Gran Recesión y salud en España

Esteban Sánchez Moreno

Facultad de Trabajo Social, Universidad Complutense de Madrid

La crisis económica que comienza en 2008, conocida como la Gran Recesión, constituyó un eje de inflexión a nivel global. En efecto, la fase de crecimiento previa desembocó en una recesión económica solo comparable, por su gravedad y la de sus efectos, con la Gran Depresión de comienzos del siglo XX. Se trata, por tanto, de un periodo central para comprender las sociedades contemporáneas, siendo sus efectos un elemento fundamental para la comprensión de dichas sociedades en el momento de escribir estas líneas. El presente artículo tiene como objetivo abordar, precisamente, algunas de dichas consecuencias. En concreto, en los párrafos que siguen **se abordará el impacto de la Gran Recesión en la salud y en la calidad de vida,** con especial referencia a la población residiendo en España. Se trata de dilucidar la medida en la cual el bienestar en nuestro país se vio afectado por el impacto de las crisis. Pero no solo se busca determinar el posible efecto de la crisis en la salud, sino también de **comprender los mecanismos a través de los cuales se produce dicha relación.** Y para ello, la hipótesis que se defenderá es que el impacto negativo de la recesión de 2008 en España solo puede comprenderse adecuadamente en el marco de la organización social de las desigualdades y el impacto de la crisis en nuestros esquemas de estratificación social.

1. La salud va por barrios

Se ha hecho ya popular esta frase: “El código postal es más

importante para predecir tu salud que el código genético". En un principio, esta afirmación puede parecer exagerada. Y de hecho lo es o, cuanto menos, se trata de una sobreactuación premeditada para poner sobre la mesa el debate en torno a la influencia de los procesos sociales en la salud y la enfermedad de las personas. Porque lo cierto es que la pobreza mata. Y en este caso no estamos ante una exageración. No solo porque existen contextos geopolíticos y sociales en los cuales la pobreza es pobreza entendida absoluta, causa de muerte prematura de forma evidente (por ejemplo, en muchos países del conteniente africano); no solo porque en determinadas sociedades la pobreza está inexorablemente ligada a una violencia estructural que es causa de muerte (piénsese en ciudades Latinoamericanas como San Salvador, Ciudad Juárez o los sectores de favelas en Río de Janeiro). **En nuestro entorno más cercano, en las sociedades del bienestar, también la pobreza está vinculada a una mayor tasa de mortalidad.** Esta es la conclusión de la investigación que en 2017 publicó la célebre revista The Lancet, que analizó los determinantes de la muerte prematura en un estudio multicohorte con 1,7 millones de personas. Los resultados mostraron que un estatus socioeconómico bajo estaba asociado con una reducción de 2,1 años en la esperanza de vida entre los 40 y los 85 años. Este resultado se obtuvo con una muestra procedente de siete países diferentes; ninguno de ellos era africano, ni latinoamericano, la lista no incluye La India, o países asolados por la guerra. Eran el Reino Unido, Francia, Suiza, Portugal, Italia, Estados Unidos y Australia.

La salud no se distribuye de manera aleatoria, las enfermedades no responden únicamente al azar, ni siquiera exclusivamente al azar genético. De hecho, existe una ingente evidencia empírica que pone de manifiesto que **existe una conexión directa entre desigualdades sociales y desigualdades en salud**, un gradiente que sugiere que la estratificación en nuestras sociedades incluye una estratificación socioeconómica de la salud y una desigual prevalencia (e incidencia) de las

enfermedades en función de factores como los ingresos, el nivel educativo, el estatus de empleo o el capital social.

2. Estratificación social, salud y Gran Recesión en España

La crisis de 2008 tuvo una dimensión global, pero lo cierto es que sus efectos fueron tanto cuantitativa como cualitativamente específicos en los diferentes países que la sufrieron. En el caso de España, uno de dichos efectos consistió en una reconfiguración de la estratificación social, en la consolidación de un modelo de desigualdad basado en la exclusión social. Esta consolidación implica tanto un incremento de las desigualdades (y una cierta polarización de la población en términos socioeconómicos) como una redefinición del riesgo socioeconómico, que se ha convertido en una realidad transversal en nuestra sociedad. Lo cierto es que el incremento de las desigualdades socioeconómicas en España durante la Gran Recesión está sobradamente documentado (véase el Informe Foessa de 2014). No es este el momento de analizar este proceso ni sus causas (la profunda segmentación de nuestro mercado de trabajo, la elección de políticas de austeridad para abordar las consecuencias macroeconómicas de la crisis, un mercado de vivienda afectado por un gran riesgo financiero, etc.).

Lo importante para los objetivos de este artículo consiste en vincular este incremento de las desigualdades sociales en España durante la crisis, por un lado, y la evidencia en torno a la existencia de un gradiente social en la salud y la enfermedad, por otro. La Gran Recesión afectó de manera importante en la salud de la población europea, y España no es una excepción a un proceso que supuso un riesgo claro para la población en un amplio número de indicadores de salud y calidad de vida. La evidencia empírica al respecto es clara: **la crisis de 2008 tuvo un impacto negativo en la salud de la población española.**

Para comprender los procesos que explican dicho impacto es preciso mirar en diversas direcciones. En primer lugar, una crisis como la que nos ocupa genera necesariamente una situación de incertidumbre y vulnerabilidad que puede poner en riesgo el bienestar psicológico y la salud mental de la población. Más aún cuando la profundidad y gravedad de la crisis viene acompañada de un desarrollo temporal especialmente dilatado, como ocurrió en el caso español. En segundo lugar, la crisis llevó a un número creciente al deterioro de su situación económica, situando a millones de personas, incluidos menores, por debajo del umbral de la pobreza. Los ajustes familiares necesarios para afrontar la pobreza cobran diversas formas, siendo una de las más importantes un ajuste del presupuesto del hogar que puede implicar decisiones potencialmente negativas para la salud: reducción del presupuesto en alimentación, en medicinas y en cuidados de la salud, en hábitos saludables, en mantenimiento de las condiciones de habitabilidad del hogar (calefacción, suministros), etc. En tercer lugar, la situación de estrés psicosocial generada típicamente en los periodos de recesión económica se asocia con conductas de afrontamiento que suponen un riesgo para la salud, como por ejemplo el consumo de tabaco, drogas y alcohol. En cuarto lugar, las políticas utilizadas para afrontar los efectos macroeconómicos de la Gran Recesión se basaron por entero el concepto de austeridad, dando lugar a un retroceso sobresaliente en las políticas de bienestar y protección social. En España estos recortes no solo afectaron a la cobertura sanitaria y al copago en medicinas, sino también a las políticas de dependencia, familiares, por citar tan solo dos de ellas. **Este retroceso del Estado de Bienestar constituye igualmente una causa potencial del deterioro de la salud de las personas.**

Como puede apreciarse, todos estos elementos giran en torno –en mayor o en menor medida– al crecimiento de las desigualdades sociales. Dicho de otra forma, tenemos sobre la mesa un puzle con tres elementos: sabemos que existen un

gradiente socioeconómico en la distribución social de la salud y las enfermedades; sabemos además que las desigualdades socioeconómicas aumentaron en España de manera profunda y sostenida desde 2008 y que solo muy recientemente esta progresión se ha revertido; sabemos que la Gran Recesión tuvo un impacto negativo sobre la salud de la población, en términos generales. En este puzle, todas las piezas encajan, siempre y cuando seamos capaces de establecer un vínculo que implique una conexión entre crisis y salud *a través de* las desigualdades sociales.

Esta hipótesis articula el estudio, recientemente publicado bajo el título *Gran Recesión, desigualdades sociales y salud en España*, editado por la Fundación FOESSA. Este estudio abordó la conexión entre crisis y salud situando en el centro de esta conexión las desigualdades socioeconómicas. Para ello, dichas desigualdades se definieron a dos niveles. En primer lugar, se incorporó un indicador de desigualdad económica "clásico", los ingresos y, en concreto, la distribución de la población en quintiles según sus ingresos. Se trata de una forma ampliamente utilizada de medir la desigualdad, ya que refleja la forma en la cual un individuo (o un hogar) se diferencia con respecto a otro individuo (u otro hogar) en cuanto al presupuesto disponible.

En segundo lugar, se incorporaron indicadores de desigualdades a nivel agregado, es decir, no interindividuales, sino desigualdades sociales en sentido estricto. Nos referimos aquí a la medida en la cual las sociedades son más o menos igualitarias, más o menos desigualitarias. Por ejemplo, ¿cuál es el porcentaje de la población que se encuentra en situación de exclusión social? ¿Y cuál es el porcentaje en situación de pobreza? ¿Cuál es la tasa poblacional de desempleo de larga duración? La hipótesis que subyace es que el desempleo, o la pobreza, o la exclusión, no solo tienen un efecto sobre la persona en situación de desempleo, de pobreza o de exclusión, sino que también tienen un efecto especialmente relevante

sobre todas las personas en dicha situación y sobre toda la población en general. En el estudio citado se consideró a la población según su comunidad autónoma de residencia, y se realizaron análisis que incluían indicadores agregados para cada comunidad. En concreto, las variables utilizadas fueron los porcentajes de la población de las comunidades autónomas en situación de privación material, pobreza y baja intensidad laboral (es decir, tres dimensiones de la exclusión social) y la tasa de desempleo de larga duración. Además, para asegurar la validez de los resultados, se introdujeron dos variables de control, el PIB per cápita y el gasto sanitario (como porcentaje de PIB de cada comunidad autónoma).

Es importante recordar que nuestra hipótesis establece que el impacto de la Gran Recesión en la salud podría comprenderse, parcialmente, a través de la desigualdad socioeconómica. Por ello, para contrastar dicha hipótesis era vital contar con datos longitudinales, es decir, con medidas repetidas en el tiempo. Afortunadamente, la Encuesta de Calidad de Vida del Instituto Nacional de Estadística proporciona dichos datos, en oleadas de cuatro años. Se eligió aquella que medía los años 2008, 2009, 2010 y 2011, para poder analizar adecuadamente el papel de la desigualdad en una medida de salud general durante los primeros años de la recesión.

Pues bien, nuestros resultados mostraron que el quintil de ingresos en el cual se encuentran los individuos tiene un efecto en la evolución de la salud durante la crisis, en el sentido esperado: a menos ingresos mayor es el deterioro de la salud. Pero, además, y tal vez más importante, los resultados mostraron que la distribución social de la desigualdad también tuvo un impacto en la salud, de manera que las poblaciones con mayores porcentajes de población en situación de privación material y que viven en un hogar con baja intensidad laboral. Más aún, la tasa de desempleo de larga duración también mostró un efecto negativo en la salud de la población.

3. Así pues, la salud va por barrios

Lo explicábamos recientemente en la entrevista: "La salud va por barrios".

Estos resultados no debieran ser sorprendentes. Richard Wilkinson y su equipo de investigación han mostrado reiteradamente que las sociedades más desigualitarias son —comparadas con sociedades más igualitarias— peores para el bienestar de su población en un amplio rango de indicadores: mortalidad, salud, incidencia de enfermedades, felicidad, violencia, comisión de delitos. Se trata de una hipótesis y de una línea de investigación que se muestra especialmente relevante para explicar los efectos perversos de los procesos macrosociales en el bienestar de las sociedades.

En nuestro caso, los resultados descritos y los argumentos esgrimidos apuntan a una realidad preocupante: la sociedad española contemporánea (y, con probabilidad razonable, las sociedades europeas en general) ha experimentado cambios tan profundos que el bienestar y el acceso al mismo se ha visto también modificado. Siendo más precisos, podríamos señalar que **en España la crisis de 2008 supuso la consolidación de un nuevo modelo de desigualdad —basado en procesos de exclusión— que ha problematizado, deteriorado, el bienestar de una proporción creciente de su población.** Los resultados anteriormente expuestos son evidentes: cada vez más, la salud va por barrios. Y más aún: seguramente cada vez son más los barrios donde la salud comienza a ser un problema social. El deterioro de las condiciones de vida de las clases medias —diseccionado recientemente en un estudio realizado para la OCDE bajo el revelador título *Bajo presión: la clase social exprimida*— coincide con el incremento del protagonismo de los procesos descritos.

Es un deterioro que en España se asocia claramente a un mercado de trabajo cada vez más segmentado, cada vez más flexible, cada vez menos caracterizado por la estabilidad

biográfica y cada vez más afectado por la precariedad. En la investigación Gran Recesión, desigualdades sociales y salud en España, analizando datos de las ediciones de 2006 y 2012 de la Encuesta Nacional de Salud, se comprobó que la relación de los diferentes estatus de empleo (empleo estable, temporal, desempleo, desempleo de larga duración, trabajo autónomo y jubilación) prácticamente se invirtió después de la crisis de 2008. Así, por ejemplo, en 2006 las dos situaciones que en mayor medida se relacionaban con un deterioro de la salud mental eran el desempleo y la jubilación; además, tener un trabajo temporal se relacionaba con peor salud mental y se empresario o autónomo no tenía un impacto significativo. Pues bien, en 2012 esta última relación se invierte (son los autónomos los que muestran mala salud mental) y la asociación con el deterioro psicológico ser reduce de manera sobresaliente en el caso de las personas jubiladas. Este último grupo, de hecho, se convirtió en uno de los ejes familiares para afrontar el deterioro en indicadores como los ingresos, o la baja intensidad y participación laboral. Si se permite la exageración, se trata del mundo al revés: nuestros/as pensionistas como soporte económico de la población activa.

4. Actuamos o enfermamos: los retos para la acción social

Como puede apreciarse, la Gran Recesión no puede definirse únicamente como una *coyuntura* de deterioro de la economía, sino más bien como la consolidación de una transición hacia una fase productiva asociada a un sistema de estratificación social basado en el concepto de exclusión. Este modelo ha problematizado de manera sobresaliente, especialmente en España, la comprensión del bienestar, hasta el punto de que las clases medias aparecen como protagonistas de un deterioro socioeconómico que puede describirse como un incremento de las desigualdades en los ingresos y una profunda segmentación del mercado de trabajo que resulta en un incremento de la

precariedad y una ampliación de las ocupaciones afectadas por dicha precarización.

Es innegable que una década después de que estallara la crisis la coyuntura económica ha mejorado, lo que ha tenido un efecto positivo en las tasas de desempleo y en los presupuestos de los hogares. Pero es igualmente innegable que esta recuperación tiene un semblante muy diferente al del periodo de crecimiento económico previo a la crisis. El modelo ha cambiado, la exclusión social, la ampliación de las desigualdades y la problematización del mercado de trabajo son procesos característicos de nuestra sociedad. En conclusión, es razonable pensar que también persisten los riesgos relacionados con la salud descritos en este artículo. Este es, tal vez, uno de los retos de futuro para la sociedad española, **un reto que consiste en diseñar acciones que redunden en una mejora de la salud y de la calidad de vida de nuestra población**. En el diseño de estas acciones es absolutamente indispensable incorporar una dimensión colectiva. Si, tal y como hemos visto, procesos agregados están en el origen del deterioro de la salud, también es posible incidir en acciones que mejoren la calidad de vida. **La dimensión comunitaria es vital en este punto, como también lo es una acción transformadora que contribuya a reducir las desigualdades sociales y que permita cimentar la mejora del bienestar de nuestra sociedad en criterios de justicia social.**

5. Bibliografía

OCDE (2019) *Under Pressure: The Squeezed Middle Class*. París: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/689afed1-en

Sánchez Moreno, Esteban; de la Fuente Roldán, Iria-Noa; y Gallardo Peralta, Lorena (2019). *Gran Recesión, desigualdades sociales y salud en España*. Madrid: Fundación FOESSA.

Stringhini, S., Carmeli, S., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., Kivimäki, M. (2017). Socioeconomic

status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1·7 million men and women. *The Lancet, 389*, 1229-1237.

Wilkinson, R. G. y Pickett, K. E. (2018). *Igualdad. Cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo*. Madrid: Capitán Swing.