

Facultad de Ciencias Políticas y Sociología



Universitat Autònoma
de Barcelona

Autor: Miguel Castillo Pérez

Prof.: Francesc Muñoz Pradas

Trabajo de Fin de Grado

Universidad Autónoma de Barcelona

*¿La crisis económica mata?
Efectos de los determinantes
socioeconómicos en la salud
de la población de Cataluña*

Grado en Sociología

21 de mayo de 2018

Introducción

Desde el año 2008, Cataluña se ha visto inmersa en una profunda crisis económica que se originó en Estados Unidos y se extendió a la mayoría de países de Europa. En esta coyuntura de crisis diversos determinantes socioeconómicos se han visto afectados negativamente, lo que ha conllevado efectos perversos en términos de costes humanos y sobre el estado de salud de la población en diferentes países. Sin embargo, la relación entre la caída de estos determinantes socioeconómicos y la salud de la población no es lineal, en el sentido en que las políticas implementadas en el seno de los diferentes Estados pueden contribuir al deterioro del estado de salud o, por el contrario, paliar estas consecuencias nocivas.

De este modo, la caída de los principales indicadores que miden la riqueza económica de un país, las desigualdades sociales y económicas, así como, el estado del mercado de trabajo no causarían el mismo impacto aplicando políticas de austeridad que promocionando el gasto público. En el conjunto de España, a partir de 2011 se han aplicado una serie de políticas para su recuperación basadas en consolidar la confianza de los inversores a través de la reducción de la deuda y, por ende, la caída del gasto público en salud y educación. Además, el año 2012 tuvo lugar la reforma laboral con la consecuente reducción del poder de negociación de los trabajadores y la caída de los salarios.

En el presente trabajo se pretenden analizar cuáles son los efectos de la crisis económica y las políticas de austeridad que priorizan el recorte del gasto público para la salud de la población en Cataluña. El reconocimiento de las consecuencias sanitarias y sociales que se derivan de estas dinámicas debe ser una prioridad para seguir perfilando la política de los diferentes territorios ya que de ello depende la salud de la población. El principal objetivo de este estudio es dilucidar qué efectos ha tenido para su salud y la supervivencia de las poblaciones la llegada de la crisis económica y la desprotección por parte de los organismos públicos, que en algunas ocasiones son el único sustento de muchos colectivos. En este trabajo no se pretende exponer cadenas causales, sino desentrañar aquellos condicionantes que pueden contribuir a garantizar una transición más o menos dura para los colectivos más desfavorecidos. Así mismo, primeramente se hará una radiografía de los principales determinantes socioeconómicos y, posteriormente, se analizará la situación de algunos colectivos que según las principales hipótesis han vivido peor la crisis económica, como las clases sociales bajas y los parados.

Metodología

A pesar de la gran cantidad de variables que ven modificadas sus dinámicas por la coyuntura de crisis económica, en el presente trabajo se ha tratado de dejar constancia de aquellos determinantes socioeconómicos que inciden de manera significativa sobre la salud de la población. Primeramente, se hará una radiografía de la situación a partir de un análisis cuantitativo de un conjunto de indicadores extraídos de Idescat e INE, apoyado con bibliografía referente a la temática abordada. Los determinantes socioeconómicos que se analizarán se detallarán son: La variación anual del producto interior bruto, la tasa de paro y la tasa de paro de larga duración, el riesgo de pobreza y exclusión social (AROPE), así como, algunos aspectos referentes a la protección social para dilucidar si sigue la tendencia general de reducción del gasto público que se ha visto a raíz de las políticas de austeridad. En segundo lugar, para analizar el impacto de este contexto de crisis y austeridad sobre el estado de salud de la población catalana se recurrirá a diferentes indicadores que proporcionan las fuentes estadísticas mencionadas como la tasa de mortalidad, mortalidad

infantil y perinatal, la tasa de suicidios y los nacimientos de bajo peso (menos de 2.500 gramos) y muy bajo peso (menos de 1.500 gramos).

Posteriormente, se observará el estado de salud de la población catalana de manera comparativa entre 2006 y 2011-2012 a partir de los datos que proporciona la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA). La ESCA analiza estos aspectos de la salud a partir de la propia percepción de la población y, aunque no hay que desconfiar de este tipo de indicadores, lo cierto es que pueden diferir de la situación real. Por un lado, se analizará la situación de la clase social baja respecto al total de la población, que en este caso se corresponde a los grupos IVb (trabajadores manuales semi-cualificados) y V (sin cualificación)¹, aunque cabe destacar que estos indicadores también serían sensibles a la edad, además del sexo. Por otro lado, se analizará la situación de los parados respecto los ocupados, aunque la ESCA no permite distinguir el conjunto de parados según duración del desempleo, ni tampoco diferenciar a los ocupados según el tipo de contrato. En este sentido, la ESCA contiene varias fuentes de datos donde se recogen indicadores de salud, entre los cuales se pueden destacar la autopercepción de mala salud, el porcentaje de población que ha sufrido trastornos crónicos y el porcentaje de población con probabilidad de sufrir un trastorno mental en el momento de la entrevista.

Para comparar la situación de las clases más desfavorecidas respecto el total de la población se ha utilizado la edición del 2006 de la ESCA que contiene una muestra de 18.126 personas, mientras que la del año 2011 es de 4.828, con un error muestral máximo del 0,7% el 2006 i del 1,4% el 2011. Sin embargo, para analizar la situación entre las personas ocupadas y las paradas se ha cogido la población de 16 a 64 años (potencialmente activa), con una muestra de 9.570 en 2006 y de 4.602 el 2011-2012, suponiendo para ambas un muestreo aleatorio simple de poblaciones infinitas con una confianza del 95,45%.

Para finalizar este apartado me gustaría comentar algunos aspectos que no permite conocer este tipo de metodología. No se puede determinar en qué medida afectan las variables que aquí se han seleccionado a la salud de la población en el sentido en que si un grupo determinado se ve más afectado no se puede saber si es por el hecho de pertenecer a ese grupo o por más variables que puedan intervenir ya que no es un escenario *ceteris paribus*. A nivel macroeconómico, tampoco se puede determinar cuál es el porcentaje de la variación que se ve modificado por el hecho de que disminuya el producto interior bruto, por el aumento de las desigualdades, el aumento de paro o demás variables igual de importantes que aquí no se han seleccionado. A pesar de estas dificultades, se tratará de dar respuesta a la pregunta inicial ya que el objetivo es ver los efectos de los determinantes socioeconómicos más notorios para la salud en periodo de crisis y qué colectivos se ven más afectados por estas dinámicas.

¹ Grup de treball de la Societat Espanyola d'Epidemiologia i de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària. (2000) Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria*, 25(5):350-363.

1 Efectos de los determinantes socioeconómicos

1.1 Riqueza de los países y gasto público

Aunque los determinantes socioeconómicos de la salud son numerosos, según el modelo de Dahlgren y Whitehead (2006) se pueden destacar entre estos las condiciones socioeconómicas generales y los efectos que tienen los periodos de crecimiento o recesión económica teniendo en cuenta la riqueza de los países, aunque esta no es la única tendencia que determina la salud de la población ya que países con una riqueza similar (que podría ser medida a través del PIB per cápita) pueden presentar diferencias abismales en los costes humanos de la crisis, especialmente para aquellos colectivos más vulnerables y en situación de pobreza y exclusión social.

En periodo de recesión económica, debido a la reestructuración del mercado de trabajo, la abundante destrucción de empleo, sobretodo en el sector de la construcción debido al estallido de la burbuja inmobiliaria (un sector muy importante en número de empleos creados), la reestructuración bancaria y la crisis del crédito, el nivel de producción de riqueza cayó en la mayoría de países con la consecuente reacción en cadena con otros determinantes socioeconómicos y las consecuencias que tiene esto para el conjunto de la sociedad en términos de salud. Sin embargo, la salud no se ve afectada automáticamente con variaciones en la riqueza de los países, sino que los efectos para la salud dependen fuertemente del contexto institucional y político tanto a nivel local, como nacional e internacional (WHO, 2013). En este sentido, si el crecimiento implica una mejora substancial de la calidad de vida de los colectivos más vulnerables y se emplean mecanismos de protección hacia la población, los efectos para la salud de la población no serán tan drásticos. Por tanto, si el periodo de crisis y caída de los principales determinantes socioeconómicos de la salud se ve acompañado de protección social básica, de la extensión en la cobertura de la Seguridad Social, políticas de pensiones, solidaridad social y políticas de reducción de la desigualdad, los efectos en términos de costes humanos no mostrarán las mismas tendencias, en especial para los colectivos más vulnerables y susceptibles de ser afectados. Sin embargo, ha sucedido todo lo contrario en la gran mayoría de países de Europa, incluido España, y se ha optado por estimular el crecimiento económico a través de políticas de austeridad, rescatando así los bancos e incrementando el déficit público sin incrementar el gasto social. Así mismo, en el 2012 en España hubo el mayor programa de recortes de la historia con el objetivo de reducir la deuda con la que se rescató a los bancos, sin embargo, ha tenido los efectos contrarios ampliando la deuda, contrayendo la economía y las consecuencias sociales que ha conllevado los recortes en sanidad y educación son demasiado evidentes.

1.2 Desempleo y desigualdad

Existe abundante evidencia empírica que relaciona el paro con diversas patologías físicas y mentales, aunque evidentemente además del desempleo también intervienen otras variables como la edad, el tipo de empleo que ocupa, los ingresos, el sexo, la nacionalidad, la situación laboral, etc; consideraciones que se tendrán en cuenta posteriormente. La Organización Mundial de la Salud (2011) advierte que estar desempleado (especialmente el de larga duración), la privación económica, la pobreza y la desigualdad incrementan la probabilidad de sufrir enfermedades crónicas, depresión, ansiedad y muerte prematura, así como, también puede producir ciertos cambios en los estilos de vida hacia el sedentarismo y la malnutrición y fomentar el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Basu, McKee y otros autores (2013) han acumulado evidencia

estadística a partir del caso español y explican que el impacto para la salud ha sido mayor que en otros países debido a los niveles de desempleo, mostrando un incremento del 19,4% de estados de depresión, un 8,4% más de casos de ansiedad, el aumento del 7,3% de los trastornos somatoformes y un 4'6% más de personas alcohólicas dependientes. En parte, esto se explica por las abismales tasas de paro de larga duración en España y Cataluña, en comparación a las de la UE.

Sanchís (2016) también advierte que el desempleo provoca un aumento del consumo de psicofármacos, que puede llegar a ser el doble de lo que consume una persona ocupada, y es uno de los principales factores de riesgo en la depresión, ansiedad, insomnio, probabilidad de autolesionarse y sufrir problemas psicológicos en general. Este autor evidencia a partir de 88 entrevistas para el caso español que a medida que transcurre el tiempo del paro su estado anímico se va deteriorando, perdiendo así el optimismo inicial y avocándose hacia situaciones de ansiedad, depresión, melancolía, pérdida de la motivación y pesimismo, aunque las experiencias varían en función de sus circunstancias vitales y recursos económicos y sociales.

Así mismo, la seguridad y calidad en el empleo también pueden influir en la salud de las personas, de manera que los contratos temporales, la infraocupación y el pluriempleo tendrían efectos adversos en términos de costes humanos (WHO, 2013). Además, en territorios donde el paro es muy elevado estos síntomas también se pueden extender a la población ocupada, debido a la inseguridad de la situación y al constante presentimiento de paro, especialmente si los mecanismos de cobertura de la seguridad social son deficientes. La asociación entre la desigualdad social y la pérdida de salud ha sido ampliamente estudiada, debido a que los peores niveles de educación, la privación económica, el desempleo y el aislamiento social conllevan peores indicadores de salud mental, así como, el aumento de la mortalidad y el suicidio.

2 Principales indicadores de salud

La asociación existente entre los periodos de recesión o crecimiento económico y el aumento o descenso de la mortalidad como un primer indicador que nos aproxima al estado de salud de la población ha sido ampliamente estudiada por varios autores de distintas disciplinas. Algunos autores explican que los periodos de expansión económica tienen efectos perjudiciales para la salud de su población y muestran que la mortalidad aumenta en estos periodos, mientras que disminuye en periodos de recesión económica, como muestra Tapia (2014) para el caso de España. Sin embargo, como se ha visto, otros autores manifiestan que la coyuntura de crisis tiene efectos extremadamente perjudiciales para la salud en general y la mortalidad. Lo que muestra el aumento de la mortalidad en épocas de expansión y la mejora de los indicadores de salud en algunos países en periodo de crisis es que la manera en cómo se afronta una crisis desde el seno de los gobiernos es primordial para explicar su impacto.

Otro de los cambios en la salud sobre los que se ha escrito abundante literatura es sobre el aumento de los suicidios en tiempos de crisis económica debido a que es síntoma de sufrimiento psicológico y falta de implicación del sector público. El desempleo en este sentido es comúnmente analizado como uno de los factores de riesgo que provocan suicidio, aunque como bien advierten Stuckler y Basu (2013) a partir del estudio de múltiples crisis económicas, no se debe plantear como una relación lineal ya que depende de múltiples factores, en especial, de si se adoptan políticas de protección social, de la agresividad de las políticas de expansión y de si se adoptan políticas de austeridad o de estímulo. Esto explicaría, en parte, por qué en la transición de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas hacia la económica de mercado las tasas

de suicidio y la mortalidad, especialmente la infantil crecieron drásticamente, mientras que en el New Deal se llegaron a mínimos históricos, debido a la implementación de políticas de expansión del gasto público. También se expone el caso actual de Grecia, que asediado por el austericidio impuesto ha visto el bienestar de la población drásticamente perjudicado, mientras que Islandia ha experimentado una mejora de sus indicadores de salud. De esta manera, las políticas de austeridad económica al desproteger a la población especialmente vulnerable han conllevado consecuencias nefastas, mientras que las políticas de expansión del gasto público ya sea en periodo de expansión o recesión comportaría una mejora en los indicadores de mortalidad (Stuckler y Basu, 2013).

Otro indicador que permite evidenciar que los factores contextuales de detrimento de la economía y reducción del gasto público afectan en términos de costes humanos es el bajo peso al nacer², definido por la WHO (2017) como un peso al nacer inferior de 2.500 gramos y se advierte que aumenta el riesgo de padecer otras enfermedades en etapas posteriores de la vida, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. La supervivencia de los neonatos y el adecuado desarrollo del feto son primordiales para asegurar una adecuada transición a la infancia, además de que es un indicador adecuado que predice en gran medida la morbilidad y la mortalidad, así como, la salud en las etapas posteriores de la vida. Lo cierto es que en algunos países durante la crisis el número de nacimientos con bajo peso al nacer se ha mantenido alto ya que el deterioro económico general de los países ha ido acompañado de la reducción de la atención sanitaria e implica que hasta algo tan básico como asegurar la supervivencia del infante se ve alterado.

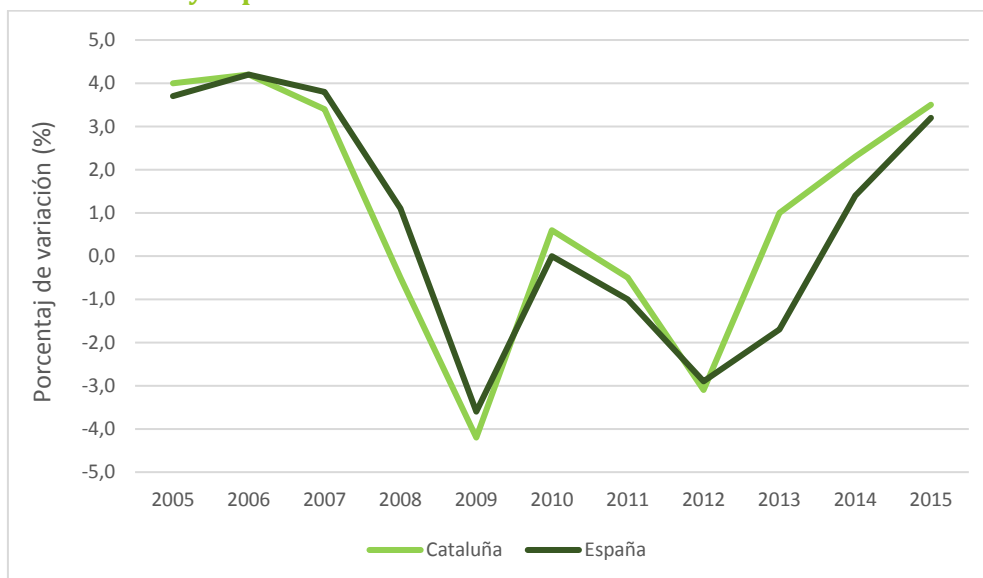
² Aunque es un indicador complejo que resulta de la interacción de factores epigenéticos, genéticos maternos y paternos y ambientales (Lampl et al, 2010, citado por Bernis et al, 2016).

3 Resultados en Cataluña

3.1 Producto Interior Bruto, desempleo y desigualdades

En Cataluña, el producto interior bruto (PIB) experimentó un drástico cambio con la llegada de la crisis económica. La variación anual en volumen del PIB (Gráfico 1) muestra que en el año 2008 la cifra de crecimiento fue negativa por primera vez y el año siguiente cayó en mayor medida hasta situarse en un valor de -4,2 (disminuyó 0,6 puntos más que el conjunto de España). Aunque en 2010 se recuperó hasta llegar a un valor de 0,6, durante los dos años posteriores volvió a caer hasta el -3,1, siguiendo las tendencias de España. Posteriormente el PIB creció paulatinamente hasta situarse en un valor del 3,2 en España y del 3,5 en Cataluña.

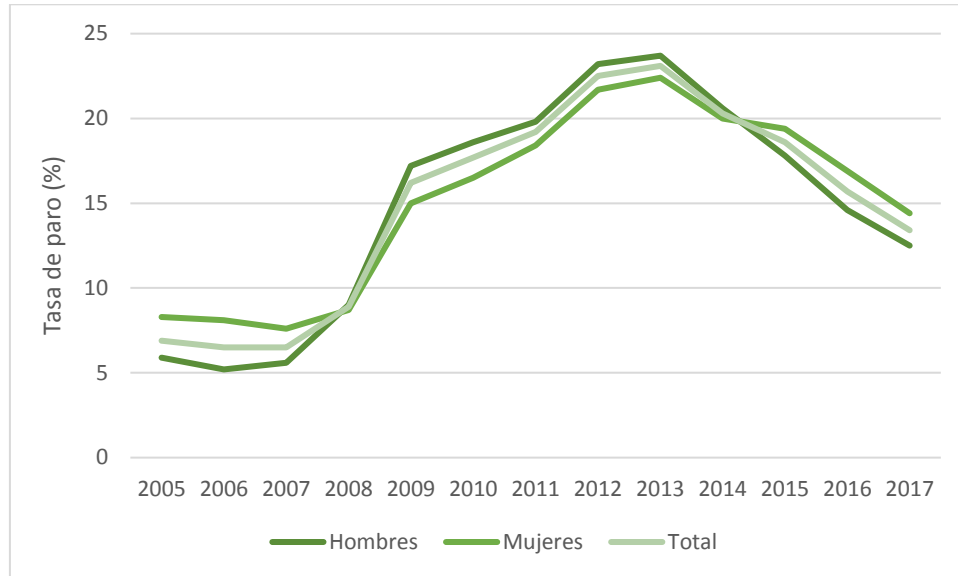
Gráfico 1. Variación anual en volumen del producto interior bruto (PIB), base 2010. Cataluña y España. 2005-2015



Fuente Cataluña: Idescat. Cuentas económicas anuales de Cataluña (PIB). Fuente España: INE. Comptabilidad nacional anual de España.

Las tasas de paro por año según Idescat (Gráfico 2) muestran que en Catalunya antes de la llegada de la crisis económica tenía tasas del 6,5%, que era incluso inferior que la media de la Unión Europea (7,2%), aunque a partir de aquí creció drásticamente. Del 2008 al 2009 la tasa de paro total pasó de 8,9% a 16,2% y superó en gran medida la media de la UE, que alcanzó el máximo de 10,9% en 2013. Las cifras máximas en Catalunya también aparecen en 2013, con un valor del 23,1% y aunque el porcentaje de hombres parados es superior a la de las mujeres, a partir de 2014 se revierte la tendencia y las tasas de paro de las mujeres llegan a ser más de 2 puntos superiores y estas tienen más empleos parciales y no deseados a pesar de tener un nivel de estudios superior debido en gran parte a que la caída del gasto público social ha obligado a muchas mujeres (especialmente entre 16 y 24 años) a hacerse cargo del cuidado de terceras personas o de otras responsabilidades familiares o personales (Sanchís, 2016).

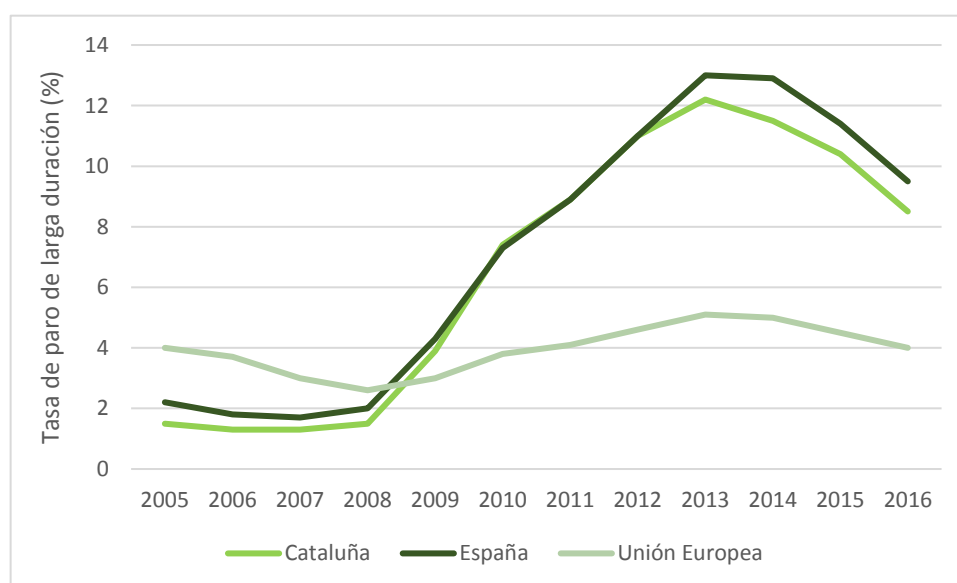
Gráfico 2. Tasa de paro por sexo en Cataluña. 2005-2017.



Fuente: Elaboración propia a partir de la encuesta de población activa. INE.

En el gráfico 3 se puede observar que la proporción de desocupados que llevan como mínimo 12 meses en paro respecto el total de personas activas en España y Cataluña alcanza máximos históricos, llegando a situarse muy por encima del vivido en la Unión Europea. A partir de 2009 el de Cataluña supera en 0,9 el del conjunto de la UE y continúa distanciándose de esta hasta alcanzar cifras del 12,2% (13% en España), mientras que la Unión Europea llega al máximo del 5,1% para el mismo año.

Gráfico 3. Tasa de paro de larga duración por sexo en Cataluña. 2005-2016.



*Proporción de desocupados que llevan como mínimo 12 meses en paro respecto el total de personas activas en el mercado de trabajo.

Fuente: Elaboración propia. Fuente Cataluña: Idescat. Fuente España: zona euro y Unión Europea: Eurostat.

El riesgo de pobreza y exclusión social (tasa AROPE) sintetiza estos procesos que aumentan la vulnerabilidad social y la desigualdad a partir de tres indicadores que son la tasa de riesgo de pobreza, la baja intensidad del trabajo y la privación material severa. Aunque no hay datos anteriores a 2013 se sintetiza lo explicado hasta ahora, mostrando que en este mismo año la tasa de riesgo de pobreza o exclusión social era de 24,3% y se reduce a 19,8 % después de tener en cuenta las transferencias sociales. Hasta 2014 continuó en aumento, hasta llegar al 26%, llegando a los niveles más altos de muy baja intensidad de trabajo (12%) y con privación material severa (6,3%). El último dato disponible muestra una tasa del 22,5%, la menor de la serie. Para todos los años la tasa AROPE registrada en España es superior, 3 puntos en 2013; 3,2 en 2014; 5,1 en 2015 y 5,4 en 2016.

4 Estado de salud de la población en Cataluña

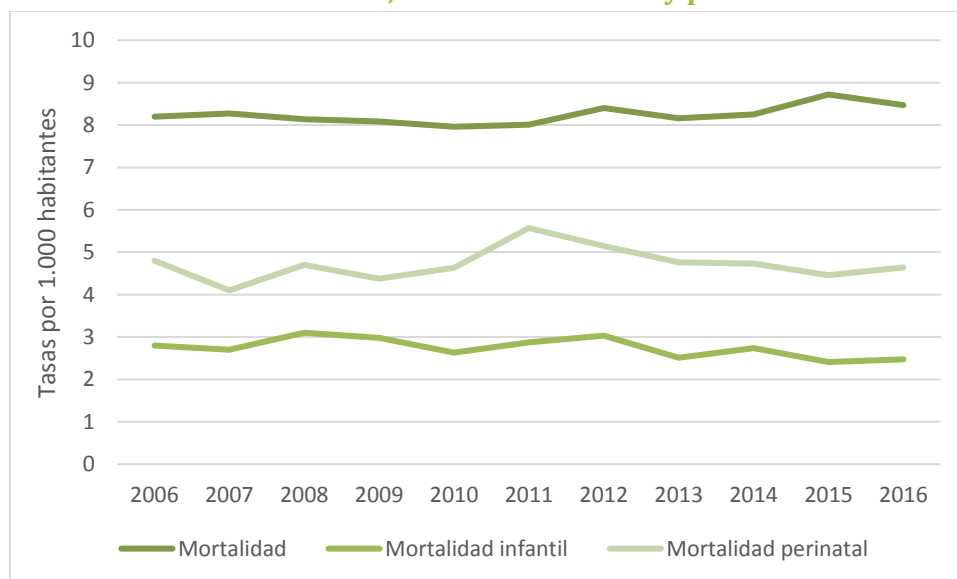
4.1 Mortalidad, suicidios y bajo peso al nacer

Cataluña se ha visto gravemente afectada por las dinámicas austericidas implementadas por el estado español, ya que en 2012 hubo una oleada de recortes en el gasto sanitario y educativo que aún no se ha superado y cuyos efectos para la población todavía se están debatiendo. Aunque estos efectos para la salud sólo se pueden evidenciar a largo plazo y se debería de estudiar el impacto a grupos más vulnerables en lugar de a la población en general, las tasas de mortalidad, mortalidad infantil y perinatal nos pueden proporcionar información y se deben tener en cuenta en el análisis de la salud de la población.

En este sentido, tal como muestra el siguiente gráfico (Gráfico 4), la mortalidad, especialmente la infantil y la perinatal han visto modificada su tendencia. La mortalidad general en Cataluña aunque se ha mantenido estable durante los primeros años de la crisis, pasa de 8,01 a 8,4 de 2011 a 2012, y aunque vuelve a disminuir los siguientes años, en 2015 registra el máximo de 8,72 muertes por 1.000 habitantes. Como bien muestra el Observatorio de la salud de Cataluña (2014), este indicador es sensible a la edad, registrando un aumento todavía mayor entre las personas de más de 75 años, especialmente entre las mujeres, que se sustentan con pensiones inferiores.

La mortalidad infantil en Cataluña es de las más bajas, pero ha visto modificadas levemente sus tendencias en el periodo de crisis. En el 2008 registra la mortalidad infantil más elevada, punto en el que llega a 3,1, y aunque posteriormente baja, en 2012 vuelve a crecer hasta el 3,03. La mortalidad perinatal también ha mostrado tendencias crecientes, y ha pasado de 4,1 en 2007 a 4,7 en 2008, aunque el mayor repunte se da en el 2011, llegando a 5,57 de defunciones entre las 28 semanas de gestación y la primera semana de vida por cada 1000 nacidos vivos.

Gráfico 4. Tasa de mortalidad, mortalidad infantil y perinatal. 2006-2016.

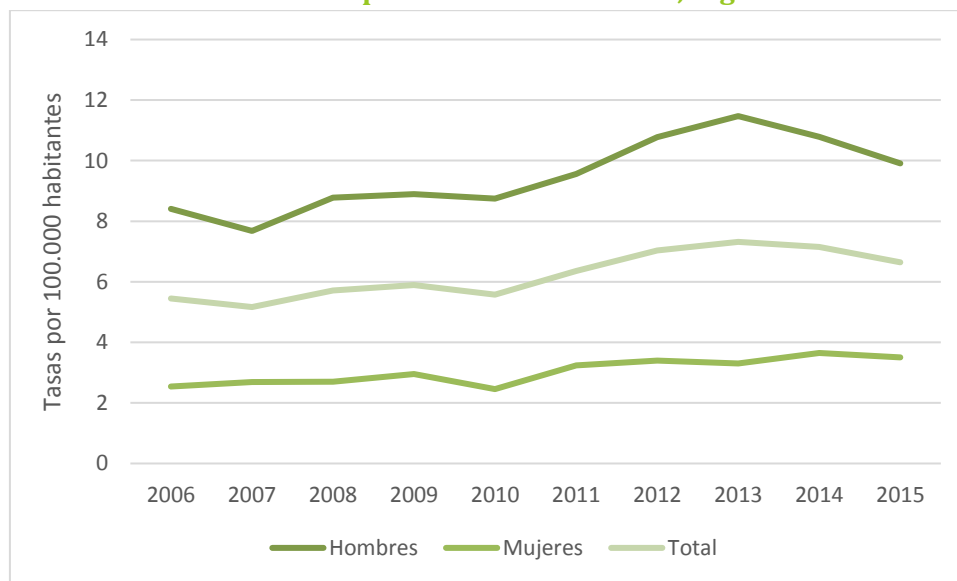


*Mortalidad: Defunciones por 1.000 habitantes. Mortalidad infantil: Defunciones por 1.000 nacidos vivos. Perinatal: Defunciones por 1.000 nacimientos.

Fuente: Elaboración propia a partir de INE. Estadística de defunciones; Departamento de Salud.

Así mismo, en Cataluña la tasa de suicidios durante el periodo de crisis ha ido en aumento (Gráfico 5), especialmente entre los hombres. En este sentido, el año 2008 se ve un claro incremento de 1,1 puntos entre los hombres (pasa de 7,7 a 8,8), mientras que entre las mujeres se mantiene estable (en 2,7 puntos). Para los dos años posteriores esta tasa se mantiene estable e incluso disminuye levemente pero experimenta un crecimiento substancial hasta el 2013, cuando la tasa de los hombres se sitúa en 11,5, mientras que la de las mujeres en el 3,3, lo que supone una tasa total de 7,3 que coincide con el periodo donde se llevaron a cabo mayores recortes en gasto público de la historia (año 2012).

Gráfico 5. Tasa de suicidios por 100.000 habitantes, según sexo. 2006-2015.

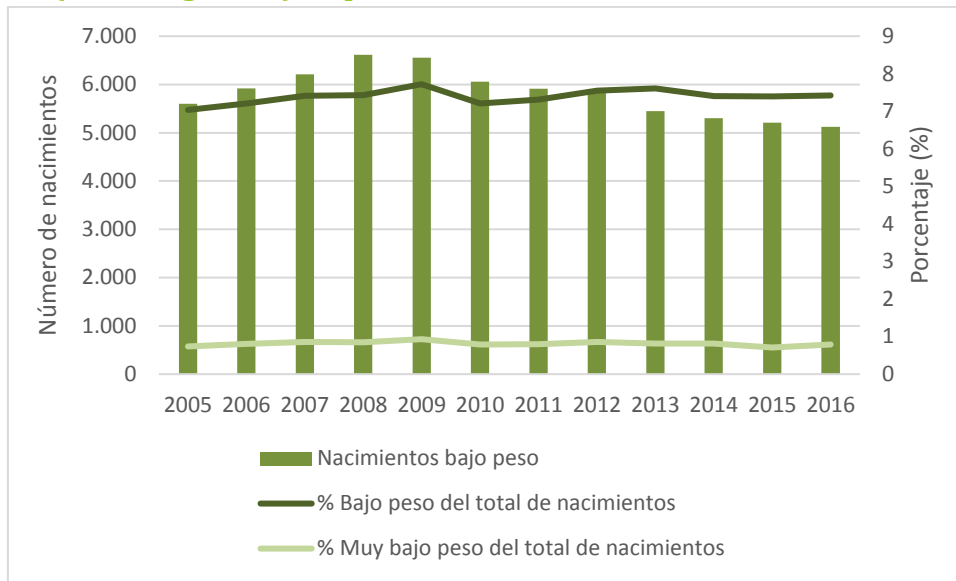


*Para el 2006 se ha calculado con la población a 1 de enero del mismo año, mientras que para los demás periodos se ha calculado con la población a 1 de enero del año siguiente.

Fuente: Elaboración propia a partir de INE. Estadística de defunciones según la causa de muerte.

El bajo peso al nacer suscita especial interés debido a que, generalmente, es un problema central en algunos países de Asia Meridional y África Subsahariana, pero actualmente algunos países con un nivel de ingresos alto también han visto modificada las tendencias. Concretamente, en Cataluña el número de nacimientos por bajo peso recogió un ligero incremento y pasó de 6.209 a 6.614 del año 2007 al 2008, aunque el porcentaje sobre el total de nacimientos es similar. Durante el año siguiente, aunque hubo un registro de 62 casos menos, el porcentaje respecto el total de nacimientos era de 7,7%, la mayor cifra desde que comenzó la crisis. Años posteriores la cifra decreció y se mantuvo estable, pero de 2010 a 2013 registra un incremento del 0,4% que coincide con el periodo de mayor recorte en gasto público.

Gráfico 6. Número de nacimientos por bajo peso (<2,5 kilogramos) y muy bajo peso (<1,5 kilogramos) respecto el total de nacimientos. 2005-2015.



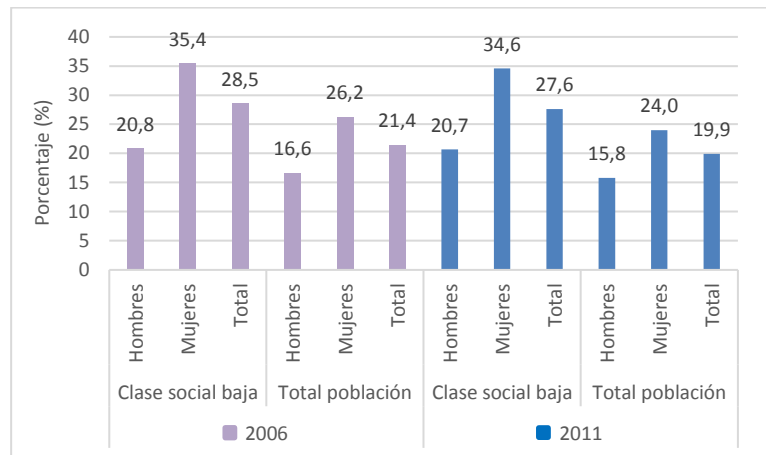
Fuente: Elaboración propia a partir de Idescat. Movimiento natural de población del INE.

4.2 Estado de salud según clase social y situación laboral

Según se evidencia en el gráfico 7, respecto al periodo anterior de crisis económica no se ha notado un incremento en general de la autopercepción de mala salud, de hecho un porcentaje menor de individuos dice tener mala salud. En las dinámicas de los diferentes grupos sí que se evidencian diferencias, mostrando una percepción de peor salud entre la clase baja que entre el total de la población.

En este sentido, el 28,5% de personas de clase baja dice tener mala salud en 2006, mientras que sólo hay el 21,4% del total de la población para el mismo año. Para las mujeres, especialmente las de clase baja, los porcentajes son más altos, llegando a registrar un 35,4% de casos de mala salud en 2006, más alta que la de los hombres (20,8%).

Gráfico 7. Autopercepción mala salud comparativamente clase social baja y total de la población, por sexo. 2006 y 2011.

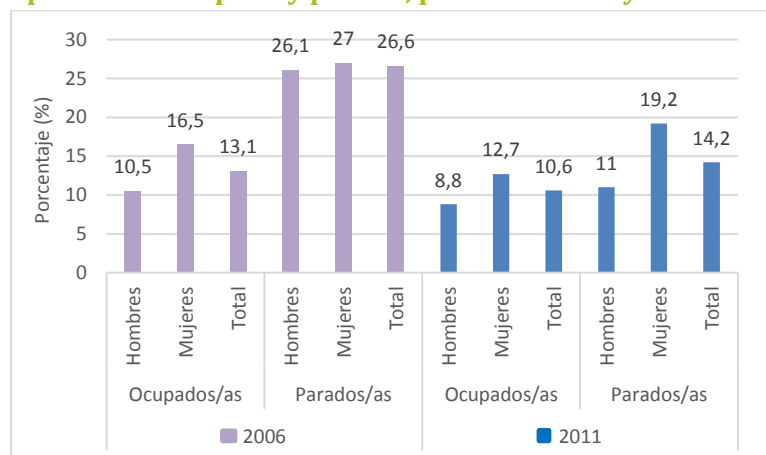


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de Cataluña.

Entre la población ocupada y parada también se registra una disminución de la autopercepción de mala salud de 2006 a 2011. Entre el grupo de parados/as se registran porcentajes mayores, siendo en 2006 un 26,6% y en 2011 un 14,2%; mientras que los ocupados/as registran un total de 13,1 y 10,6, respectivamente.

Este porcentaje es mayor entre las mujeres en todos los grupos, especialmente en el 2006, siendo las paradas las que tienen peor salud auto-percibida (27%, respecto al 16,5% de mujeres ocupadas).

Gráfico 8. Autopercepción mala salud comparativamente población ocupada y parada, por sexo. 2006 y 2011.

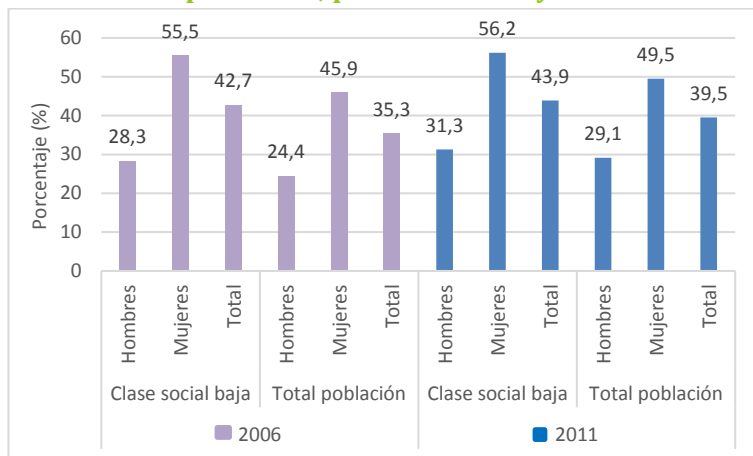


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de Cataluña.

El gráfico 9 muestra que respecto al 2006, el porcentaje de población que ha sufrido 4 o más trastornos crónicos, tanto para la clase baja como para la población en general ha experimentado un incremento para el 2011, especialmente para el total de la población (pasa de 35,3% a 39,5%), aunque la clase social baja es la que experimenta mayores porcentajes, pasando del 42,7% a 43,9%.

El porcentaje es especialmente alto para las mujeres de clase baja (de 55,5% a 56,2%, respecto el 28,3% y 31,3% de los hombres de clase baja), aunque también experimenta los porcentajes más altos del total de la población (45,9% el 2006 y 49,5 el 2011).

Gráfico 9. Porcentaje de población que ha sufrido 4 o más trastornos crónicos según clase social baja y el total de la población, por sexo. 2006 y 2011.

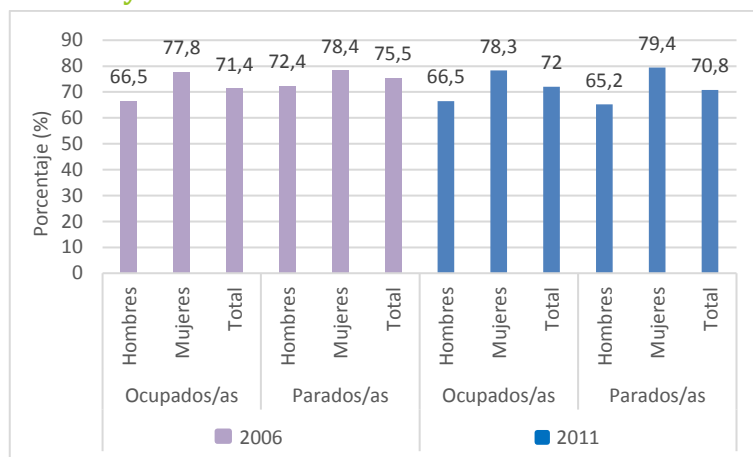


Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de Cataluña.

Según situación laboral (Gráfico 10), el porcentaje de población con algún trastorno crónico entre 2006 y 2011 ha visto modificada levemente su tendencia para la población ocupada (del 71,4% al 72%), pero no para la población parada (pasa de 75,5% a 70,8%).

Este indicador afecta mayormente a mujeres en ambos grupos, que en el caso de las ocupadas muestran un cambio del 77,8% al 78,3% y en el caso de las paradas de 78,4% a 79,4%. Mientras tanto, los hombres ocupados no registran cambios con la llegada de la crisis económica y entre los parados disminuye de 72,4 a 65,2.

Gráfico 10. Porcentaje de población que ha sufrido algún trastorno crónico según situación laboral y sexo. 2006 y 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de Cataluña.

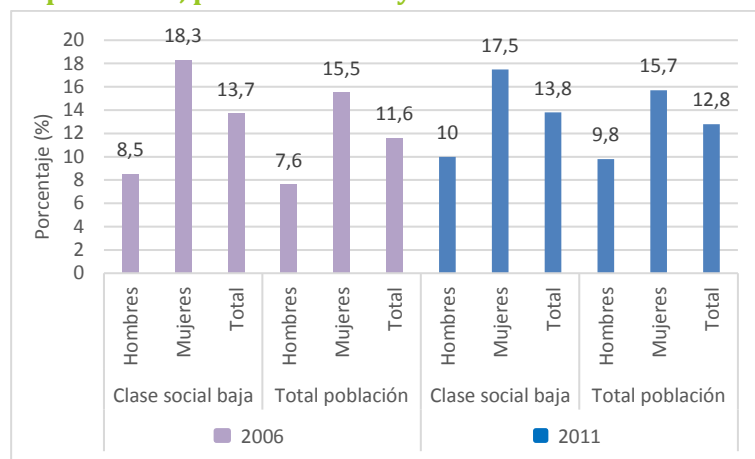
La población con probabilidad de sufrir un trastorno mental en el momento de la entrevista muestra que entre la clase social baja, se pasa de un total de 13,7% a 13,8%, aumenta entre los hombres de ambas categorías y disminuye entre las mujeres de clase baja, que experimentan el mayor porcentaje de trastornos en todas las categorías. El porcentaje entre el total de la población pasa de 11,6% a 12,8%, aumentando en un 2,2% en los hombres, y tan sólo un 0,2% en las mujeres.

En ambas categorías el porcentaje de mujeres con probabilidad de sufrir un trastorno mental es mayor al de hombres, especialmente entre las de clase social baja en el 2006 (18,3%), aunque disminuye levemente para el 2011 (17,5%).

Por situación laboral tampoco se muestran diferencias significativas entre 2006 y 2011. Tan sólo aumenta en el caso de las mujeres para el periodo mencionado (pasa de 16,7% a 21,5%), mientras que los hombres experimentan porcentajes más bajos, especialmente los ocupados (5,7% en 2006 y 6,3% en 2011).

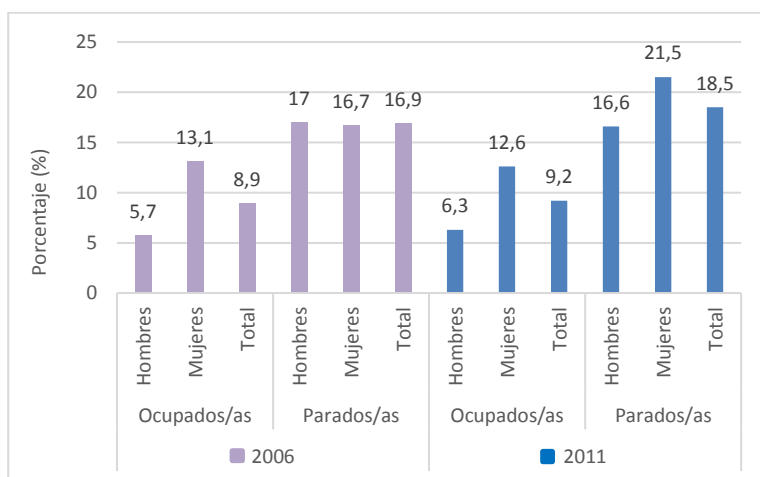
Las personas paradas son las que muestran peores indicadores en este sentido, siendo mayor la diferencia entre hombres (en este caso los parados tienen un porcentaje del 17% y 16,6%).

Gráfico 11. Porcentaje de población con probabilidad de sufrir un trastorno mental en el momento de la entrevista, según clase social baja y total de la población, por sexo. 2006 y 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de Cataluña.

Gráfico 12. Porcentaje de población con probabilidad de sufrir un trastorno mental en el momento de la entrevista, según situación laboral y sexo. 2006 y 2011.



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Salud de Cataluña.

Conclusiones

En esta coyuntura de crisis económica diversos determinantes socioeconómicos han visto modificadas sus tendencias lo que puede conllevar efectos nocivos para la salud de la población. Así mismo, en contexto de decrecimiento de la economía y destrucción de la riqueza de los países, junto con las grandes cifras de desempleo, la precarización del mercado de trabajo que fomenta la flexibilidad y los sueldos bajo mínimos, así como, la falta de cobertura social han provocado un incremento de las disparidades salariales y han acrecentado la situación de privación económica, por lo que los niveles de desigualdad y pobreza se han situado en cifras críticas.

Stuckler y Basu (2013) advierten que la recesión económica no sólo conlleva efectos en la riqueza de los países, sino que también tiene consecuencias negativas en términos de costes humanos, es decir, que el bienestar físico y mental de la población también se ven afligidos. En este caso, a partir de experiencias de crisis anteriores³ y de la actual en diferentes territorios se ha evidenciado que la mortalidad, la salud mental, los suicidios, la probabilidad de sufrir enfermedades crónicas, depresión, ansiedad y muerte prematura pueden ver modificadas sus tendencias con la caída de los determinantes antes mencionados. En el contexto de Cataluña, asediada por las políticas implementadas de recorte del gasto público en el conjunto de España se podría esperar que estos efectos fueran especialmente visibles, pero algunos indicadores se han mantenido estables.

En este sentido, se ha mostrado que la mortalidad general se ha mantenido estable durante los primeros años de la crisis, registrando leves tendencias al alza durante el 2012 y en 2015, siendo mayor entre las mujeres de más de 75 años. La mortalidad infantil también se ha mantenido estable en Cataluña, siendo en 2008 el punto donde experimenta la cifra más elevada, seguidamente del año 2012. En cuanto a la mortalidad perinatal muestra un repunte en 2008 y la mayor cifra se da en 2011, aunque la variación respecto al periodo anterior a la crisis no es lo suficientemente evidente. Como se ha mencionado anteriormente, la tasa de suicidios es comúnmente estudiado como uno de los indicadores que puede variar, ya que es síntoma de sufrimiento psicológico y falta de implicación del sector público. Así mismo, la tasa de suicidios ha experimentado un incremento a partir de 2010, especialmente entre los hombres en el año 2013, mientras que el de las mujeres se ha mantenido estable con pequeñas fluctuaciones. Esto se debe, en parte, a las expectativas de masculinidad que no permiten admitir el malestar psicológico ni evidenciar ciertos sentimientos hacia el exterior (Olry de Labry-Lima y Ruiz, 2006).

Algunos estudios muestran que la prevalencia y el riesgo de bajo peso al nacer (NBP) aumentó en todos los grupos maternos entre el periodo 2007 y 2015 (Bernis et al, 2016; Bernis et al 2018), especialmente entre madres menores de 20 años, amas de casa y con trabajos peor remunerados, menores niveles de educación y menores tasas de ocupación en el hogar. En el presenta análisis se muestra que los NBP se incrementaron ligeramente, especialmente en el 2009 donde se registran los mayores porcentajes de bajo peso al nacer (menos de 2.500 gramos) y muy bajo peso al nacer (menos de 1.500 gramos). Las leves variaciones expuestas aquí se deben, por un lado, a déficits metodológicos y a que no se contemplan las variables de la edad ni el nivel educativo, y por otro, a que en periodo de crisis se registra un cambio en el perfil de las mujeres que deciden tener hijos, con una mayor presencia de las mujeres con mayor nivel de cualificación profesional y educativos, lo que invisibiliza la situación de madres sin recursos ni estabilidad que no deciden tener hijos.

³ Aquí se ha mostrado los casos del New Deal y la caída de la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (Stuckler y Basu, 2013).

Aunque los indicadores aquí expuestos evidencian ligeras fluctuaciones, los resultados no son los esperados ya que en otros estudios se muestra que el impacto para la salud ha sido mayor en la población de España debido al contexto de reforma laboral, reducción del gasto público, aumento de desigualdades, desempleo masivo y con un gran contingente de población en situación de paro de larga duración. Aunque una explicación se podría atribuir a la existencia de la economía sumergida, esto está lejos de ser cierto. Una explicación más plausible es que el impacto negativo en los indicadores de salud se observa a largo plazo, y para detectar el impacto a corto plazo se debería de realizar un análisis de los grupos más vulnerables.

En el estudio de los colectivos más vulnerables, que en este caso son la clase social baja (con peores nivel de estudios y trabajos peor remunerados) respecto el total de la población y la población parada respecto la ocupada (por sexo) se ha contemplado el porcentaje de población con autopercepción de mala salud, el porcentaje de población que ha sufrido algún trastorno crónico (4 en el gráfico según la clase social) y el porcentaje de población con probabilidad de sufrir un trastorno mental en el momento de la entrevista. En estos indicadores, no se han evidenciado diferencias del año 2006 al 2011, pero sí que se puede afirmar que las clases sociales bajas y la población parada registran peores indicadores de salud, especialmente entre las mujeres. De hecho, en algunos casos la percepción de la población es de mejora de la salud, pero lejos de no existir un impacto negativo, o que el impacto de la crisis sea beneficioso para la salud como muestra Tapia (2014), estas dinámicas se pueden atribuir a que los efectos aún no han aparecido y se verán a largo plazo. Si los peores indicadores de salud se dan entre la población de clase social baja y entre los parados, se podría esperar que en un contexto de privación económica, aumento de las desigualdades y exclusión social y desempleo masivo estos indicadores empeoren, pero no es así.

Como bien explican Llácer et al (2014) la sociedad española en general anterior a la crisis ya era muy desigual y polarizada, por lo que las políticas restrictivas y la reducción de prestaciones sociales aún no han tenido un impacto en términos de salud, aunque esto no implica que no aparezcan paulatinamente con el paso de los años si no se atienden estas cuestiones. Además, aunque algunos indicadores aquí contemplados muestran variaciones en el periodo de crisis no se puede establecer una relación causal, o al menos debería de profundizarse más. Cabe añadir, que la metodología aquí utilizada presenta ciertos déficits ya que no permite conocer cuáles son las causas reales de las variaciones en los indicadores de salud ni determina los efectos en la mortalidad para los colectivos más vulnerables. Además, la muestra de la ESCA se reduce en gran medida del 2006 al 2011-2012 (18.126 a 4.828) lo que puede explicar la supuesta mejora en la salud autopercebida.

En este contexto, el reclamo que se quería aportar es que se debe asegurar la equidad social en términos de costes humanos, de manera que la población pueda desarrollar una vida plena y saludable independientemente de su nivel educativo, ocupación, sexo u otras variables de índole social. Las desigualdades en términos de salud se deben combatir a través de los principales determinantes socioeconómicos que inciden, por lo que se deberían reducir los obstáculos sociales y asignar los recursos en función de las necesidades de la población.

Bibliografía

- Basu S, Gili M, McKee M, Roca M y Stuckler D (2013) The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *Eur J Public Health*. 23(1):103-8.
- Bernis C, Bogin B, González A, Manuel J y Varea C (2016) Is the economic crisis affecting birth outcome in Spain? Evaluation of temporal trend in underweight at birth (2003–2012). *Annals of Human Biology*; 43(2): 169-182.
- Bernis C, Bogin B, Juárez S, Terán JM y Varea C (2018) Social disparities in Low Birth Weight among Spanish mothers during the economic crisis (2007-2015). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Dahlgren B y Whitehead M (2006) European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2. *Studies on social and economic determinants of population health*, No. 3.
- Grup de treball de la Societat Espanyola d'Epidemiologia i de la Societat Espanyola de Medicina Familiar i Comunitària. (2000) Una propuesta de medida de la clase social. *Atención Primaria*, 25(5):350-363.
- Llácer A, Fernández-Cuenca R, Martínez-Navarro F (2014) Crisis económica y patología infecciosa. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit*; 28(1):97-103.
- Observatorio del Sistema de Salud de Cataluña (2014) Efectos de la crisis económica en la salud de la población de Cataluña. Determinantes sociales y económicos de la salud. Barcelona: Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña
- Olry de Labry-Lima A y Ruiz I (2006) El suicidio en la España de hoy. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. 20(1): 25-31.
- Sanchís E (2016) Los parados: Cómo viven, qué piensan, por qué no protestan. Valencia: Universidad de Valencia.
- Stuckler D y Basu S (2013) Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Santillana.
- Tapia J (2014) La crisis y la salud en España y en Europa ¿Está aumentando la mortalidad? *Salud colectiva*, ISSN 1669-2381, 10(1): 81-91
- World Health Organization (2011) Impact of economic crises on mental health. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2013) Review of social determinants and health divide in the WHO European Region: final report. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.
- World Health Organization (2017) Metas mundiales de nutrición en 2025: Documento normativo sobre bajo peso al nacer. Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.