><br><b>(8.87)**</b>  |
| Estudios secundarios       | <b>1.263</b><br><b>(3.36)**</b>  | 1.018<br>(0.41)                  |
| Estudios universitarios    | 0.995<br>(0.05)                  | <b>0.631</b><br><b>(7.54)**</b>  |
| Parado                     | <b>3.120</b><br><b>(10.53)**</b> | <b>1.619</b><br><b>(6.48)**</b>  |
| Jubilado                   | <b>6.391</b><br><b>(21.89)**</b> | <b>2.111</b><br><b>(13.25)**</b> |
| Inactividad                | <b>2.659</b><br><b>(6.34)**</b>  | <b>1.265</b><br><b>(5.11)**</b>  |
| Nacionalidad española      | 1.217<br>(1.31)                  | 1.137<br>(1.49)                  |
| EDAD (18-24) * crisis      | 1.202<br>(0.63)                  | 0.898<br>(0.62)                  |
| EDAD (18-24) * post_crisis | 0.650<br>(1.35)                  | 0.720<br>(1.41)                  |
| EDAD (45-64) * crisis      | 1.080<br>(0.70)                  | 0.879<br>(1.82)                  |
| EDAD (45-64) * post_crisis | 1.233<br>(1.69)                  | 1.089<br>(0.98)                  |
| EDAD (65 y más) * crisis   | 0.973<br>(0.19)                  | 0.872<br>(1.49)                  |

|                                     |                 |                 |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | <b>2.945</b>    | 1.048           |
|                                     | <b>(5.06)**</b> | (0.38)          |
| Sin estudios * crisis               | 0.772           | 0.874           |
|                                     | (2.21)*         | (2.04)*         |
| Sin estudios * post_crisis          | 1.012           | 1.066           |
|                                     | (0.09)          | (0.80)          |
| Est. secundarios * crisis           | <b>0.666</b>    | <b>0.735</b>    |
|                                     | <b>(3.99)**</b> | <b>(4.67)**</b> |
| Est. secundarios * post_crisis      | <b>0.700</b>    | 0.895           |
|                                     | <b>(2.98)**</b> | (1.35)          |
| Est. universitarios * crisis        | <b>0.665</b>    | 0.733           |
|                                     | <b>(2.82)**</b> | (3.15)**        |
| Est. universitarios * post_crisis   | <b>0.605</b>    | 0.927           |
|                                     | <b>(3.01)**</b> | (0.67)          |
| Parado * crisis                     | 0.850           | 1.160           |
|                                     | (1.17)          | (1.47)          |
| Parado * post_crisis                | 0.873           | <b>1.350</b>    |
|                                     | (0.88)          | <b>(2.64)**</b> |
| Jubilado * crisis                   | 1.009           | 1.234           |
|                                     | (0.07)          | (2.42)*         |
| Jubilado * post_crisis              | <b>0.281</b>    | 1.211           |
|                                     | <b>(6.69)**</b> | (1.68)          |
| Inactivo * crisis                   | 0.791           | <b>1.273</b>    |
|                                     | (0.89)          | <b>(3.24)**</b> |
| Inactivo * post_crisis              | <b>2.858</b>    | <b>1.735</b>    |
|                                     | <b>(5.28)**</b> | <b>(5.89)**</b> |
| Nacionalidad española * crisis      | 1.320           | 1.128           |
|                                     | (1.33)          | (0.97)          |
| Nacionalidad española * post_crisis | 1.457           | 1.106           |
|                                     | (1.61)          | (0.72)          |
|                                     | 50,626          | 64,331          |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tabla A6. VIH/SIDA**

| Variable                          | Odd Ratio<br>Hombres           | Odd Ratio<br>Mujeres           |
|-----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| crisis                            | 1.48<br>(0.33)                 | 1.56<br>(0.45)                 |
| post_crisis                       | <b>2.62**</b><br><b>(0.69)</b> | 1.42<br>(0.51)                 |
| EDAD (18-24)                      | 1.29<br>(0.59)                 | 0.80<br>(0.36)                 |
| EDAD (45-64)                      | 0.94<br>(0.09)                 | 0.75<br>(0.13)                 |
| EDAD (65 y más)                   | 1.00<br>(0.28)                 | 1.15<br>(0.67)                 |
| Sin estudios                      | 0.52<br>(0.18)                 | 1.01<br>(0.38)                 |
| Estudios secundarios              | <b>1.39**</b><br><b>(0.13)</b> | <b>1.51**</b><br><b>(0.21)</b> |
| Estudios universitarios           | <b>1.58**</b><br><b>(0.24)</b> | <b>2.51**</b><br><b>(0.68)</b> |
| Parado                            | <b>0.43**</b><br><b>(0.05)</b> | <b>0.48**</b><br><b>(0.08)</b> |
| Jubilado                          | <b>0.58**</b><br><b>(0.06)</b> | 0.74<br>(0.14)                 |
| Inactivo                          | <b>0.42**</b><br><b>(0.11)</b> | 0.80<br>(0.14)                 |
| Nacionalidad española             | <b>1.59**</b><br><b>(0.25)</b> | 1.12<br>(0.23)                 |
| EDAD (18-24) * crisis             | 0.74<br>(0.41)                 | 1.08<br>(0.69)                 |
| EDAD (18-24) * post_crisis        | 0.76<br>(0.51)                 | 1.40<br>(1.13)                 |
| EDAD (45-64) * crisis             | 1.29<br>(0.17)                 | 1.22<br>(0.28)                 |
| EDAD (45-64) * post_crisis        | 0.93<br>(0.15)                 | 1.35<br>(0.37)                 |
| EDAD (65 y más) * crisis          | 1.62<br>(0.60)                 | 1.39<br>(1.03)                 |
| EDAD (65 y más) * post_crisis     | 0.67<br>(0.27)                 | 1.35<br>(1.15)                 |
| Sin estudios * crisis             | 1.10<br>(0.57)                 | 0.72<br>(0.39)                 |
| Sin estudios * post_crisis        | 0.71<br>(0.49)                 | 1.62<br>(1.25)                 |
| Est. secundarios * crisis         | 0.98<br>(0.13)                 | 0.88<br>(0.18)                 |
| Est. secundarios * post_crisis    | 1.06<br>(0.17)                 | 1.21<br>(0.32)                 |
| Est. universitarios * crisis      | 0.99<br>(0.20)                 | 0.50<br>(0.19)                 |
| Est. universitarios * post_crisis | 0.62<br>(0.14)                 | 0.63<br>(0.28)                 |
| Parado * crisis                   | 1.54<br>(0.26)                 | 1.65<br>(0.41)                 |



|                                     |                |                |
|-------------------------------------|----------------|----------------|
| Parado * post_crisis                | 1.31<br>(0.26) | 1.32<br>(0.40) |
| Jubilado * crisis                   | 0.85<br>(0.14) | 0.94<br>(0.26) |
| Jubilado * post_crisis              | 0.98<br>(0.19) | 1.07<br>(0.36) |
| Inactivo * crisis                   | 2.01<br>(0.72) | 1.20<br>(0.36) |
| Inactivo * post_crisis              | 2.44<br>(1.24) | 1.78<br>(0.77) |
| Nacionalidad española * crisis      | 0.92<br>(0.19) | 0.93<br>(0.25) |
| Nacionalidad española * post_crisis | 1.04<br>(0.25) | 1.25<br>(0.40) |
|                                     | 5.902          | 2.319          |

Variable dependiente: tener un alto nivel de defensas o no.

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tabla A7. Factor de riesgo: hipertensión arterial**

| Variable                   | Odd Ratio<br>Hombres             | Odd Ratio<br>Mujeres              |
|----------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| crisis                     | 1.039<br>(0.21)                  | 1.056<br>(0.35)                   |
| post_crisis                | 1.298<br>(1.28)                  | 1.356<br>(1.67)                   |
| EDAD (18-24)               | <b>0.146</b><br><b>(6.66)**</b>  | <b>0.446</b><br><b>(4.52)**</b>   |
| EDAD (45-64)               | <b>4.112</b><br><b>(22.96)**</b> | <b>6.183</b><br><b>(30.41)**</b>  |
| EDAD (65 y más)            | <b>5.102</b><br><b>(19.77)**</b> | <b>15.096</b><br><b>(40.24)**</b> |
| Sin estudios               | 1.076<br>(1.33)                  | <b>1.209</b><br><b>(4.90)**</b>   |
| Estudios secundarios       | 1.066<br>(1.23)                  | <b>0.770</b><br><b>(5.66)**</b>   |
| Estudios universitarios    | 1.003<br>(0.05)                  | <b>0.490</b><br><b>(10.88)**</b>  |
| Parado                     | 1.091<br>(0.82)                  | <b>1.390</b><br><b>(3.49)**</b>   |
| Jubilado                   | <b>2.211</b><br><b>(12.50)**</b> | <b>1.659</b><br><b>(8.78)**</b>   |
| Inactividad                | 0.989<br>(0.07)                  | <b>1.467</b><br><b>(7.62)**</b>   |
| Nacionalidad española      | 1.370<br>(2.51)*                 | 0.839<br>(1.82)                   |
| EDAD (18-24) * crisis      | 1.300<br>(0.67)                  | 0.569<br>(1.79)                   |
| EDAD (18-24) * post_crisis | 0.645<br>(0.75)                  | 0.668<br>(1.03)                   |
| EDAD (45-64) * crisis      | <b>1.282</b><br><b>(2.80)**</b>  | 0.839<br>(1.89)                   |
| EDAD (45-64) * post_crisis | 1.166<br>(1.44)                  | <b>0.651</b><br><b>(3.77)**</b>   |
| EDAD (65 y más) * crisis   | 1.314<br>(2.28)*                 | 0.769<br>(2.46)*                  |

|                                     |                 |                 |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | <b>1.502</b>    | <b>0.624</b>    |
|                                     | <b>(2.59)**</b> | <b>(3.40)**</b> |
| Sin estudios * crisis               | 0.911           | 0.948           |
|                                     | (1.15)          | (0.88)          |
| Sin estudios * post_crisis          | 0.868           | 1.158           |
|                                     | (1.44)          | (1.97)*         |
| Est. secundarios * crisis           | 0.865           | 0.908           |
|                                     | (1.98)*         | (1.47)          |
| Est. secundarios * post_crisis      | <b>0.765</b>    | <b>0.772</b>    |
|                                     | <b>(3.13)**</b> | <b>(3.14)**</b> |
| Est. universitarios * crisis        | 0.792           | 0.988           |
|                                     | (2.44)*         | (0.12)          |
| Est. universitarios * post_crisis   | 0.777           | 0.835           |
|                                     | (2.34)*         | (1.56)          |
| Parado * crisis                     | 1.029           | 0.920           |
|                                     | (0.22)          | (0.66)          |
| Parado * post_crisis                | 1.055           | 0.887           |
|                                     | (0.38)          | (0.85)          |
| Jubilado * crisis                   | 0.932           | <b>1.266</b>    |
|                                     | (0.78)          | <b>(2.72)**</b> |
| Jubilado * post_crisis              | 0.844           | 1.097           |
|                                     | (1.37)          | (0.81)          |
| Inactivo * crisis                   | <b>1.852</b>    | <b>1.257</b>    |
|                                     | <b>(2.77)**</b> | <b>(2.93)**</b> |
| Inactivo * post_crisis              | <b>1.905</b>    | 0.990           |
|                                     | <b>(3.33)**</b> | (0.10)          |
| Nacionalidad española * crisis      | 1.036           | 1.066           |
|                                     | (0.21)          | (0.48)          |
| Nacionalidad española * post_crisis | 0.977           | 1.176           |
| EDAD (18-24) * crisis               | (0.13)          | (1.07)          |
|                                     | 50,626          | 64,331          |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tabla A8. Factor de riesgo: colesterol**

| Variable                      | Odd Ratio<br>Hombres | Odd Ratio<br>Mujeres |
|-------------------------------|----------------------|----------------------|
| crisis                        | 1.921<br>(3.16)**    | 2.106<br>(3.74)**    |
| post_crisis                   | 1.720<br>(2.72)**    | 1.494<br>(2.03)*     |
| EDAD (18-24)                  | 0.092<br>(7.68)**    | 0.429<br>(4.55)**    |
| EDAD (45-64)                  | 2.607<br>(17.20)**   | 5.238<br>(27.53)**   |
| EDAD (65 y más)               | 1.910<br>(7.72)**    | 6.866<br>(27.43)**   |
| Sin estudios                  | 1.034<br>(0.54)      | 1.158<br>(3.45)**    |
| Estudios secundarios          | 1.059<br>(1.09)      | 0.855<br>(3.17)**    |
| Estudios universitarios       | 0.975<br>(0.38)      | 0.820<br>(3.12)**    |
| Parado                        | 0.854<br>(1.46)      | 1.233<br>(2.15)*     |
| Jubilado                      | 1.505<br>(6.10)**    | 1.305<br>(4.37)**    |
| Inactividad                   | 0.703<br>(2.10)*     | 1.197<br>(3.44)**    |
| Nacionalidad española         | 1.775<br>(4.34)**    | 1.484<br>(3.36)**    |
| EDAD (18-24) * crisis         | 1.623<br>(0.98)      | 0.831<br>(0.56)      |
| EDAD (18-24) * post_crisis    | 0.551<br>(0.90)      | 0.486<br>(1.67)      |
| EDAD (45-64) * crisis         | 1.040<br>(0.42)      | 0.822<br>(1.82)      |
| EDAD (45-64) * post_crisis    | 1.064<br>(0.67)      | 1.002<br>(0.02)      |
| EDAD (65 y más) * crisis      | 1.177<br>(1.12)      | 0.727<br>(2.43)*     |
| EDAD (65 y más) * post_crisis | 1.487<br>(2.56)*     | 0.911<br>(0.68)      |
| Sin estudios * crisis         | 0.914<br>(0.76)      | 0.968<br>(0.38)      |

|                                     |                                 |                  |
|-------------------------------------|---------------------------------|------------------|
| Sin estudios * post_crisis          | 0.940<br>(0.58)                 | 1.002<br>(0.02)  |
| Est. secundarios * crisis           | 0.881<br>(1.28)                 | 0.948<br>(0.61)  |
| Est. secundarios * post_crisis      | 0.813<br>(2.36)*                | 0.978<br>(0.26)  |
| Est. universitarios * crisis        | 0.823<br>(1.53)                 | 0.745<br>(2.32)* |
| Est. universitarios * post_crisis   | 0.883<br>(1.14)                 | 0.944<br>(0.54)  |
| Parado * crisis                     | 0.978<br>(0.16)                 | 0.772<br>(1.75)  |
| Parado * post_crisis                | 1.156<br>(1.03)                 | 0.762<br>(1.94)  |
| Jubilado * crisis                   | 1.035<br>(0.30)                 | 1.165<br>(1.41)  |
| Jubilado * post_crisis              | 1.066<br>(0.50)                 | 1.315<br>(2.46)* |
| Inactivo * crisis                   | 1.022<br>(0.06)                 | 1.141<br>(1.36)  |
| Inactivo * post_crisis              | <b>2.049</b><br><b>(3.44)**</b> | 1.218<br>(2.05)* |
| Nacionalidad española * crisis      | 0.741<br>(1.63)                 | 0.793<br>(1.37)  |
| Nacionalidad española * post_crisis | 0.734<br>(1.70)                 | 0.890<br>(0.69)  |
|                                     | 40,763                          | 52,374           |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tabla A9. Factor de riesgo: obesidad**

| Variable                   | Odd Ratio<br>Hombres            | Odd Ratio<br>Mujeres             |
|----------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| crisis                     | 1.375<br>(2.25)*                | 1.288<br>(1.82)                  |
| post_crisis                | 1.227<br>(1.22)                 | <b>2.204</b><br><b>(5.09)**</b>  |
| EDAD (18-24)               | <b>0.305</b><br><b>(8.37)**</b> | <b>0.348</b><br><b>(7.67)**</b>  |
| EDAD (45-64)               | <b>1.574</b><br><b>(8.99)**</b> | <b>1.985</b><br><b>(13.81)**</b> |
| EDAD (65 y más)            | 1.205<br>(2.28)*                | <b>1.731</b><br><b>(8.80)**</b>  |
| Sin estudios               | <b>1.195</b><br><b>(2.94)**</b> | <b>1.608</b><br><b>(10.34)**</b> |
| Estudios secundarios       | <b>0.871</b><br><b>(2.81)**</b> | <b>0.622</b><br><b>(9.62)**</b>  |
| Estudios universitarios    | <b>0.597</b><br><b>(7.63)**</b> | <b>0.319</b><br><b>(14.76)**</b> |
| Parado                     | 1.007<br>(0.07)                 | 1.243<br>(2.42)*                 |
| Jubilado                   | <b>1.265</b><br><b>(3.47)**</b> | <b>1.435</b><br><b>(5.76)**</b>  |
| Inactividad                | 0.766<br>(1.98)*                | <b>1.355</b><br><b>(6.07)**</b>  |
| Nacionalidad española      | 1.163<br>(1.50)                 | 0.858<br>(1.64)                  |
| EDAD (18-24) * crisis      | 1.288<br>(1.27)                 | 1.370<br>(1.65)                  |
| EDAD (18-24) * post_crisis | 0.773<br>(0.97)                 | 0.798<br>(0.87)                  |
| EDAD (45-64) * crisis      | 0.985<br>(0.22)                 | <b>0.807</b><br><b>(2.85)**</b>  |
| EDAD (45-64) * post_crisis | 0.998<br>(0.03)                 | <b>0.650</b><br><b>(4.77)**</b>  |
| EDAD (65 y más) * crisis   | 0.917<br>(0.74)                 | 0.802<br>(2.23)*                 |

|                                     |                                 |                                 |
|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | 0.890<br>(0.74)                 | <b>0.622</b><br><b>(3.71)**</b> |
| Sin estudios * crisis               | 0.885<br>(1.36)                 | 1.009<br>(0.12)                 |
| Sin estudios * post_crisis          | 0.902<br>(0.93)                 | 0.907<br>(1.14)                 |
| Est. secundarios * crisis           | 0.890<br>(1.64)                 | 1.144<br>(1.85)                 |
| Est. secundarios * post_crisis      | 0.910<br>(1.09)                 | 0.902<br>(1.17)                 |
| Est. universitarios * crisis        | 0.782<br>(2.47)*                | 1.096<br>(0.80)                 |
| Est. universitarios * post_crisis   | 0.829<br>(1.61)                 | 0.866<br>(1.09)                 |
| Parado * crisis                     | 1.154<br>(1.30)                 | 1.227<br>(1.79)                 |
| Parado * post_crisis                | 1.072<br>(0.56)                 | 1.170<br>(1.25)                 |
| Jubilado * crisis                   | 0.994<br>(0.07)                 | 1.180<br>(1.75)                 |
| Jubilado * post_crisis              | 1.057<br>(0.41)                 | 1.029<br>(0.23)                 |
| Inactivo * crisis                   | 0.962<br>(0.19)                 | 1.101<br>(1.23)                 |
| Inactivo * post_crisis              | <b>1.997</b><br><b>(3.88)**</b> | 1.090<br>(0.87)                 |
| Nacionalidad española * crisis      | 1.028<br>(0.21)                 | 0.904<br>(0.82)                 |
| Nacionalidad española * post_crisis | 1.042<br>(0.27)                 | 0.786<br>(1.80)                 |
|                                     | 48,438                          | 58,282                          |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tabla A10. Comportamientos relacionados con la salud. Tabaco**

| Variable                   | Odd Ratio<br>Hombres             | Odd Ratio<br>Mujeres             |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| crisis                     | 0.801<br>(2.25)*                 | <b>0.697</b><br><b>(3.43)**</b>  |
| post_crisis                | <b>0.593</b><br><b>(4.32)**</b>  | <b>0.528</b><br><b>(4.84)**</b>  |
| EDAD (18-24)               | 0.920<br>(1.35)                  | 1.138<br>(2.37)*                 |
| EDAD (45-64)               | <b>0.720</b><br><b>(8.94)**</b>  | <b>0.527</b><br><b>(18.04)**</b> |
| EDAD (65 y más)            | <b>0.278</b><br><b>(18.69)**</b> | <b>0.055</b><br><b>(32.47)**</b> |
| Sin estudios               | 0.915<br>(1.66)                  | <b>0.561</b><br><b>(8.27)**</b>  |
| Estudios secundarios       | <b>0.876</b><br><b>(3.72)**</b>  | <b>1.106</b><br><b>(2.79)**</b>  |
| Estudios universitarios    | <b>0.585</b><br><b>(11.51)**</b> | <b>0.816</b><br><b>(4.50)**</b>  |
| Parado                     | <b>1.350</b><br><b>(4.79)**</b>  | 1.086<br>(1.46)                  |
| Jubilado                   | <b>0.831</b><br><b>(3.32)**</b>  | <b>0.691</b><br><b>(5.53)**</b>  |
| Inactividad                | <b>0.684</b><br><b>(5.08)**</b>  | <b>0.705</b><br><b>(9.66)**</b>  |
| Nacionalidad española      | 1.070<br>(1.06)                  | <b>1.467</b><br><b>(6.08)**</b>  |
| EDAD (18-24) * crisis      | 1.121<br>(1.16)                  | 0.931<br>(0.82)                  |
| EDAD (18-24) * post_crisis | 0.827<br>(1.51)                  | 0.761<br>(2.22)*                 |
| EDAD (45-64) * crisis      | 1.136<br>(2.41)*                 | <b>1.470</b><br><b>(7.26)**</b>  |
| EDAD (45-64) * post_crisis | 1.164<br>(2.36)*                 | <b>1.791</b><br><b>(8.89)**</b>  |
| EDAD (65 y más) * crisis   | 1.022<br>(0.21)                  | <b>2.051</b><br><b>(5.56)**</b>  |



|                                     |                 |                 |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | <b>1.501</b>    | <b>3.405</b>    |
|                                     | <b>(2.75)**</b> | <b>(7.58)**</b> |
| Sin estudios * crisis               | 0.949           | 0.955           |
|                                     | (0.63)          | (0.41)          |
| Sin estudios * post_crisis          | 0.995           | 1.138           |
|                                     | (0.04)          | (0.92)          |
| Est. secundarios * crisis           | 1.000           | <b>1.227</b>    |
|                                     | (0.00)          | <b>(3.23)**</b> |
| Est. secundarios * post_crisis      | 1.162           | <b>1.260</b>    |
|                                     | (2.05)*         | <b>(2.78)**</b> |
| Est. universitarios * crisis        | 0.840           | 1.034           |
|                                     | (2.31)*         | (0.43)          |
| Est. universitarios * post_crisis   | 0.809           | 1.069           |
|                                     | (2.24)*         | (0.68)          |
| Parado * crisis                     | <b>1.237</b>    | 1.125           |
|                                     | <b>(2.73)**</b> | (1.57)          |
| Parado * post_crisis                | 1.164           | 1.104           |
|                                     | (1.71)          | (1.14)          |
| Jubilado * crisis                   | 1.055           | 1.000           |
|                                     | (0.64)          | (0.00)          |
| Jubilado * post_crisis              | 0.724           | 0.926           |
|                                     | (2.53)*         | (0.56)          |
| Inactivo * crisis                   | 0.926           | 0.942           |
|                                     | (0.64)          | (1.00)          |
| Inactivo * post_crisis              | <b>1.381</b>    | 1.020           |
|                                     | <b>(2.68)**</b> | (0.25)          |
| Nacionalidad española * crisis      | 1.014           | 1.023           |
|                                     | (0.16)          | (0.25)          |
| Nacionalidad española * post_crisis | 1.183           | 1.064           |
| EDAD (18-24) * crisis               | (1.59)          | (0.57)          |
|                                     | 50,626          | 64,331          |

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$

**Tabla A11. Comportamientos relacionados con la salud. Inactividad física**

| Variable                   | Odd Ratio<br>Hombres             | Odd Ratio<br>Mujeres             |
|----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| crisis                     | <b>0.531</b><br><b>(6.53)**</b>  | <b>0.689</b><br><b>(4.19)**</b>  |
| post_crisis                | <b>0.466</b><br><b>(6.45)**</b>  | 0.819<br>(1.86)                  |
| EDAD (18-24)               | <b>0.652</b><br><b>(6.78)**</b>  | 1.109<br>(1.94)                  |
| EDAD (45-64)               | 1.027<br>(0.74)                  | <b>0.670</b><br><b>(12.58)**</b> |
| EDAD (65 y más)            | 0.883<br>(1.96)*                 | <b>0.846</b><br><b>(3.88)**</b>  |
| Sin estudios               | <b>1.471</b><br><b>(8.18)**</b>  | <b>1.511</b><br><b>(11.34)**</b> |
| Estudios secundarios       | <b>0.576</b><br><b>(15.71)**</b> | <b>0.693</b><br><b>(11.69)**</b> |
| Estudios universitarios    | <b>0.358</b><br><b>(22.29)**</b> | <b>0.488</b><br><b>(18.22)**</b> |
| Parado                     | 0.881<br>(1.98)*                 | 0.702<br>(6.47)**                |
| Jubilado                   | <b>0.580</b><br><b>(10.02)**</b> | <b>0.766</b><br><b>(6.06)**</b>  |
| Inactividad                | <b>0.742</b><br><b>(4.04)**</b>  | <b>0.843</b><br><b>(5.33)**</b>  |
| Nacionalidad española      | <b>0.836</b><br><b>(2.81)**</b>  | 0.948<br>(0.96)                  |
| EDAD (18-24) * crisis      | 0.889<br>(1.13)                  | 1.122<br>(1.39)                  |
| EDAD (18-24) * post_crisis | 0.861<br>(1.06)                  | 0.861<br>(1.33)                  |
| EDAD (45-64) * crisis      | <b>1.394</b><br><b>(6.33)**</b>  | <b>1.300</b><br><b>(5.45)**</b>  |
| EDAD (45-64) * post_crisis | <b>1.262</b><br><b>(3.54)**</b>  | <b>1.212</b><br><b>(3.19)**</b>  |
| EDAD (65 y más) * crisis   | <b>1.814</b><br><b>(6.43)**</b>  | <b>1.583</b><br><b>(6.66)**</b>  |

|                                     |                 |                 |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------|
| EDAD (65 y más) * post_crisis       | <b>2.202</b>    | 1.179           |
|                                     | <b>(5.78)**</b> | (1.72)          |
| Sin estudios * crisis               | <b>0.823</b>    | <b>0.853</b>    |
|                                     | <b>(2.71)**</b> | <b>(2.76)**</b> |
| Sin estudios * post_crisis          | 1.130           | <b>1.214</b>    |
|                                     | (1.35)          | <b>(2.71)**</b> |
| Est. secundarios * crisis           | <b>1.254</b>    | 1.111           |
|                                     | <b>(4.18)**</b> | (2.11)*         |
| Est. secundarios * post_crisis      | <b>1.372</b>    | 1.019           |
|                                     | <b>(4.57)**</b> | (0.30)          |
| Est. universitarios * crisis        | <b>1.334</b>    | 1.137           |
|                                     | <b>(4.07)**</b> | (2.02)*         |
| Est. universitarios * post_crisis   | 1.050           | 0.840           |
|                                     | (0.53)          | (2.20)*         |
| Parado * crisis                     | 1.214           | <b>1.408</b>    |
|                                     | (2.44)*         | <b>(4.73)**</b> |
| Parado * post_crisis                | 0.907           | 1.228           |
|                                     | (1.04)          | (2.47)*         |
| Jubilado * crisis                   | <b>2.042</b>    | <b>1.431</b>    |
|                                     | <b>(9.00)**</b> | <b>(5.33)**</b> |
| Jubilado * post_crisis              | 0.975           | 1.237           |
|                                     | (0.21)          | (2.32)*         |
| Inactivo * crisis                   | 1.250           | <b>1.144</b>    |
|                                     | (1.84)          | <b>(2.60)**</b> |
| Inactivo * post_crisis              | 1.357           | 1.005           |
|                                     | (2.50)*         | (0.07)          |
| Nacionalidad española * crisis      | 1.016           | 0.962           |
|                                     | (0.18)          | (0.50)          |
| Nacionalidad española * post_crisis | 0.874           | 0.825           |
|                                     | (1.29)          | (2.13)*         |
|                                     | 50,466          | 64,115          |

\* p<0.05; \*\* p<0.01

**Tabla A12. Jóvenes. Salud Autopercebida**

| Regresión logística ordenada. 1= Salud Excelente; 2=Buena; 3=Pasable; 4=Pobre.<br>Referencia edad=Entre 15 y 18 años |            |           |        |       |
|--|------------|-----------|--------|-------|
| auto_val_salud_ord   | Odds Ratio | Std. Err. | z      | P>z   |
| sexo   | 0,4608     | 0,0105    | -33,86 | 0,000 |
| edad12   | 0,6010     | 0,3487    | -0,88  | 0,380 |
| edad12_15  | 0,6776     | 0,0156    | -16,89 | 0,000 |
| edad_mas_18  | 1,3103     | 0,0682    | 5,20   | 0,000 |
| trabajandospadres  | 0,9690     | 0,0901    | -1,33  | 0,183 |
| odio_mi_cuerpo   | 2,5010     | 0,0984    | 23,66  | 0,000 |
| pobre  | 2,0212     | 0,0997    | 14,70  | 0,000 |
| rica   | 0,6775     | 0,0502    | -10,54 | 0,000 |
| nac_espana   | 0,8682     | 0,0353    | -3,48  | 0,001 |
| crisis   | 0,8787     | 0,0448    | -4,85  | 0,000 |
| post_crisis  | 0,8561     | 0,0595    | -5,89  | 0,000 |
| /cut1  | -1,4166    | 0,0483    |        |       |
| /cut   | 1,7271     | 0,0493    |        |       |
| /cut3  | 4,3934     | 0,0785    |        |       |

**Tabla A13. Jóvenes. Salud autopercebida****Regresión logística ordenada con interacciones. 1= Salud Excelente; 2=Buena; 3=Pasable; 4=Pobre Referencia edad=Entre 15 y 18 años**

| auto_val_salud_ord         | Odds Ratio | Std. Err. | z        | P>z    |
|----------------------------|------------|-----------|----------|--------|
| sexo                       | 0,4823     | 0,0164    | -21,4500 | 0,0000 |
| edad12                     | 0,6658     | 0,5165    | -0,5200  | 0,6000 |
| edad12_15                  | 0,6871     | 0,0241    | -10,7100 | 0,0000 |
| edad_mas_18                | 1,3471     | 0,0903    | 4,4400   | 0,0000 |
| trabajandospadres          | 1,0186     | 0,0367    | 0,5100   | 0,6100 |
| odio_mi_cuerpo             | 2,5708     | 0,1572    | 15,4400  | 0,0000 |
| pobre                      | 2,3081     | 0,2017    | 9,5700   | 0,0000 |
| rica                       | 0,6876     | 0,0372    | -6,9200  | 0,0000 |
| nac_espana                 | 0,9747     | 0,0686    | -0,3600  | 0,7160 |
| crisis                     | 1,0503     | 0,1218    | 0,4200   | 0,6720 |
| post_crisis                | 1,2299     | 0,1315    | 1,9400   | 0,0530 |
| sexo_crisis                | 0,9373     | 0,0528    | -1,1500  | 0,2510 |
| sexo_post_crisis           | 0,9071     | 0,0479    | -1,8500  | 0,0650 |
| edad12_crisis              | 0,8416     | 0,9845    | -0,1500  | 0,8830 |
| edad12_post_crisis         | 1,0000     | (omitted) |          |        |
| edad12_15_crisis           | 1,0326     | 0,0597    | 0,5500   | 0,5790 |
| edad12_15_post_crisis      | 0,9318     | 0,0499    | -1,3200  | 0,1870 |
| edad_mas_18_crisis         | 0,9557     | 0,1199    | -0,3600  | 0,7180 |
| edad_mas_18_post_crisis    | 0,9321     | 0,1396    | -0,4700  | 0,6390 |
| trabajandos_crisis         | 0,9105     | 0,0543    | -1,5700  | 0,1160 |
| trabajandos_post_crisis    | 0,9219     | 0,0509    | -1,4700  | 0,1410 |
| odio_mi_cuerpo_crisis      | 0,9386     | 0,0918    | -0,6500  | 0,5170 |
| odio_mi_cuerpo_post_crisis | 0,9817     | 0,0876    | -0,2100  | 0,8360 |
| pobre_crisis               | 0,9258     | 0,1196    | -0,6000  | 0,5510 |
| pobre_post_crisis          | 0,7614     | 0,0882    | -2,3500  | 0,0190 |
| rica_crisis                | 0,9855     | 0,0878    | -0,1600  | 0,8700 |
| rica_post_crisis           | 0,9637     | 0,0868    | -0,4100  | 0,6820 |
| nac_espana_crisis          | 0,9042     | 0,0940    | -0,9700  | 0,3330 |
| nac_espana_post_crisis     | 0,8011     | 0,0772    | -2,3000  | 0,0210 |
| /cut1                      | -1,2359    | 0,0777    |          |        |
| /cut2                      | 1,9091     | 0,0786    |          |        |
| /cut3                      | 4,5764     | 0,0996    |          |        |

**Tabla A14. Jóvenes. Comportamientos relacionados con la salud**

| Modelo regresión logística. Tabaco. Referencia edad=Entre 15 y 18 años |            |           |         |       |
|--|------------|-----------|---------|-------|
| fuma_si_no   | Odds Ratio | Std. Err. | z       | P>z   |
| sexo   | 0,6802     | 0,030     | -8,840  | 0,000 |
| edad12   | 0,0000     | 0,001     | -0,020  | 0,986 |
| edad12_15  | 0,2743     | 0,014     | -24,790 | 0,000 |
| edad_mas_18  | 1,6670     | 0,117     | 7,280   | 0,000 |
| trabajandospadres  | 1,1928     | 0,055     | 3,790   | 0,000 |
| odio_mi_cuerpo   | 1,5955     | 0,111     | 6,730   | 0,000 |
| pobre  | 1,2136     | 0,121     | 1,940   | 0,052 |
| rica   | 1,1867     | 0,082     | 2,490   | 0,013 |
| nac_espana   | 0,9381     | 0,082     | -0,730  | 0,465 |
| crisis   | 0,9346     | 0,134     | -0,470  | 0,638 |
| post_crisis  | 0,5340     | 0,077     | -4,370  | 0,000 |
| sexo_crisis  | 1,2056     | 0,087     | 2,580   | 0,010 |
| sexo_post_crisis   | 1,2747     | 0,097     | 3,200   | 0,001 |
| edad12_crisis  | 6,8973     |           | 0,020   | 0,986 |
| edad12_post_crisis   | 1,0000     | (omitted) |         |       |
| edad12_15_crisis   | 1,0767     | 0,088     | 0,900   | 0,366 |
| edad12_15_post_crisis  | 1,2217     | 0,105     | 2,320   | 0,020 |
| edad_mas_18_crisis   | 0,8396     | 0,110     | -1,330  | 0,183 |
| edad_mas_18_post_crisis  | 1,2911     | 0,210     | 1,570   | 0,117 |
| trabajandos_crisis   | 0,9147     | 0,070     | -1,170  | 0,243 |
| trabajandos_post_crisis  | 0,8484     | 0,067     | -2,090  | 0,037 |
| odio_mi_cuerpo_crisis  | 1,2559     | 0,137     | 2,080   | 0,037 |
| odio_mi_cuerpo_post_crisis   | 1,1093     | 0,121     | 0,950   | 0,340 |
| pobre_crisis   | 0,9599     | 0,143     | -0,270  | 0,784 |
| pobre_post_crisis  | 1,0945     | 0,156     | 0,630   | 0,527 |
| rica_crisis  | 1,0152     | 0,114     | 0,130   | 0,893 |
| rica_post_crisis   | 1,1694     | 0,145     | 1,260   | 0,206 |
| nac_espana_crisis  | 1,1110     | 0,145     | 0,810   | 0,419 |
| nac_espana_post_crisis   | 1,0308     | 0,134     | 0,230   | 0,816 |
| _cons  | 0,3993     | 0,038     | -9,570  | 0,000 |

**Tabla A15. Jóvenes. Comportamientos relacionados con la salud**

| <b>Modelo regresión logística. Cannabis. Referencia edad=Entre 15 y 18 años</b> |                   |                  |          |               |
|---|-------------------|------------------|----------|---------------|
| <b>cannabis</b>   | <b>Odds Ratio</b> | <b>Std. Err.</b> | <b>z</b> | <b>P&gt;z</b> |
| sexo  | 1,0257            | 0,042            | 0,630    | 0,532         |
| edad12  | 1,0000            | (omitted)        |          |               |
| edad12_15   | 0,1358            | 0,007            | -37,650  | 0,000         |
| edad_mas_18   | 2,0651            | 0,141            | 10,630   | 0,000         |
| trabajandospadres   | 1,2825            | 0,056            | 5,700    | 0,000         |
| odio_mi_cuerpo  | 1,3792            | 0,096            | 4,620    | 0,000         |
| pobre   | 1,4593            | 0,138            | 4,000    | 0,000         |
| rica  | 1,3028            | 0,085            | 4,070    | 0,000         |
| nac_espana  | 1,1875            | 0,101            | 2,020    | 0,044         |
| crisis  | 0,5530            | 0,097            | -3,370   | 0,001         |
| post_crisis   | 0,6309            | 0,092            | -3,170   | 0,002         |
| sexo_crisis   | 1,2937            | 0,106            | 3,150    | 0,002         |
| sexo_post_crisis  | 1,2544            | 0,095            | 3,000    | 0,003         |
| edad12_crisis   | 1,0000            | (omitted)        |          |               |
| edad12_post_crisis  | 1,0000            | (omitted)        |          |               |
| edad12_15_crisis  | 2,3524            | 0,297            | 6,780    | 0,000         |
| edad12_15_post_crisis   | 3,2687            | 0,400            | 9,690    | 0,000         |
| edad_mas_18_crisis  | 0,9706            | 0,134            | -0,220   | 0,829         |
| edad_mas_18_post_crisis   | 1,3631            | 0,214            | 1,980    | 0,048         |
| trabajandos_crisis  | 0,9092            | 0,078            | -1,100   | 0,270         |
| trabajandos_post_crisis   | 0,9358            | 0,074            | -0,840   | 0,400         |
| odio_mi_cuerpo_crisis   | 1,0837            | 0,148            | 0,590    | 0,557         |
| odio_mi_cuerpo_post_crisis  | 0,8477            | 0,101            | -1,390   | 0,165         |
| pobre_crisis  | 0,9568            | 0,159            | -0,270   | 0,790         |
| pobre_post_crisis   | 0,9951            | 0,141            | -0,030   | 0,972         |
| rica_crisis   | 0,9734            | 0,126            | -0,210   | 0,835         |
| rica_post_crisis  | 1,0692            | 0,135            | 0,530    | 0,596         |
| nac_espana_crisis   | 1,5011            | 0,243            | 2,510    | 0,012         |
| nac_espana_post_crisis  | 0,8207            | 0,109            | -1,490   | 0,138         |
| _cons   | 0,4452            | 0,041            | -8,710   | 0,000         |

**Tabla A16. Jóvenes. Comportamientos relacionados con la salud**

| Modelo regresión logística. Emborracharse. Referencia edad=Entre 15 y 18 años |            |           |         |       |
|---|------------|-----------|---------|-------|
| emborracharte   | Odds Ratio | Std. Err. | z       | P>z   |
| sexo  | 0,9609     | 0,037     | -1,030  | 0,302 |
| edad12  | 0,0000     | 0,000     | -0,020  | 0,983 |
| edad12_15   | 0,1424     | 0,006     | -43,980 | 0     |
| edad_mas_18   | 2,5275     | 0,193     | 12,170  | 0     |
| trabajandospadres   | 1,2309     | 0,051     | 5,040   | 0     |
| odio_mi_cuerpo  | 1,4144     | 0,095     | 5,160   | 0     |
| pobre   | 1,1396     | 0,106     | 1,400   | 0,162 |
| rica  | 1,3080     | 0,081     | 4,320   | 0     |
| nac_espana  | 0,9188     | 0,073     | -1,060  | 0,287 |
| crisis  | 0,8966     | 0,115     | -0,850  | 0,395 |
| post_crisis   | 0,7974     | 0,096     | -1,880  | 0,06  |
| sexo_crisis   | 1,0634     | 0,067     | 0,970   | 0,332 |
| sexo_post_crisis  | 0,8767     | 0,054     | -2,150  | 0,032 |
| edad12_crisis   | 4,6655     | 3,320     | 0,020   | 0,985 |
| edad12_post_crisis  | 1,0000     | (omitted) |         |       |
| edad12_15_crisis  | 1,3262     | 0,091     | 4,130   | 0     |
| edad12_15_post_crisis   | 1,1091     | 0,075     | 1,520   | 0,128 |
| edad_mas_18_crisis  | 0,8482     | 0,120     | -1,160  | 0,246 |
| edad_mas_18_post_crisis   | 1,2418     | 0,214     | 1,260   | 0,208 |
| trabajandos_crisis  | 1,0446     | 0,070     | 0,650   | 0,527 |
| trabajandos_post_crisis   | 1,0258     | 0,066     | 0,400   | 0,692 |
| odio_mi_cuerpo_crisis   | 1,3979     | 0,149     | 3,150   | 0,002 |
| odio_mi_cuerpo_post_crisis  | 0,9493     | 0,094     | -0,530  | 0,598 |
| pobre_crisis  | 1,2343     | 0,172     | 1,510   | 0,13  |
| pobre_post_crisis   | 1,0795     | 0,136     | 0,610   | 0,544 |
| rica_crisis   | 0,9502     | 0,095     | -0,510  | 0,608 |
| rica_post_crisis  | 1,0495     | 0,108     | 0,470   | 0,64  |
| nac_espana_crisis   | 1,1920     | 0,139     | 1,510   | 0,131 |
| nac_espana_post_crisis  | 1,0642     | 0,117     | 0,570   | 0,571 |
| _cons   | 1,0914     | 0,095     | 1,010   | 0,314 |



La década más reciente de la historia de nuestro país está marcada por la profunda crisis económica iniciada a mediados del año 2008 que se prolongó hasta el año 2014, aunque hay diferentes opiniones respecto a la fecha final de la misma. En este contexto desde una perspectiva de salud pública es necesario conocer el efecto de la crisis en la salud de los ciudadanos.

Aun siendo consciente de los problemas de su cuantificación y la dificultad de identificar con rigor relaciones causa-efecto, el Ministerio de Sanidad encargó en el año 2017 a un equipo investigador independiente estudiar las consecuencias de la crisis económica sobre la salud de las personas residentes en España.

La publicación «Crisis económica y salud en España» es el resultado de aquel encargo que puede abrir un campo de investigación permanente para seguir avanzando en el conocimiento de los efectos de la crisis económica en la salud y ayudar al diseño y desarrollo de políticas que atenúen los efectos más negativos sobre el bienestar de las poblaciones presentes y futuras.



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL

[www.msbs.gob.es](http://www.msbs.gob.es)