



El efecto de la salud en la actividad en los mayores de 50 años en España: 2006 y 2014¹

Antía Domínguez-Rodríguez²; Amand Blanes Llorens³

Recibido: 6 de marzo de 2017 / Aceptado: 26 de septiembre de 2017

Resumen. El objetivo es indagar si variables sociodemográficas, como la educación o hogar, y el contexto económico modulan el efecto de la salud sobre el abandono del mercado laboral en los mayores de 50 años.

Se emplea la regresión logística para estimar probabilidades de estar activo según estado de salud, por edad y sexo, controlando por otras variables sociodemográficas. La información proviene de los microdatos de las encuestas de salud de 2006 (ENSE) y de 2014 (EESA).

Los resultados revelan un aumento de la tasa de actividad para todos los estados de salud en las mujeres por un componente generacional, y el papel de la educación como variable moduladora del efecto de la salud sobre la actividad de las mujeres en ambos años y los hombres en 2014 (OR=6,17 y OR=5.40 una vez se controla por educación). La crisis ejerce un efecto penalizador sobre aquellos con peor estado de salud.

Palabras clave: salud; actividad laboral; edades maduras; género; generación.

[en] The effect of health on activity in people with 50 and more years in Spain: 2006 and 2014

Abstract. The main goal is to investigate whether sociodemographic variables, such as education or household, and the economic context have an effect in the relation between health and exit of the labor market in those over 50 years.

Logistic regression is used to estimate the probabilities of being active according to health status, by age and sex, controlling of other sociodemographic variables. Data comes from the microdata of the 2006 (ENSE) and 2014 (EESA) health surveys.

The results show an increase in the activity rate for all health states in women by a generational component, and the role of education as a modulating variable for the effect of health on the activity of women in both years, and men in 2014 (OR = 6.17 and OR = 5.40 once controlled by education). The effect of the crisis is more intense on those with worse health.

Keywords: health; work activity; ageing; gender; generation.

¹ Este artículo forma parte de la tesis doctoral de Antía Domínguez-Rodríguez, realizada dentro del programa de Demografía de la Universidad Autónoma de Barcelona, gracias a la ayuda para contratos predoctorales para la formación de doctores del Ministerio de Economía y Competitividad (BES-2014-068591). Además, se inscribe dentro del proyecto “Sociodemografía del sistema público de pensiones y del cuidado de la población mayor dependiente” ref. CSO2016-77449-R. Agradecimientos a CERCA Programme / Generalitat de Catalunya.

² Centre d'Estudis Demogràfics. Universidad Autónoma de Barcelona
E-mail: adominguez@ced.uab.es

³ Centre d'Estudis Demogràfics. Universidad Autónoma de Barcelona
E-mail: ablanes@ced.uab.cat

Sumario. 1. Introducción. 2. Fuentes y metodología. 3. Resultados. 3.1. Desigualdades en la actividad según el estado de salud: una comparativa internacional. 3.2. Efecto de las variables individuales y del hogar sobre la participación laboral. 3.3. Condiciones de salud y participación en el mercado de trabajo: salud auto percibida. 3.4. Condiciones de salud y participación en el mercado de trabajo: GALI. 4. Conclusiones. 5. Bibliografía.

Cómo citar: Domínguez-Rodríguez, A., Blanes Llorens, A. (2019) “El efecto de la salud en la actividad en los mayores de 50 años en España: 2006 y 2014”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 37(1), 177-202.

1. Introducción

El envejecimiento de la población genera un debate social y político sobre las medidas a adoptar para hacer frente a sus repercusiones sobre el sistema de pensiones. Entre ellas destacan aquellas que apuestan tanto por un aumento de la participación laboral de la población en torno a las edades de jubilación, debido al desajuste entre edad legal y real de jubilación (Gruber y Wise, 1999), como las que plantean el propio retraso de esa edad legal.

En España, en concreto, con la *Ley 27/2011 del 1 de agosto sobre la actualización, adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social*, se establecen reformas en el sistema de pensiones: un retraso progresivo de la edad de jubilación hasta los 67 años y el mantenimiento de la edad mínima de la prejubilación a los 61 años fijada en la reforma de la ley en el 2002, pero aumentando los años de cotización exigidos de 30 a 33. Pero no será hasta los siguientes años donde se verá en que se traduce este retraso de la edad de jubilación en la sociedad (García-Gómez et al., 2014). Estas políticas se justifican, principalmente, por las mejoras en la salud y los avances en la longevidad de la población (Christensen et al., 2009); (Diamond, 2007). En este sentido, según el Instituto Nacional de Estadística (Instituto Nacional de Estadística, 2016) se estima que en las próximas cinco décadas la esperanza de vida al nacer de los hombres españoles aumentará 8,7 años y la de las mujeres 6,2 años, para alcanzar en 2065 los 88,6 y 91,6 años, respectivamente.

La salud está considerada como uno de los principales determinantes de las transiciones laborales. La relación entre mercado laboral y salud ha sido ampliamente investigada desde distintas perspectivas, observando una relación bidireccional. Es decir, las condiciones de salud de los individuos afectan a su participación laboral, pero a su vez esta misma, o la ausencia de ella, tiene un efecto en la salud (García, 2010). En esta investigación se centra el análisis en el efecto que tiene la salud en la actividad de la población. Por un lado, los estudios en esta dirección tienden a focalizarse en la población con algún tipo de minusvalía certificada, y abordan los procesos de abandono y reincorporación al mercado laboral (Jiménez-Martín et al., 2005). Por otro lado, en las edades maduras es cuando empiezan a manifestarse un deterioro de la salud y la aparición de limitaciones. Por este motivo, el universo de estudio es el conjunto de la población de 50 a 69 años, durante los años de tránsito entre la primera y segunda década de este siglo. España, al igual que otros países de Europa, ha pasado de una situación económica favorable, con porcentajes relativamente bajos de paro en el contexto de las últimas décadas, a otra de crisis que afecta de forma desigual a la población. Sectores considerados más vulnerables en materia laboral como pueden ser las mujeres, los jóvenes o los mayores de 50 años

se han visto más perjudicados, con dificultades en el acceso al mercado laboral o a una salida digna.

El objetivo de la investigación es analizar el impacto de la salud en el abandono del mercado de trabajo. Específicamente, más allá de lo ya conocido sobre el efecto de la salud en la actividad laboral, se indaga si otras variables sociodemográficas y los cambios económicos modulan este efecto de la salud en el abandono del mercado laboral en los mayores de 50 años. Para ello se analizará el efecto que tiene la salud sobre la actividad laboral en cada sexo considerando el efecto modulador de otras características individuales y del hogar. La fuente empleada es la Encuesta Nacional de Salud para España del 2006 y la Encuesta Europea de Salud del 2014. Se trata de unas encuestas transversales, por lo que la naturaleza de las mismas no nos permite abordar el análisis desde una perspectiva de ciclo de vida o longitudinal.

Profundizando en estudios previos principalmente se corrobora que un peor estado de salud está relacionado con un abandono del mercado laboral, ya sea a través de una jubilación temprana o del desempleo. Por ejemplo, en un estudio para 11 países europeos se determina como, aun con distintas tasas de actividad para cada país y las diferencias por género, la salud está asociada con una jubilación temprana, estar desempleado o entre las mujeres ser ama de casa, controlando por variables sociodemográficas y por estilos de vida (Mohammad y Burdorf, 2008). En el estudio de Leino-Arjas et al. (1999) se analizan los factores que predicen el desempleo y sus consecuencias, encontrando que uno de los principales predictores del paro de larga duración es el mal estado de salud además de otras variables sociodemográficas y estilos de vida que, a su vez, pueden tener un efecto en el estado de la salud. De manera longitudinal, el estudio con la British Household Panel Survey (1991-2002), constata que la salud es un determinante en las distintas transiciones del empleo, de manera más notable para los hombres que para las mujeres, y que el deterioro de la salud influye en las decisiones de jubilación (García-Gómez et al., 2010).

Para el caso de España, antes de la crisis la salud tenía un efecto importante en las decisiones laborales, sin embargo, un empeoramiento de la misma no afectaba al abandono laboral a corto plazo en los hombres (Prieto-Rodríguez et al., 2002). Para el estudio de las mujeres hay que tener precaución ya que se trata de unas generaciones muy distintas. Desde las más antiguas con escasa entrada en el mercado laboral y con bajos niveles educativos y, por lo tanto, con bajos porcentajes de mujeres activas, hasta las generaciones más jóvenes con un aumento tanto del nivel educativo como de la entrada en el mercado laboral y, por tanto, un mayor porcentaje de mujeres activas.

Desde la relación contraria, a raíz de la crisis en los últimos años se desarrollaron investigaciones que estudian el efecto de la crisis en la salud. El Informe SESPAS 2014, por ejemplo, muestra cómo la crisis ha impactado en la salud y sus determinantes, y con una mayor intensidad en los sectores de la población más vulnerables (SESPAS 2014). Otros estudios ponen de manifiesto el efecto negativo de la crisis en la salud mental, observando un aumento de depresiones o ansiedad a causa de la *pérdida* de trabajo (Espino Granado, 2014); (Gili et al., 2012). Sin embargo, otros estudios revelan que lejos de lo que cabría esperar en épocas de crisis se reporta una mejora en la salud, por una disminución del estrés laboral, un mayor apoyo social o una disminución de la contaminación atmosférica (Tapias Granados, 2014).

La salud es uno de los factores más determinantes en las transiciones laborales (Currie y Madrian, 1999), pero no se trata del único. Otras características, tanto individuales como del hogar, así como los incentivos económicos para la jubilación

temprana o los ajustes compensatorios para la jubilación tardía, funcionan como factores clave para la decisión de abandono del mercado laboral (Debrand y Sirven, 2009); (Blöndal y Stefano, 1999). Además, son precisamente los individuos con ciertas características individuales y del hogar, como mayor nivel de estudios o mayor clase social, los que reportan mejores estados de salud (Monden, 2005); (Cai, 2005).

2. Fuentes y metodología

Las fuentes utilizadas, como ya se ha mencionado, son la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), en su edición de 2006, y la Encuesta Europea de Salud para España del 2014 (ESEE), realizadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en colaboración con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La finalidad de estas operaciones estadísticas es disponer de datos sobre el estado de salud de la población, sus factores y determinantes, y la utilización de los servicios sanitarios (INE). Para cumplir con los requisitos de periodicidad exigidos por la oficina estadística europea, y con el fin de no duplicarlas, se elaboran de forma intercalada (cada 2 o 3 años). A su vez, se ha producido un proceso de paulatina adaptación de su diseño y de sus cuestionarios para responder a nuevas necesidades de información para el diseño de políticas de salud pública, y para adecuarse a los requisitos de comparabilidad y armonización a nivel europeo. El tamaño de la muestra para la población mayor de 15 años residente en viviendas principales es de 29.478 personas en la ENSE-2006 y de 22.842 en la ESEE-2014. La población objeto de estudio en esta investigación es la comprendida entre los 50 y los 69 años, a partir de ahora mayores de 50, contando con 8.257 entrevistados en el 2006 y 7.226 para el 2014 (Tabla 1). La elección de esas ediciones cubre el periodo anterior y posterior a la crisis económica y, por tanto, permite constatar si a raíz de ella se han modificado las pautas de participación laboral según el estado de salud de la población.

Tabla 1. Tamaño de la muestra ENSE-2006 y ESEE-2014 por sexo y grupo de edad.

Edad	ENSE 2006			ESEE 2014		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
50-54	847	1.346	2.193	954	1.008	1.962
55-59	774	1.334	2.108	871	982	1.853
60-64	809	1.313	2.122	828	888	1.716
65-69	680	1.154	1.834	748	947	1.695
Total	3.110	5.147	8.257	3.401	3.825	7.226

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE 2006 y de la ESEE 2014 del INE.

Los niveles de participación laboral de la población española según su estado de salud se han comparado con los de otros países europeos utilizando los datos de la *Statistics on Income and Living Conditions* (SILC) de Eurostat, que para España provienen de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) del INE. La finalidad primordial de esta encuesta es disponer de datos comparativos sobre la distribución

de los ingresos y la inclusión social, pero también permite obtener información sobre aspectos relacionados con la salud, la educación y el trabajo, entre otros. El tamaño de la muestra de mayores de 50 años para los 8 países que se han analizado oscila de los 4.534 casos de Suecia a los 12.241 de Italia, siendo la de España de 8.432 personas.

El mercado de trabajo no es el principal objeto de atención de estas encuestas, especialmente las de salud. Por este motivo, se ha realizado un contraste mediante la comparación de las tasas de actividad por sexo que se derivan de ellas con las que provienen de la Encuesta de Población Activa. En las tres encuestas, la tasa de actividad femenina de las mayores de 50 años es similar a la que proporciona la EPA, mientras que la de los hombres es 3 y 4 puntos porcentuales superior en la SILC y en la EESE en comparación con la EPA (Tabla 2).

Tabla 2. Comparación de la tasa de actividad 50-69 años por sexo entre la EPA y las distintas fuentes utilizadas.

	2006		2013		2014	
	ENSE	EPA	SLIC	EPA	EESE	EPA
Hombres	58,6%	59,6%	62,1%	59,6%	63,2%	59,7%
Mujeres	32,6%	32,0%	44,0%	44,2%	45,6%	45,1%
Total	44,9%	45,4%	52,8%	51,7%	54,1%	52,3%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE 2006, de la EESE 2014 y de las EPAs anuales 2006, 2013 y 2014 del INE, y de la EU-SILC 2013.

La variación en los niveles de actividad según el estado de salud abarca un doble enfoque comparativo: temporal, entre 2006 y 2014 en España, y espacial, mediante la comparación con otros países europeos en 2013. Se realiza a partir de diferenciales de actividad para cada categoría de salud o limitación respecto de la actividad del conjunto de la población de mayores de 50 años. El análisis a partir de diferenciales permite controlar el efecto que tienen las diferencias de base en las tasas de actividad entre hombres y mujeres, entre países y en el tiempo, permitiendo visualizar las desigualdades relativas en la participación laboral en función de la salud con independencia del nivel general de la actividad. Las tasas de actividad para cada condición de salud se han estandarizado por edad con el objetivo de eliminar el efecto distorsionador de la desigual composición etaria del grupo de 50 a 69 entre los hombres y las mujeres, y entre los diferentes países.

El efecto de la salud sobre la participación laboral en las edades maduras en España se ha estimado mediante la técnica de la regresión logística. Esta técnica se adecua a los objetivos de la investigación, ya que permite estimar la probabilidad de estar activo en función del estado de salud, como variable independiente principal, introduciendo el efecto modulador que pueden ejercer otras variables independientes tanto individuales como del hogar.

Las encuestas empleadas captan las condiciones de salud de los individuos a partir de tres preguntas sobre el estado de salud general, sobre la morbilidad y sobre la limitación para la actividad. La primera hace referencia a la salud auto percibida en los últimos 12 meses en base a cinco categorías: muy buena, buena, regular,

mala y muy mala. La segunda, dicotómica, indaga sobre el padecimiento de alguna enfermedad o problema de salud crónico en un periodo igual o superior a seis meses. La tercera sintetiza la incapacidad subjetiva en un único indicador (GALI, *Global Activity Limitation Indicator*) sobre la presencia o no de limitaciones para realizar las actividades cotidianas de la vida por motivos de salud en los últimos 6 meses.

En esta investigación se han utilizado como indicadores la salud auto percibida y el GALI. La salud autopercibida, a pesar de ser un indicador subjetivo, es una buena aproximación a las condiciones objetivas de salud, como se ha constatado a partir de su relación con las pautas de mortalidad entre la población adulta y madura (Gumà y Cámara, 2014). Las cinco categorías de esa variable se han recodificado en tres (buena, regular y mala), ya que el número de casos para la categoría “muy mala” era poco significativo cuando se cruzaba con otras variables independientes, y se han agrupado las categorías “buena” y “muy buena” para mantener la simetría en la escala. El GALI es un indicador de limitación de la actividad que introduce una valoración de su severidad al diferenciar “Gravemente limitado/a” y “Limitado/a, pero no gravemente”, y se considera un buen medidor de la ausencia de funcionalidad (Jagger et al. 2010).

Los resultados de ambos indicadores confirman la conocida “paradoja de salud y mortalidad” entre sexos: las mujeres gozan de unas mayores expectativas de vida, pero al mismo tiempo, perciben su salud de forma más negativa que los hombres. Si bien entre 2006 y 2014 se ha producido una ligera convergencia en la percepción de la salud que tienen hombres y mujeres, todavía persisten diferenciales significativos que se reflejan en una menor declaración de salud buena en las mujeres, junto a una mayor presencia de situaciones de “limitación no grave” (Tabla 3). En relación con su evolución, las tendencias difieren en función del indicador, ya que el estado de salud auto percibido muestra una relevante mejoría, que no se ve reflejada en los indicadores de limitación, que retroceden ligeramente al aumentar el porcentaje de individuos en ambos sexos que declaran alguna limitación para el desempeño de sus actividades diarias.

Tabla 3. Distribución del estado de salud percibido y del GALI en la población de 50 a 69 años, por sexo. 2006 y 2014⁴.

		Hombres		Mujeres	
		2.006	2.014	2.006	2.014
Estado Salud	Malo / Muy Malo	11,6%	9,5%	14,4%	12,9%
	Regular	28,1%	23,7%	37,7%	28,6%
	Muy bueno / Bueno	60,3%	66,8%	48,0%	58,5%
GALI	Gravemente limitado	5,9%	7,0%	5,7%	6,3%
	Limitado no gravemente	18,6%	20,6%	26,2%	26,8%
	No limitado	75,5%	72,4%	68,2%	67,0%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE-2006 y de la EESE-2014 del INE.

⁴ Proporciones estandarizadas por edad utilizando como población tipo la del conjunto de ambos sexos en las dos encuestas.

Los modelos de regresión logística se han utilizado para estimar por sexo la tasa de actividad en cada uno de estos estados de salud y de limitación. En los modelos se incorporan cuatro variables independientes con el fin de constatar si el efecto de la salud sobre la participación laboral se ve modulado por otras características de los individuos y de sus hogares. En relación con los individuos se considera su nivel educativo y su estado civil, ya que se trata de dos características de las personas que, en mayor o menor medida, están relacionadas tanto con su estado de salud como con su relación con la actividad. En cuanto a las variables referidas al hogar se han considerado la clase social y el tipo de hogar.

En relación con estas variables se han realizado los siguientes procedimientos:

- a) Nivel educativo. Esta variable fue codificada por el INE en 9 categorías de respuesta en los microdatos de ambas encuestas, aunque dichas categorías no son directamente comparables debido a los cambios en la configuración de los ciclos educativos y las titulaciones. Por este motivo, se ha procedido a su armonización y agregación en cuatro niveles de estudios según la máxima titulación obtenida: inferior a primaria, primaria (engloba la primaria completa o la primera etapa de la secundaria), secundaria (incluye segunda etapa de secundaria, las enseñanzas profesionales de grado medio y superior, y bachillerato) y estudios universitarios.
- b) Estado civil. En ambas encuestas se han agrupado las categorías separado/a legalmente y divorciado/a debido al bajo número de casos en las muestras.
- c) Clase social. Se trata de una variable derivada por el INE a partir de la ocupación principal del sustentador del hogar (la persona de referencia) y se divide en seis categorías: Directores y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados y profesionales asociados a licenciaturas universitarias (Clase I), Directores y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados y profesionales asociados a diplomaturas universitarias, profesionales técnicos, deportistas y artistas (Clase II), Ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia (Clase III), Supervisores y trabajadores en ocupaciones cualificadas (Clase IV), Trabajadores cualificados del sector primario y otros semi-cualificados (Clase V), y Trabajadores no cualificados (Clase VI)
- d) Tipo de hogar. Las últimas encuestas del INE formulan una pregunta para la auto declaración del tipo de hogar por parte del entrevistado (“¿podría decirme cuál de las siguientes opciones se corresponde con su hogar?”) que contempla 8 posibles respuestas de tipos de hogar. Esta pregunta se formuló en la EESE-2014, pero no en la ENSE-2006. Por ello, se ha procedido a un proceso previo de reconstrucción de esa tipología a partir de las preguntas del cuestionario de hogar sobre la relación de parentesco con la persona principal y la situación de convivencia de los distintos miembros del hogar. Para este trabajo se ha utilizado una tipología que clasifica a las personas entrevistadas en cinco tipos de hogares: unipersonales, parejas solas, parejas con hijos sin otras personas, monoparentales sin otras personas, y otros tipos de hogar.

La técnica de la regresión logística se ha aplicado de forma independiente para cada año, sexo e indicador construyéndose cuatro modelos diferentes para cada combinación. En primera instancia se considera sólo el efecto de la edad y de la salud en la probabilidad de declararse activo (Modelo 1). A continuación, se añade

en primer lugar la variable nivel educativo (Modelo 2) y, posteriormente, se agrega la de estado civil (Modelo 3). Finalmente, se introducen al mismo tiempo las dos variables referidas al hogar, es decir la clase social y el tipo de hogar (Modelo 4).

A partir de los coeficientes de cada modelo se calculan, para hombres y para mujeres, las probabilidades de declararse activo por edad en función de los estados diferenciales de salud para los modelos 1 y 4. Esto permite comprobar el potencial efecto de las variables individuales y del hogar sobre la relación del estado de salud con la actividad laboral. Los resultados de los modelos se sintetizan de forma gráfica en las curvas de las probabilidades y se presentan cuadros sintéticos con las *odds ratios* –y su significación– por edad y estado de salud según los distintos modelos para cada sexo, año e indicador de salud.

3. Resultados

La evolución reciente de la actividad (ocupados y parados) de la población española mayor de 50 años presenta un comportamiento diferenciado para hombres y mujeres. Según los datos de la EPA, la tasa de actividad masculina se ha mantenido relativamente estable, en torno al 60%, mientras que ha aumentado de forma muy apreciable la femenina, del 32 al 45% entre 2006 y 2014. En un contexto de crisis económica, ese incremento de la participación laboral de las mujeres, que prolonga tendencias iniciadas en las últimas décadas del siglo pasado, es en gran medida el reflejo de un efecto generacional. Es decir, es consecuencia de la progresiva llegada a las edades maduras de cohortes de mujeres más instruidas, que se integraron en mayor medida en el mercado de trabajo formal en su adultez y que no lo abandonaron a raíz de la constitución de su familia, tal como sucedía en las generaciones más antiguas. En este sentido, cabe recordar que este estudio abarca desde las mujeres nacidas durante el periodo de la contienda civil, que aproximadamente tenían entre 65 y 69 años en 2006, a las nacidas a principios de la década de los sesenta, al inicio del “desarrollismo”, que en 2014 tenían de 50 a 54 años. Por tanto, y a diferencia de los hombres, los análisis de las variaciones en la actividad de las mujeres en función de cualquier otra característica demográfica o social, como es el estado de salud, deben tener presente ese cambio acaecido en el nivel general de participación laboral. Lo anterior explica que entre 2006 y 2014 la tasa de actividad masculina aumenta sólo en los hombres que perciben su salud como buena, manteniéndose relativamente constante en el resto de categorías, mientras que en las mujeres ese incremento es generalizado para todos los estados de salud. Por ejemplo, para aquellas que declaran su salud como “regular” el aumento de la tasa de actividad alcanza los 10 puntos porcentuales (Tabla 4). En relación con el GALI la evolución de las tasas es similar, a excepción de aquellos hombres que declaran una actividad gravemente limitada, para los que se aprecia una reducción significativa de su tasa de participación laboral, superior a los 7 puntos porcentuales entre ambas encuestas.

Tabla 4: Tasas de actividad por sexo de la población mayor de 50 años según estado de salud percibido y GALI. 2006 y 2014⁵.

		Hombres		Mujeres	
		2.006	2.014	2.006	2.014
Estado Salud	Malo / Muy Malo	39,6%	38,0%	23,1%	27,2%
	Regular	53,7%	52,9%	29,2%	39,3%
	Muy bueno / Bueno	64,6%	70,4%	38,2%	52,8%
GALI	Gravemente limitado	34,5%	27,0%	23,2%	24,7%
	Limitado no gravemente	47,8%	49,6%	25,8%	34,0%
	No limitado	63,2%	70,6%	36,0%	52,2%
Total (ENSE y EESE)		58,6%	63,2%	32,6%	45,6%

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE-2006 y de la EESE-2014 del INE.

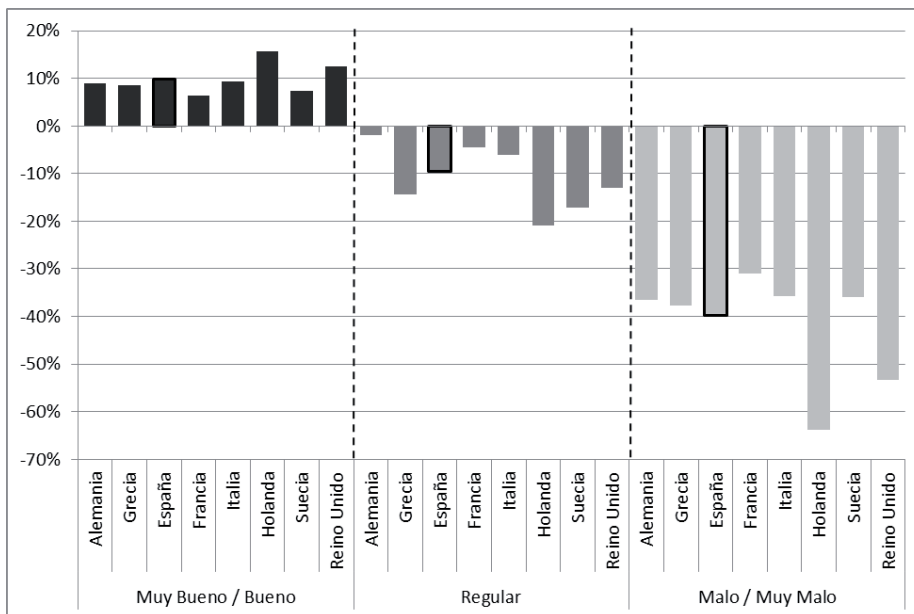
3.1. Desigualdades en la actividad según el estado de salud: una comparativa internacional

Antes de abordar los modelos multivariados se ha considerado pertinente realizar una aproximación comparativa de las desigualdades de actividad según el estado de salud auto percibido en España y otros países europeos. El interés se centra no tanto en el nivel de la tasa de actividad, que presenta significativas diferencias entre países debido a las pautas de salida del mercado de trabajo y a las regulaciones nacionales en materia de prestaciones y requisitos de jubilación, como en sus desigualdades relativas según la condición de salud. Además, para eliminar el efecto distorsionador que puede generar la diferente composición etaria de la población madura entre países, la comparación se realiza a partir de tasas estandarizadas por edad.

Para el conjunto de ambos sexos, como se observa en el gráfico 1, la diferencia relativa más importante se localiza en Holanda, donde la población que declara un estado de salud malo tiene una participación laboral un 64% inferior a la del conjunto de la población mayor de 50 años. Le sigue el Reino Unido, con una tasa inferior en un 55%, mientras en el resto de países analizados ese diferencial oscila entre el -31% de Francia y el -40% de España. Además, si consideramos también la situación de estado de salud “regular”, se constata que España se sitúa en una posición intermedia en relación con las desigualdades relativas en la actividad por motivos de salud. La interpretación de esas diferencias entre países no es sencilla, ya que intervienen una pluralidad de factores. Por un lado, la propia percepción de las personas sobre sus condiciones de salud, que puede verse modulada por factores culturales o por la propia adecuación del entorno a sus necesidades. Por otro, los relacionados con las prestaciones y transferencias del estado a las personas, o la propia capacidad que éstas tienen de acumular patrimonio a lo largo de su vida activa, que puede posibilitar en mayor medida un abandono más temprano del mercado de trabajo al deteriorarse de forma significativa sus condiciones de salud.

⁵ Tasas brutas sin estandarizar por edad.

Gráfico 1. Diferencial en la tasa de actividad estandarizada de 50-69 años por sexo según estado de salud auto percibido en diferentes países europeos en 2013⁶.



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EU-SILC 2013.

3.2. Efecto de las variables individuales y del hogar sobre la participación laboral

En relación con los modelos, en primer lugar, para determinar el efecto de cada una de las variables independientes por separado se ha realizado una regresión logística bivariada donde la variable dependiente es estar o no activo (Gráficos 2 y 3). Complementariamente se han calculado las tasas de actividad para las distintas categorías de las variables sociodemográficas (Anexo 2 y 3).

La edad, como cabría esperar, ejerce un fuerte efecto sobre la actividad en las edades maduras. La probabilidad de estar activo experimenta una caída progresiva en ambos sexos y ambos periodos, alcanzando a partir del grupo de 60 a 64 años odds ratio que se aproximan a cero en todos los casos y unas tasas de actividad de en torno al 5% en los hombres y menores en las mujeres.

La educación es otra característica socio-demográfica que discrimina de forma muy intensa los niveles de actividad. En los hombres las diferencias en la probabilidad de estar activo se dan entre los de menor nivel educativo y el resto, mientras que en las mujeres se observa un gradiente educativo que presenta diferencias significativas

⁶ Tasas de actividad 50-69 años estandarizadas utilizando como población tipo la de ambos sexos para el conjunto de países analizados. Las tasas de actividad según estado de salud de los diferentes países se presentan en el anexo 1.

entre todos los niveles educativos. A modo de ejemplo, en el año 2014 y tomando como referencia las mujeres con estudios inferiores a la actual primaria, la *odd ratio* (OR) para las que completaron estudios secundarios es de 5,8 y para las que poseen titulación universitaria de 10,9. En términos de tasas de actividad, las mujeres con estudios universitarios alcanzaban tasas del 61% en el 2006 y el 71% en el 2014 mientras que eran inferiores al 20% entre las que tenían estudios inferiores a primaria.

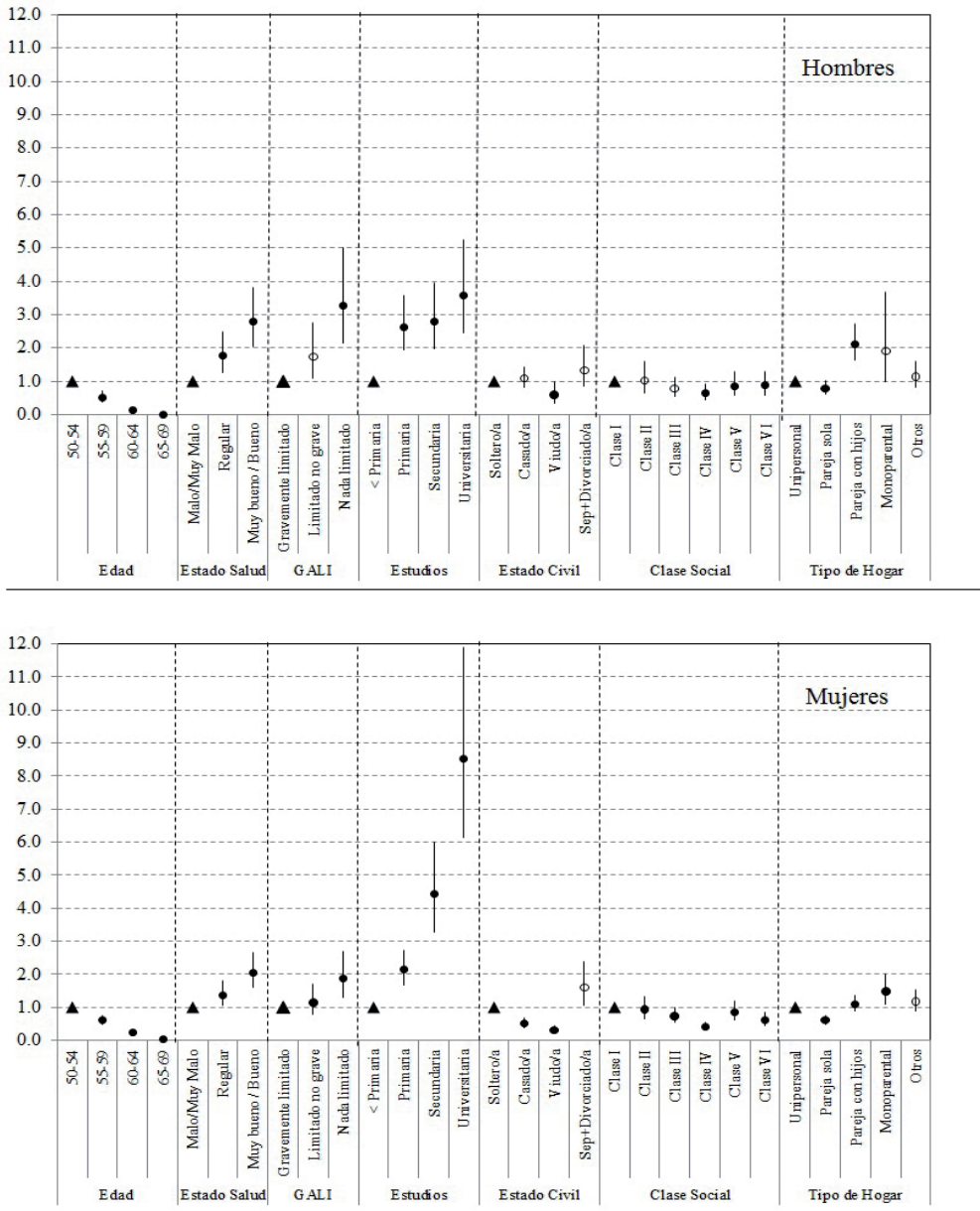
Por su parte, los dos indicadores de salud presentan el efecto esperado: a mejor estado de salud y a menor limitación de la actividad, mayor propensión a declararse activo. No obstante, cabe destacar dos aspectos: en primer lugar, que el efecto de las dos variables de salud es más intenso en el año 2014 que en 2006. En 2014 la probabilidad de estar activo de los hombres con buena salud es cuatro veces mayor (OR= 3,9) que la de los que perciben su salud como mala y 6,5 veces mayor para los que no tienen limitación de la actividad comparado con los que están gravemente limitados, mientras en 2006 estas diferencias eran menores para ambos indicadores (OR≈3). En segundo lugar, las diferencias en la probabilidad de estar activo son significativas en todos los casos para las tres percepciones de salud, mientras que para el GALI no es significativa entre el grado de limitación que declaran padecer, a excepción de las mujeres en 2014.

En relación con el estado civil, en los hombres no existen diferencias significativas en las propensiones de actividad, a excepción de la menor actividad de los viudos en 2014 (OR=0,29), con una tasa de actividad del 34% frente al 65% del resto de los estados civiles. Las mujeres casadas y viudas en ambos años tienen una participación laboral significativamente inferior a la de las solteras (OR= 0,5 las casadas y OR=0,3 las viudas) con unas tasas de actividad para las viudas de 20 y 25% y para las casadas de 31% y 44% en el 2006 y 2014, respectivamente. Sin embargo, la probabilidad es mayor para las divorciadas (OR=1,6 significativa y una tasa del 58% en el 2006, y OR=1,4 no significativa con una tasa del 67% en el 2014).

La clase social conlleva unas dificultades en su interpretación al construirse a partir de la ocupación principal de la persona de referencia del hogar (Borrell, c. et al.2004). Su efecto sobre la actividad es mayor en 2014 que en 2006 y más acusado en las mujeres que en los hombres, con probabilidades de estar activo que tienden a ser inferiores para las clases sociales más bajas. Sin embargo, las tasas de actividad más bajas se dan en el grupo de los “supervisores y trabajadores en ocupaciones cualificadas (Clase IV)” en los hombres en el 2006 y en las mujeres en ambos años, con tasas masculinas del 54% y femeninas del 23% en 2006 y del 36% en 2014, con unas *odd ratio* bajas y significativas.

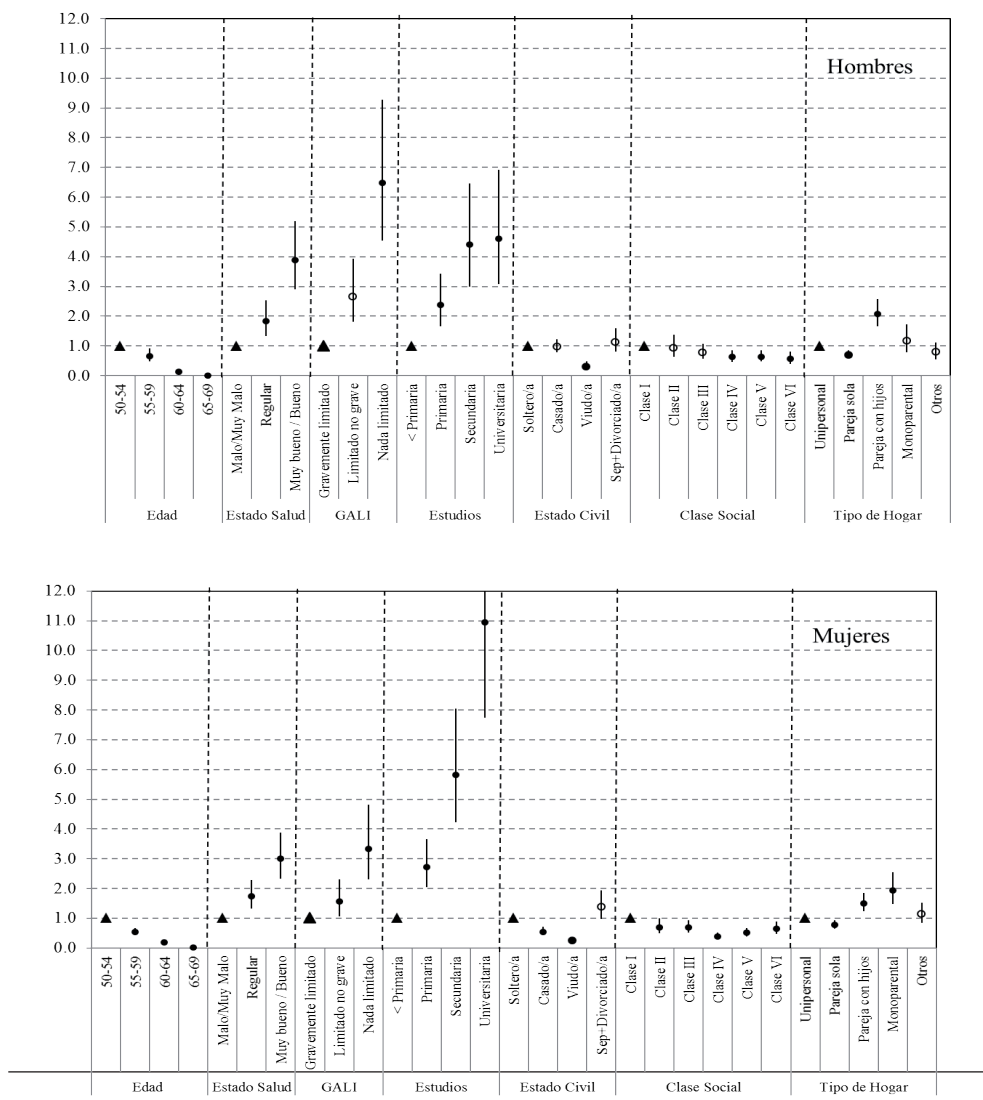
Finalmente, el tipo de hogar en que se reside la persona establece diferencias más significativas en 2014 que en 2006. Los hombres que conviven con su pareja y con hijos tienen el doble de probabilidad de estar activos que aquellos que residen en un hogar unipersonal (OR≈2,1). Además, sus tasas de actividad son las más altas, un 69% en 2006 y un 75% en 2014. En cambio, en las mujeres la mayor probabilidad de estar activa se da entre las que residen en hogares monoparentales (OR=1,5 en 2006 y OR=1,9 en 2014), representando también las tasas más altas elevadas, del 42% y del 58%, respectivamente.

Gráfico 2. Efecto de las variables de salud y sociodemográficas sobre la tasa de actividad de la población mayor de 50 años (odds ratio e intervalo de confianza del 95% del análisis bivariado en Anexos 2 y 3). España 2006.



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE 2006 del INE

Gráfico 3. Efecto de las variables de salud y sociodemográficas sobre la tasa de actividad de la población mayor de 50 años (odds ratio e intervalo de confianza del 95% del análisis bivariado en Anexos 2 y 3). España 2014⁷.



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EESE 2014 del INE.

⁷ En triángulo la categoría de referencia, en círculo negro diferencia significativa al 95%, y en círculo blanco diferencias no significativas. En los anexos 2 y 3 se presentan las tasas de actividad y las odds ratios para la ENSE-2006 y la EESE-2014.

3.3. Condiciones de salud y participación en el mercado de trabajo: Salud autopercibida

Una vez observado el efecto por separado de cada una de las variables sobre la tasa de actividad, a continuación se muestran los modelos multivariados que estiman el efecto directo de la salud y cómo éste puede verse modulado por el resto de variables. La primera variable que se considera en los modelos es la edad ya que ésta presenta una fuerte correlación con la tasa de actividad para el conjunto de la población madura, con un coeficiente de correlación de Pearson de $-0,584$ para los hombres y de $-0,437$ para las mujeres en 2006, aumentando en el 2014 a $-0,640$ y $-0,529$, respectivamente. En el primer modelo (M1), que sólo considera la edad, las diferencias en las tasas de actividad son significativas para todos los estados de salud, y la odd ratio para el estado de salud bueno respecto de la percepción de una salud mala es de $3,72$ en los hombres y de $1,63$ en las mujeres en 2006, y de $6,17$ y $2,79$ respectivamente en 2014. Si se consideran todas las otras variables independientes en los modelos (M4), el valor de la odd ratio casi no se modifica en los hombres en 2006 mientras que ejerce un efecto modulador sobre los niveles y las desigualdades en la participación laboral según la condición de salud en los hombres en 2014 y en las mujeres en ambos años (Tabla 5). Para sintetizar los resultados se ha optado por graficar la probabilidad estimada por edad de declararse activo a través de los coeficientes según los distintos estados de salud para los modelos 1 y 4 (Gráfico 3).

En el año 2006 las probabilidades por edad de estar activo, además de la consabida desigualdad de nivel en la participación laboral entre hombres y mujeres, reflejan sus diferenciales según la condición de salud. Si tomamos como referencia la edad 60, la probabilidad de estar activo para el modelo 1 es del $0,37$ para los hombres con mala salud y del $0,68$ para las que gozan de buena salud, situándose esos valores en el $0,23$ y el $0,33$ respectivamente en las mujeres (Gráfico 4). En el caso de los hombres cabe destacar tres elementos: a) la consideración de otras variables del individuo y del hogar no altera las probabilidades de estar activo en función del estado de salud; b) el efecto más importante se concentra en aquellas personas con peores condiciones de salud, siendo las probabilidades más cercanas entre los hombres que declaran un estado de salud bueno o regular; y c) las desigualdades relativas en la participación laboral por motivos de salud aumentan fuertemente con la edad. Al principio de las edades maduras los hombres con mejor salud tienen una probabilidad de ser activos un 30% superior a los que declaran peor salud mientras que en las edades alrededor de la edad legal de jubilación esa diferencia supera el 200% .

En relación con las mujeres cabe mencionar, en primer lugar, el fuerte efecto modulador que tienen las variables individuales y del hogar provocando para todos los estados de salud un aumento de la probabilidad de estar activa. Este hecho refleja una estructura desigual de las mujeres en edades maduras en relación con sus niveles de educación y, en menor medida, con las otras variables independientes. En segundo lugar, si sólo se considera la edad, las tasas de actividad según estado de salud son equidistantes, pero al modular por las otras variables se aproximan las probabilidades entre las que gozan de una salud regular y buena. Finalmente, a diferencia de los hombres, las diferencias relativas entre los estados de salud extremos son menos acusadas y con una menor tendencia creciente con la edad, ya que el diferencial relativo entorno de la edad 65 es del 50 por ciento, es decir una cuarta parte inferior que en los hombres.

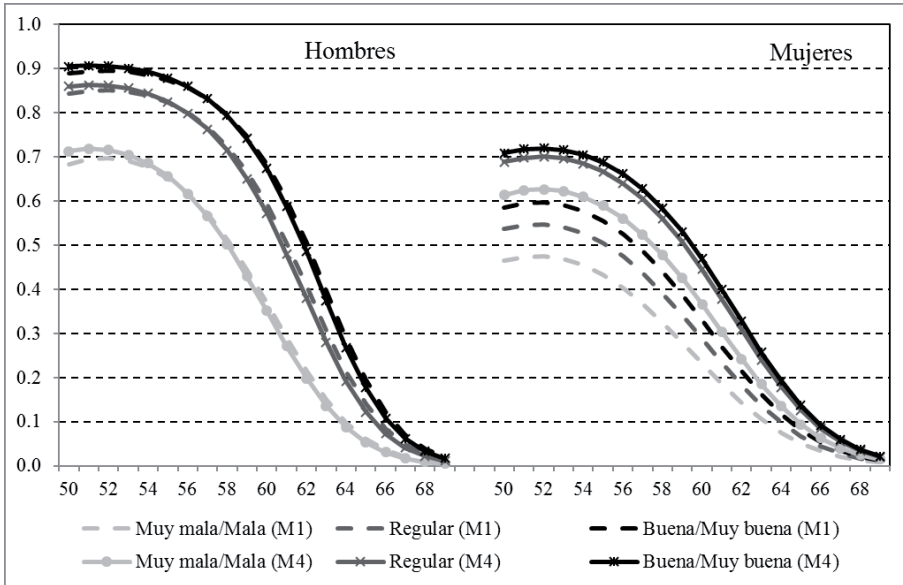
Tabla 5: Modelos por sexo y salud auto percibida de la población mayor de 50 años. España 2006 y 2014.

	Modelo1 Odd ratio sig	Modelo2 Odd ratio sig	Modelo3 Odd ratio sig	Modelo4 Odd ratio sig
Hombres				
2006				
Edad	8.35 ***	7.46 ***	7.52 ***	7.74 ***
Edad ²	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***
Muy malo/Malo	1.00	1.00	1.00	1.00
Regular	2.50 ***	2.49 ***	2.54 ***	2.48 ***
Bueno/Muy bueno	3.72 ***	3.76 ***	3.89 ***	3.82 ***
Constante	3.11E-24 ***	8.48E-23 ***	7.90E-23 ***	4.65E-23
Mujeres				
Edad	5.24 ***	5.10 ***	5.26 ***	5.37 ***
Edad ²	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***
Muy malo/Malo	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.
Regular	1.34 **	1.25 *	1.31 *	1.39 **
Bueno/Muy bueno	1.63 ***	1.36 **	1.45 ***	1.53 ***
Constante	2.31E-19 ***	5.65E-19 ***	3.59E-19 ***	1.99E-19 ***
Hombres				
2014				
Edad	16.33 ***	16.76 ***	15.80 ***	16.19 ***
Edad ²	0.97 ***	0.97 ***	0.97 ***	0.97 ***
Muy malo/Malo	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.
Regular	2.46 ***	2.35 ***	2.32 ***	2.34 ***
Bueno/Muy bueno	6.17 ***	5.40 ***	5.31 ***	5.55 ***
Constante	3.00E-32 ***	1.43E-32 ***	7.13E-32 ***	1.01E+00 ***
Mujeres				
Edad	5.87 ***	6.06 ***	6.08 ***	5.94 ***
Edad ²	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***
Muy malo/Malo	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.
Regular	1.83 ***	1.76 ***	1.82 ***	1.85 ***
Bueno/Muy bueno	2.79 ***	2.26 ***	2.33 ***	2.41 ***
Constante	1.59E-20 ***	6.34E-21 ***	6.30E-21 ***	1.30E-20 ***

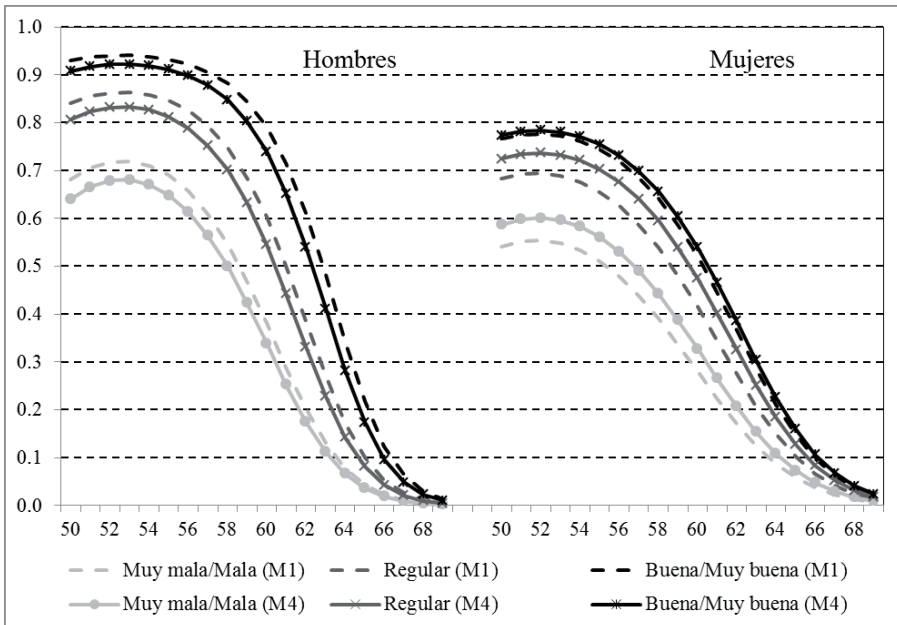
Nota: Los modelos incorporan variables de control: M2 incluye el nivel educativo, M3 agrega el estado civil y M4 añade, además, las variables de clase social y tipo de hogar.

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE 2006 y de la EESE 2014 del INE.

Gráfico 4. Probabilidad de declararse activo según salud auto percibida. 2006.⁸



2014



Fuente: elaboración propia a partir de los micro datos de la ENSE 2006 y de la EESE 2014.

⁸ Se gráfica el modelo M1 en el que la probabilidad se controla por la edad; y el modelo M4 que se controla por todas las variables de estudio. En el caso del GALI se grafica del mismo modo.

Los modelos para el año 2014 muestran, en términos generales: a) la presencia en los hombres de un efecto modulador del resto de variables y su persistencia en las mujeres, pero con menor intensidad que en el 2006; b) el aumento en la participación laboral de las mujeres, básicamente por un componente generacional; y c) una acentuación de las desigualdades en la actividad por razones de salud⁹. En relación con ese último aspecto, las probabilidades de estar activo para los hombres con mala y regular salud son en 2014 inferiores a las del año 2006, dándose este fenómeno en las mujeres solamente para aquellas que declaran tener una mala salud. En las mujeres cabe mencionar que el efecto del resto de variables ya no se constata para el estado de salud bueno, pero continúa siendo relevante para los otros dos estados, pero en menor medida que en 2006. Ese menor efecto de las otras variables independientes indicaría que la composición de la población femenina en esas edades es en el año 2014 más homogénea que en 2006.

3.4. Condiciones de salud y participación en el mercado de trabajo: GALI

A continuación, se realiza el mismo análisis, pero para el indicador GALI, igualmente con cuatro modelos para cada sexo y año (tabla 6). Se decidió realizar el análisis con la categoría que identifica una limitación no grave de la actividad como referencia. Así, tenemos nuevamente resultados significativos, a excepción de las mujeres en el 2006, que no muestran diferencias significativas según el grado de limitación. Observamos, como en el 2006 la probabilidad de estar activo para un hombre gravemente limitado era la mitad que para uno limitado pero no gravemente (OR=0,53 en el M1), mientras que para uno sin limitación la probabilidad era más del doble (OR=2,36 en el M1). La inclusión de las variables de control apenas modifica esta relación. En el caso de las mujeres estas diferencias son menores, no llega ni al doble (una odd ratio de 1,43 para aquellas sin limitación).

En el 2014, las diferencias entre los hombres se acentúan, indicando un mayor impacto de las limitaciones de salud en la actividad laboral (en el M1 la odd ratio de aquellos con una limitación grave es de 0,19, mientras que para aquellos sin limitación es de 2,90). En el caso de las mujeres se aprecia un efecto similar, que aumenta las diferencia, aunque de menor intensidad (OR=0,53 para las gravemente limitadas y OR=1,74 para las que no presentan limitación, en el modelo 1). Por otro lado, a diferencia de lo observado en el análisis del efecto de la salud auto percibida, el modelo 4 presenta resultados muy similares al modelo 1.

⁹ El incremento en las desigualdades según el estado de salud se constata también calculando el diferencial entre la tasa estandarizada de actividad de cada categoría de salud sobre la tasa total de 50 a 69 años. En el año 2006 la actividad de los hombres con estado de salud malo era casi un 30% menos que la del conjunto de la población mientras que en 2014 ascendía hasta el 34%, siendo la tendencia todavía más acentuada para las mujeres, al pasar de un menos 18% a una actividad inferior en un 31%.

Tabla 6. Modelos por sexo y limitaciones de la salud (GALI) de la población mayor de 50 años. España 2006 y 2014.

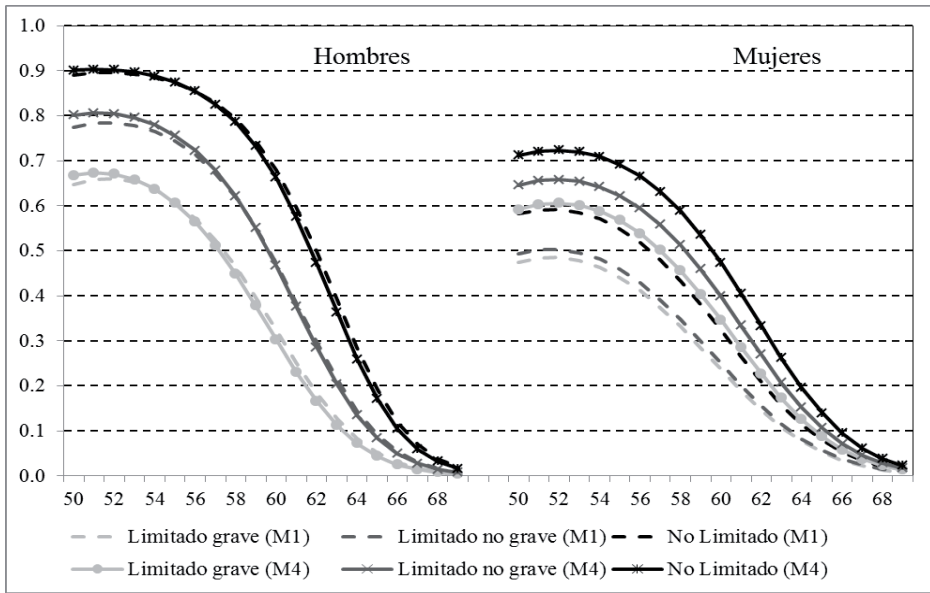
	Modelo1 Odd ratio sig	Modelo2 Odd ratio sig	Modelo3 Odd ratio sig	Modelo4 Odd ratio sig
2006				
Hombres				
Edad	8.07 ***	7.30 ***	7.41 ***	7.70 ***
Edad ²	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***
Gravemente limitado	0.53 **	0.50 ***	0.51 **	0.50 **
Limitado pero no gravemente	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.
Nada limitado	2.36 ***	2.32 ***	2.36 ***	2.24 ***
Constante	1.34E-23 ***	2.55E-22 ***	1.90E-22 ***	8.64E-23 ***
Mujeres				
Edad	5.16 ***	5.06 ***	5.21 ***	5.35 ***
Edad ²	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***
Gravemente limitado	0.93	0.95	0.83	0.80
Limitado pero no gravemente	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.
Nada limitado	1.43 ***	1.35 ***	1.36 ***	1.36 ***
Constante	4.03E-19 ***	7.36E-19 ***	4.95E-19 ***	2.49E-19 ***
2014				
Hombres				
Edad	16.90 ***	17.20 ***	16.31 ***	16.41 ***
Edad ²	0.97 ***	0.97 ***	0.97 ***	0.97 ***
Gravemente limitado	0.19 ***	0.21 ***	0.22 ***	0.22 ***
Limitado pero no gravemente	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.
Nada limitado	2.90 ***	2.78 ***	2.78 ***	2.83 ***
Constante	3.43E-32 ***	1.93E-32 ***	7.71E-32 ***	5.75E-32 ***
Mujeres				
Edad	5.88 ***	6.17 ***	6.19 ***	6.03 ***
Edad ²	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***	0.98 ***
Gravemente limitado	0.53 ***	0.59 **	0.57 **	0.54 **
Limitado pero no gravemente	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.	1.00 ref.
Nada limitado	1.74 ***	1.60 ***	1.61 ***	1.67 ***
Constante	2.30E-20 ***	5.07E-21 ***	5.16E-21 ***	1.15E-20

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE 2006 y de la EESE 2014 del INE.

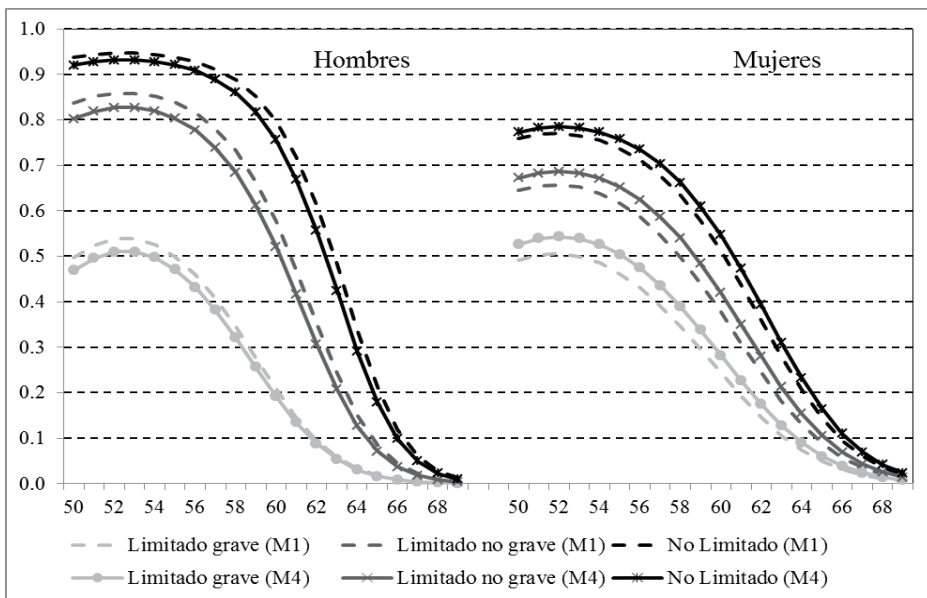
Para finalizar, de forma análoga que en el anterior indicador, se presentan las curvas de probabilidad para sintetizar los resultados en el gráfico 5. En él podemos observar la misma tendencia que para el indicador de salud auto percibida: en el 2006 los hombres no presentan diferencias entre los dos modelos representados. Mientras que las mujeres demuestran, nuevamente, una estructura desigual de la población dando como resultado un aumento de la probabilidad de estar activa para todos los estados de salud, una vez que se controla por las distintas variables sociodemográficas. Del mismo modo, en 2014 se observa una pequeña reducción en los hombres al controlar por las variables sociodemográficas y un aumento, aunque menor que en 2006, entre las mujeres. Más llamativa es la penalización para los hombres gravemente limitados, que presentan unas probabilidades menores que con la salud auto percibida.

Gráfico 5. Probabilidad estimada de estar activo según el indicador GALI.

2006



2014



Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE 2006 y de la EESE 2014 del INE.

4. Conclusiones

Este estudio buscaba comprobar el efecto del estado salud sobre la participación laboral, así como el potencial efecto modulador de otras variables sociodemográficas o la situación económica en la relación entre la salud y la actividad al final de la vida laboral, entre los mayores de 50 años. Los estudios longitudinales permiten establecer el efecto neto del estado de salud sobre la jubilación (García-Gómez, Jones, y Rice, 2010). Sin embargo, el análisis que se ha realizado es de tipo transversal y, por lo tanto, no se pueden obtener conclusiones de ciclo de vida. Con los dos años analizados, 2006 y 2014, observamos los efectos y modulación en dos momentos concretos con el inconveniente de que se trata de dos poblaciones distintas.

En líneas generales, la salud tiene un efecto esperado en la actividad laboral: probabilidades de estar activo más bajas para aquellos con un peor estado de salud. Los cambios que provocan las variables individuales y del hogar en la relación entre salud y actividad son especialmente significativos en el caso de las mujeres. Esto es debido a que el grupo de edades y los años estudiados abarcan generaciones diversas, que incluyen desde aquellas con una mayor preponderancia de mujeres con un bajo nivel educativo y una escasa entrada en el mercado laboral hasta cohortes de mujeres más instruidas y con mayor inserción en el mercado laboral formal que, además, no lo abandonaron al constituir la familia o por cuidados de familiares. Esto se refleja claramente en la evolución de la tasa de actividad, que en los hombres apenas varía entre ambos años mientras que en las mujeres aumenta en más de 10 puntos porcentuales. Al relacionarlo con la salud, sin tener en cuenta la edad, se observa que entre los hombres la actividad solo crece para aquellos con buen estado de salud, mientras que entre las mujeres ese aumento es generalizado para todos los estados de salud. Lo que destaca que en el caso de la actividad femenina el cambio generacional es más relevante que el efecto de la salud.

El análisis pretendía revelar el efecto modulador del resto de variables sobre el propio efecto de la salud, variables que, a su vez, sabemos que tienen un efecto en la actividad. Los resultados demuestran que las variables contempladas (nivel educativo, estado civil y clase social y tipo de hogar donde se reside) no tienen un efecto importante en la relación del estado de salud y la actividad laboral en los últimos años de vida laboral en el caso de los hombres en el 2006. En cambio, en el caso de las mujeres el efecto se da en ambos años, pero con más intensidad en el 2006, aumentando la probabilidad de estar activa para todos los estados de salud y edades. Esto indica que en 2006 la composición de las mujeres mayores de 50 años según estas variables era poco homogénea. Se constata un fuerte impacto de los diferenciales educativos sobre los niveles generales de actividad, de tal manera que cuando se controla el nivel educativo las probabilidades de estar activa aumentan con independencia del estado de salud. Por el contrario, en 2014 la desigualdad en la estructura interna de las mujeres es menor y, por tanto, el efecto modulador sobre los niveles de actividad de las variables individuales es menos relevante para todos los estados de salud. Por lo tanto, con estos resultados se demuestra que para los hombres en el 2014 y para las mujeres en ambos años, la salud no es el único determinante que afecta a la inactividad de los individuos, encontrando como la probabilidad de actividad está modelada principalmente por la educación.

En relación con la evolución de la probabilidad de declararse activo entre 2006 y 2014 se constata, una vez se controlan el resto de variables individuales y del hogar,

que los que gozan de buena salud tienen una propensión mayor a declararse activos antes de los 65 años. Por otro lado, se observa un impacto negativo de la crisis en el resto de estados de salud, disminuyendo la actividad en aquellos con peores estados de salud, tanto en hombres como en mujeres. Encontrando como aquellos que tienen un peor estado de salud tienen además una doble penalización provocada por el paso de la crisis. Además, esta penalización es más intensa para aquellos que declaran unas limitaciones graves, por el agravante mayor de tener una limitación para la vida cotidiana frente a una mala percepción de la salud. Se corrobora el impacto diferencial de la crisis en la relación de la salud y la actividad entre los sectores de la población más vulnerables, aquellos que ya presentaban un peor estado de salud.

Estos resultados discrepan de los encontrados en estudios de los años 90 sobre la actividad laboral masculina en España, donde se identificaba la importancia del estado de salud en las decisiones laborales, aunque su empeoramiento no determinaba la salida del mercado laboral a corto plazo (Prieto-Rodríguez, Romero-Jordán, y Álvarez-García, 2002). En cambio, en este estudio se constata como entre el año 2006 y el 2014 los hombres con un peor estado de salud experimentan una disminución en la probabilidad de estar activos. No es sorprendente que, incluso en épocas de crisis o desajustes económicos, ciertos estratos de la población disfruten de unas condiciones más favorables. Así, son precisamente aquellos con un mayor nivel de estudios o pertenecientes a unas clases sociales más altas los que gozan de buena salud, pero también los que permanezcan más estables en el mercado laboral (Cai, 2005; Monden, 2005).

A modo de resumen, los resultados obtenidos permiten concluir que mientras en 2006, momento de bonanza económica, el estado de salud era determinante para el abandono o permanencia en el mercado laboral de los hombres, con un impacto que empeoraba con la edad, por el contrario, en las mujeres eran más relevantes otras variables sociodemográficas como el nivel educativo además de un gran efecto generacional. Por otro lado, en 2014, en plena crisis económica, el estado de salud resalta como determinante tanto en hombres como en mujeres, siendo su efecto discriminante mayor que en el período anterior. Es decir, la situación económica ha amplificado el efecto de la salud sobre la probabilidad de estar activo en los últimos años de carrera laboral, perjudicando a aquellos con peor estado de salud.

Este estudio viene a complementar las aportaciones de estudios previos sobre la salida del mercado laboral, que confirman que la permanencia en el mercado laboral o la transición a la jubilación está condicionada por diversos factores: económicos, individuales, sociales o del hogar (Debrand y Sirven, 2009; Blöndal y Scarpetta, 1999). Los avances y las limitaciones de este trabajo abren vías de investigación para el futuro. Por un lado, es preciso implementar metodologías que permitan controlar el efecto generacional en el comportamiento laboral de las mujeres, ya que ese efecto puede sesgar los resultados por el aumento generalizado de sus tasas de participación en el mercado laboral. Por otro lado, las limitaciones implícitas a los análisis transversales requieren reorientar el enfoque de análisis, en la medida que se disponga de información adecuada, hacia aproximaciones longitudinales a partir de trayectorias laborales según distintas características sociodemográficas.

5. Bibliografía

- Borrell, C., Rohlf, I., Artazcoz, L. y Muntaner, C. (2004). “Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?». *Gaceta Sanitaria*. 2: 75-82. <https://doi.org/10.1157/13061997>
- Blöndal, S. y Scarpetta, S. (1999). “Early retirement in cd countries: the role of social security systems”. *OECD Economic Studies*. 29: 7-51. <https://doi.org/10.1787/565174210530>
- Cai, L. y Kalb, G. (2006). “Health status and Labour forced participation: evidence from Australis”. *Health Economics*. 15: 241-261. <https://doi.org/10.1002/hec.1053>
- Chirikos, T. (1993). “The relationship between health and labor market status”. *Annu. Rev. Publi. Health*. 14: 293-312. <https://doi.org/10.1146/annurev.pu.14.050193.001453>
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R. y Vaupel, J. (2009). “Ageing populations: the challenges ahead”. *The Lancet*. 374: 1196-1208. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4)
- Cortès-Franch, I. y González López-Valcárcel, B. (2014). “Crisis económica-financiera y salud en España. Evidencia y perspectivas. Informe SESPAS 2014”. *Gaceta Sanitaria*. 28 (S1):1-6.
- Currie, J. y Madrian, B. (1999). “Health, health insurance and the labour market”. *Handbook of Labour Economics*. 3: 3309-3416.
- Debrand, T. y Sirven, N. (2009). “What are the Motivations of Pathways to Retirement in Europe: Individual, Familial, Professional Situation or Social Protection Systems?” Working Papers 2009. 28. IRDES. Paris.
- Diamond, P. (2007). “Top-heavy load: Trouble ahead for social security systems”. *CESifo Forum*. 3: 28-34.
- Espino Granado, A. (2014). “Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental)”. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 34 (122): 385-404. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352014000200010>
- Eurostat (2013). Statistics on Income and Living Conditions (SILC). [Descarga febrero 2016].
- García, A. (2010). “Mercado laboral y salud. Informe SESPAS 2010”. *Gaceta sanitaria*. 24 (S1): 62-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.07.002>
- García-Gómez, P., Jiménez-Martín, S. y Vall Castelló, J. (2013). “Financial Incentives, Health and Retirement in Spain” Documento de Trabajo 2013. 12 FEDEA. Madrid. <https://doi.org/10.3386/w19913>
- García-Gómez, P., Jones, A. y Rice, N. (2010). “Health effects on labour market exits and entries”. *Labour Economics*. 17: 62-76. <https://doi.org/10.1016/j.labeco.2009.04.004>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., McKee, M. y Stuckler, D. (2012). “The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010”. *European Journal of Public Health*. 23 (1): 103-108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Gruber, J. y Wise, D. (1999). “Sistemas de Seguridad Social y jubilación en el mundo”. *Cuadernos Económicos de I.C.E.* 65: 9-43.
- Gumà Lao, J. y Cámara Hueso, A.D. (2014). “¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud”. *Estadística Española*. 56 (183): 61-76.
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2016). “Proyecciones de Población 2016-2066”. *Notas de prensa*.
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2014). Microdatos de la Encuesta Europea de Salud para España (EESA). [Descarga noviembre 2015]

- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2006). Microdatos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE). [Descarga noviembre 2014]
- Instituto Nacional de Estadística, INE (2006, 2013 y 2014). Datos anuales de la Encuesta de Población Activa. [Consulta febrero 2016]
- Jagger, C., Gillies, C., Cambois, E. Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J.M. y EHLEIS Team. (2010). “The Global Activity Limitation Index measured function and disability similarly across European countries”. *Journal of Clinical Epidemiology*. 63: 892-99. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.11.002>
- Jiménez-Martín, S., Labeaga, J. y Vilaplana Prieto, C. (2005). “A sequential model for older workers ‘ labor transitions after a health shock” Documento de Trabajo 2005. 23. FEDEA. Madrid. <https://doi.org/10.2139/ssrn.1001630>
- Leino-Arjas, P., Liira, J., Mutanen, P. Malmivaara, A. y Matikainen, E. (1999). “Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study”. *BMJ (Clinical research ed.)*. 319: 600-605. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7210.600>
- Monden, C. (2005). “Changing social variations in self-assessed health in times of transition? The Baltic States 1994-1999”. *European Journal of Public Health*. 15: 498-503. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki019>
- Mohammad Alavinia, S. y Burdorf, A. (2008). “Unemployment and retirement and ill-health: a cross-sectional analysis across European countries”. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 82: 39-45. <https://doi.org/10.1007/s00420-008-0304-6>
- Prieto-Rodríguez, J., Romero-Jordán, D. y Álvarez-García, S. (2002). “Estado de salud y participación laboral de las personas mayores” Papeles de trabajo 2002. 15. Instituto de Estudios Fiscales. Madrid.
- Tapia Granados, J. (2014). “La crisis y la salud en España y en Europa: ¿Está aumentando la mortalidad?”. *Salud Colectiva*. 10: 81-91.

Anexo 1. Diferenciales de las tasas de actividad estandarizadas de la población mayor de 50 años según estado de salud auto percibido y GALI. Algunos países europeos 2013¹⁰.

		Estado de Salud			Total de la población de 50 a 69
		Malo / Muy Malo	Regular	Bueno / Muy bueno	
Hombres	Alemania	-36.1%	-3.7%	10.1%	64.6%
	Grecia	-41.8%	-10.3%	8.5%	51.1%
	España	-41.8%	-9.2%	8.8%	60.8%
	Francia	-24.5%	-5.7%	5.3%	50.5%
	Italia	-33.1%	-0.6%	6.0%	57.9%
	Holanda	-76.0%	-6.7%	9.4%	58.3%
	Suecia	-35.0%	-14.5%	7.1%	67.3%
	Reino Unido	-57.1%	-14.1%	7.3%	64.8%
Mujeres	Alemania	-37.9%	-0.2%	8.0%	54.3%
	Grecia	-31.2%	-16.6%	7.7%	28.4%
	España	-35.7%	-7.7%	9.4%	44.0%
	Francia	-36.4%	-3.0%	7.2%	46.8%
	Italia	-39.3%	-9.0%	10.8%	35.5%
	Holanda	-68.5%	-30.2%	22.2%	44.3%
	Suecia	-37.8%	-18.7%	8.6%	66.4%
	Reino Unido	-53.1%	-18.2%	10.7%	53.5%
Total	Alemania	-36.6%	-2.0%	8.8%	58.9%
	Grecia	-37.7%	-14.4%	8.6%	39.5%
	España	-39.7%	-9.5%	9.8%	52.3%
	Francia	-31.0%	-4.5%	6.4%	48.5%
	Italia	-35.9%	-6.4%	9.0%	46.4%
	Holanda	-63.8%	-21.0%	15.5%	51.4%
	Suecia	-35.6%	-16.8%	7.8%	66.8%
	Reino Unido	-55.1%	-16.3%	8.4%	59.0%

Fuente: fichero de microdatos de la EU-SILC 2013.

¹⁰ Tasas estandarizadas utilizando como población tipo la de ambos sexos del conjunto de los países analizados.

Anexo 2. Tasas de actividad de la población masculina mayor de 50 años según diferentes variables. España 2006 y 2014.

		Tasa de actividad		ENSE 2006				ESEE 2014			
		2006	2014	Odd ratio	sig	Límite infer	Límite super	Odd ratio	sig	Límite infer	Límite super
Edad quinq	50-54	86,5%	89,6%	1	ref			1	ref		
	55-59	76,7%	84,9%	0,511	**	0,365	0,713	0,654	*	0,470	0,909
	60-64	46,6%	51,8%	0,136	**	0,100	0,184	0,125	**	0,092	0,169
	65-69	4,9%	5,2%	0,008	**	0,005	0,013	0,006	**	0,004	0,010
Estado Salud	Malo/Muy Malo	39,6%	38,0%	1		1	1	1			
	Regular	53,7%	52,9%	1,768	**	1,259	2,482	1,837	**	1,335	2,526
	Muy bueno / Bueno	64,6%	70,4%	2,791	**	2,040	3,818	3,885	**	2,906	5,192
GALI	Gravemente limitado	34,5%	27,0%	1	ref			1	ref		
	Limitado no grave	47,8%	49,6%	1,739		1,091	2,772	2,660		1,802	3,925
	Nada limitado	63,2%	70,6%	3,262	**	2,130	4,994	6,488	**	4,534	9,284
Estudios	< Primaria	36,4%	37,6%	1	ref	1	1	1	ref	1	1
	Primaria	58,4%	58,9%	2,632	**	1,943	3,565	2,383	**	1,653	3,434
	Secundaria	63,5%	72,6%	2,792	**	1,971	3,955	4,401	**	2,994	6,471
	Universitaria	67,3%	73,6%	3,593	**	2,455	5,258	4,616	**	3,078	6,922
Estado Civil	Soltero/a	57,2%	64,2%	1,000	ref			1,000	ref		
	Casado/a	59,2%	63,6%	1,086		0,821	1,437	0,977		0,777	1,229
	Viudo/a	44,2%	34,2%	0,592		0,350	1,003	0,290	**	0,178	0,473
	Sep+Divorciado/a	63,9%	66,9%	1,324		0,850	2,061	1,131		0,801	1,596
Clase Social	Clase I	64,5%	70,8%	1	ref			1	ref		
	Clase II	65,0%	69,3%	1,020		0,653	1,594	0,931		0,631	1,373
	Clase III	58,8%	65,5%	0,785		0,547	1,126	0,783		0,573	1,071
	Clase IV	54,1%	60,3%	0,648	*	0,455	0,922	0,625	**	0,458	0,855
	Clase V	61,1%	60,9%	0,865		0,571	1,309	0,641	**	0,482	0,852
	Clase VI	61,3%	57,8%	0,869		0,579	1,303	0,564	**	0,390	0,814
Tipo de Hogar	Unipersonal	51,0%	59,5%	1				1			
	Pareja sola	45,0%	50,4%	0,784		0,605	1,015	0,692	**	0,565	0,846
	Pareja con hijos	68,7%	75,2%	2,108	**	1,622	2,740	2,069	**	1,656	2,586
	Monoparental	66,5%	63,0%	1,905		0,983	3,692	1,158		0,781	1,716
	Otros	54,4%	53,6%	1,143		0,822	1,587	0,787		0,557	1,113
Total		58,6%	63,2%								

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE 2006 y de la ESEE 2014 del INE.

Anexo 3. Tasas de actividad de la población femenina mayor de 50 años según diferentes variables. España 2006 y 2014.

		Tasa de actividad		ENSE 2006			ESEE 2014		
		2006	2014	Odd ratio	Limite sig infer	Limite super	Odd ratio	Limite sig infer	Limite super
Edad quinq	50-54	56,1%	73,6%	1 ref			1 ref		
	55-59	43,5%	59,7%	0,602 **	0,489	0,741	0,533 **	0,419	0,677
	60-64	22,3%	35,3%	0,224 **	0,179	0,280	0,197 **	0,154	0,251
	65-69	2,5%	4,0%	0,020 **	0,012	0,033	0,015 **	0,010	0,023
Estado Salud	Malo/Muy Malo	23,1%	27,2%	1			1		
	Regular	29,2%	39,3%	1,371 **	1,050	1,791	1,739 **	1,321	2,288
	Muy bueno / Bueno	38,2%	52,8%	2,060 **	1,595	2,661	3,007 **	2,330	3,879
GALI	Gravemente limitado	23,2%	24,7%	1 ref			1 ref		
	Limitado no grave	25,8%	34,0%	1,148	0,772	1,708	1,570 *	1,065	2,314
	Nada limitado	36,0%	52,2%	1,865 **	1,285	2,707	3,326 **	2,298	4,813
Estudios	< Primaria	16,0%	18,9%	1 ref			1 ref		
	Primaria	27,3%	38,9%	2,142 **	1,676	2,736	2,729 **	2,038	3,654
	Secundaria	42,8%	57,7%	4,433 **	3,277	5,996	5,828 **	4,226	8,037
	Universitaria	61,9%	71,9%	8,536 **	6,132	11,884	10,948 **	7,743	15,480
Estado Civil	Soltero/a	46,9%	59,2%	1,000 ref			1,000 ref		
	Casado/a	30,8%	44,2%	0,505 **	0,374	0,682	0,547 **	0,423	0,707
	Viudo/a	21,2%	26,2%	0,305 **	0,210	0,442	0,245 **	0,175	0,344
	Sep+Divorciado/a	58,5%	66,6%	1,597 *	1,072	2,380	1,373	0,973	1,938
Clase Social	Clase I	42,8%	59,4%	1 ref			1 ref		
	Clase II	41,2%	50,4%	0,934	0,653	1,337	0,696 *	0,488	0,992
	Clase III	35,6%	50,2%	0,737 *	0,546	0,995	0,691 *	0,510	0,936
	Clase IV	22,8%	35,7%	0,395 **	0,290	0,537	0,381 **	0,276	0,525
	Clase V	39,1%	42,5%	0,856	0,612	1,198	0,506 **	0,382	0,671
	Clase VI	31,6%	48,5%	0,617 **	0,445	0,854	0,644 **	0,467	0,888
Tipo de Hogar	Unipersonal	33,4%	41,8%	1			1		
	Pareja sola	23,4%	35,7%	0,611 **	0,489	0,763	0,773 **	0,638	0,936
	Pareja con hijos	35,2%	52,1%	1,085	0,869	1,354	1,509 **	1,227	1,855
	Monoparental	42,4%	58,3%	1,471 *	1,078	2,007	1,943 **	1,483	2,547
	Otros	36,9%	44,8%	1,169	0,898	1,521	1,129	0,840	1,517
Total		32,6%	45,6%						

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la ENSE 2006 y de la ESEE 2014 del INE.