COLECCIÓN
DE ESTUDIOS

Gran Recesión, desigualdades sociales y salud en España

Esteban Sánchez Moreno,
Iria-Noa de la Fuente Roldán,
Lorena Patricia Gallardo Peralta

I CONCURSO
OBRA PREMIADA
PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA

Gran Recesión, desigualdades sociales y salud en España

Esteban Sánchez Moreno,
Iria-Noa de la Fuente Roldán,
Lorena Patricia Gallardo Peralta

FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA

Madrid, 2019

© FUNDACIÓN FOESSA
Embajadores, 162
28045 Madrid
informacion@foessa.org
www.foessa.es

© Cáritas Española Editores
Embajadores, 162
28045 Madrid
Teléf.: 91 444 10 00
publicaciones@caritas.es
www.caritas.es

ISBN: 978-84-8440-759-1

Depósito Legal: M-5773-2019

Preimpresión e impresión:

ADVANTIA, Comunicación Gráfica, S. A.
Formación, 16. Pol. Ind. Los Olivos
28906 Getafe (Madrid)

Impreso en España/Printed in Spain

Índice

Presentación 7

Capítulo 1. El ciclo económico de la salud 13

1. Ciclos económicos y salud (o cuando lo malo resulta ser bueno) 14
2. Estudios en torno al impacto de la Gran Recesión (2008) y la salud 16
3. Implicaciones para el estudio de salud: los determinantes sociales de la salud en el contexto de la Gran Recesión 20
4. La calidad de vida como indicador de bienestar 21
4.1. Sobre el concepto de calidad de vida y sus principales elementos 23
4.1.1. Dominios que incorpora el concepto de calidad de vida 25
5. Metodología: fuentes, datos e información utilizada en el presente estudio 27
5.1. El enfoque biográfico y la historia de vida 28
5.1.1. Diseño de las historias de vida 29
Composición y selección de la muestra 29
Composición y selección final de los informantes 32
Desarrollo y registro de las historias de vida 34
Proceso de análisis de las historias de vida 35
6. Gran Recesión y Salud: la presente propuesta 35

Capítulo 2. Los determinantes sociales de la salud 37

1. El origen social de la salud 38
2. Clase social y enfermedad, o de la historia reciente del descubrimiento del gradiente social en salud 40
3. Evidencia empírica más allá de las clases: desigualdades sociales y salud 45
4. Teorías de la desigualdad en salud: la marca de lo social 51
4.1. La perspectiva psicosociológica y la importancia de los estilos de vida 52
4.2. La desigualdad como explicación de las diferencias en salud 57
4.3. Desigualdades sociales y salud en España durante la Gran Recesión 60
4.4. Desigualdades sociales y calidad de vida: la Gran Recesión y el deterioro del bienestar en España 72

Capítulo 3. Exclusión, mercado de trabajo y desigualdades sociales: impacto en la salud 79

1. La exclusión social como el escenario contemporáneo de las desigualdades socioeconómicas 80
2. Fordismo y bienestar: el desempleo como eje y explicación del impacto de los mercados de trabajo en la salud 82
3. Cambios en el mercado de trabajo y salud 85
4. Mercado de trabajo y salud durante la Gran Recesión en España 88
4.1. Gran Recesión, mercado de trabajo y salud en España: un análisis empírico 90

Capítulo 4. Conclusiones 107

1. Gran Recesión, riesgo, exclusión. La salud y la calidad de vida tras la crisis económica 108
2. Bienestar social, salud y calidad de vida 111

Bibliografía 115

Anexos 137

Anexo 1. Ejes temáticos para la entrevista biográfica 138
Anexo 2. Historias de vida 140
a. La trayectoria vital de Carmela y Juan (HV-1.1) 140
Ficha resumen 140
Historia de vida 141
b. La trayectoria vital de Carmen y José (HV-1.2) 142
Ficha resumen 142
Historia de vida 143
c. La trayectoria vital de Naima y Naim (HV-2.1) 144
Ficha resumen 144
Historia de vida 145

d. La trayectoria vital de Rocío y Fernando (HV-2.2) 146
Ficha resumen 146
Historia de vida 147
e. La trayectoria vital de Josefina y Roberto (HV-2.3) 148
Ficha resumen 148
Historia de vida 149
f. La trayectoria vital de Lama (HV- 3.1) 150
Ficha resumen 150
Historia de vida 151
g. La trayectoria vital de Manuela (HV- 3.2) 152
Ficha resumen 152
Historia de vida 153
h. La trayectoria vital de Saray (HV- 3.3) 154
Ficha resumen 154
Historia de vida 155
i. La trayectoria vital de Ramona (HV- 4.1) 157
Ficha resumen 157
Historia de vida 157
Anexo 3. Lista de abreviaturas y siglas 159

Agradecimientos 160

P

Presentación

El efecto de los ciclos y cambios en el modo de producción en la población ha despertado el interés de las Ciencias Sociales desde su propia constitución. En este sentido, el impacto de las crisis económicas en el bienestar de las personas constituye un objeto de estudio, reflexión y análisis clásico. De hecho, algunos conceptos de gran influencia en el desarrollo del corpus teórico en disciplinas como la Sociología, la Psicología o el Trabajo Social giran en torno a esta preocupación. Es el caso del concepto de alienación tal y como lo utiliza Karl Marx para describir las consecuencias de la organización capitalista del trabajo y la producción en la identidad del proletariado que, al verse expropiado del resultado de su labor, desarrolla un sentido de extrañamiento con respecto a la propia actividad.

Esta importancia de las crisis económicas en el bienestar de las personas es patente en *El Suicidio,* de Émile Durkheim, obra que puede considerarse a la vez fundacional y cumbre de una forma de entender el impacto de los procesos sociales en la salud de la población. A través del concepto de anomia, Durkheim trata de explicar la conexión existente entre la cifra social del suicidio y determinadas características del contexto social. En efecto, según el clásico francés, la anomia –es decir, el estado social que se caracteriza por una quiebra en la reglamentación social, en el entramado de normas sociales que hacen comprensibles y predecibles las relaciones sociales– define un tipo de suicidio, el *anómico,* en el cual la conducta autodestructiva tiene su origen en una desvinculación del individuo con respecto a su entorno social como consecuencia de un vacío de normas que doten de sentido a la interacción social y a la propia vida de los individuos. Precisamente, este estado social descrito a través del concepto de anomia sería más frecuente en momentos de crisis; de cualquier crisis, y en concreto de las crisis económicas. Nos encontraríamos con momentos de cambio súbito, profundo, de quiebras que rasgarían la lógica misma de la normalidad, y que inevitablemente tendrían un impacto colectivo en el bienestar de la población.

Parece claro, por tanto, que el estudio del impacto de las crisis económicas en la salud no es precisamente una novedad. Como veremos en las páginas que siguen, el análisis de dicho impacto ha generado una actividad investigadora notable, articulando debates de gran interés para la comprensión de los "ciclos económicos de la salud". La Gran Recesión, la crisis económica que comienza en 2008 y que, con variaciones según los diferentes países, tiene un desarrollo cercano a un lustro, constituye el momento más reciente de gran zozobra económica con una dimensión global. El texto que se propone, este texto, pretende ser una aportación a la comprensión de los procesos que vinculan el estallido que supone una crisis económica con el deterioro de la salud de la población que lo sufre. Esta pretensión se apoya en la incorporación de una reflexión y un análisis basados en la noción de "determinantes sociales de la salud y de la calidad de vida", y en concreto, en la constatación de la existencia de desigualdades sociales en salud. La hipótesis de partida, por tanto, sugeriría que el impacto de la Gran Recesión en la salud de la población (de la población residente en España, en concreto) puede comprenderse en gran medida a través del análisis de las desigualdades sociales (socioeconómicas, específicamente) en el contexto del desarrollo de la crisis.

Charles V. Chapin señalaba que "numerosas observaciones han mostrado que la tasa de mortalidad entre los pudientes es generalmente menor que entre los pobres". Dicho de otra forma, nos encontraríamos con una asociación contrastada entre desigualdades de ingresos y mortalidad. Esta afirmación merece cierta atención, ya que su autor fue Superintendente de Salud de Providence (Rhode Island, Estados Unidos) y abre un

artículo publicado en el prestigioso *American Journal of Public Health*. Pero tal vez lo más relevante es que se publicó en el volumen XIV de la revista, correspondiente a agosto de 1924, y analiza datos correspondientes a 1865. Parece claro, por tanto, que tampoco el análisis científico del impacto de las desigualdades socioeconómicas en la salud es precisamente una novedad. De hecho, existen numerosos estudios ya clásicos, como el de Stevenson (1923) en torno a la distribución social de la mortalidad en Inglaterra y Gales en 1910; o el de Armstrong (1917) en torno al desarrollo de un programa comunitario para abordar la tuberculosis en Framingham (Massachusetts), y que marcó el camino para un estudio sobre riesgos cardiovasculares, o "Estudio del Corazón de Framingham", que comenzó en 1948 y aún está en curso (https://www.framinghamheartstudy.org/). Además, diversos estudios, a través de metodologías originales, han identificado la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud en momentos relativamente lejanos de la historia. Es el caso del estudio de Smith, Douglas, Rankin y Rowan (1992), que analiza las diferencias en mortalidad en Glasgow entre 1801 y 1920 examinando la evidencia disponible en las lápidas de los cementerios; o el de Morrison, Kirsher y Molho (1977) que aborda la misma asociación a través de los registros de la Monte delle doti, un fondo de ahorro para el momento en que se produjera el matrimonio (una dote) diseñado en Florencia en 1425.

De esta forma, la existencia de desigualdades sociales en la distribución de la salud y de las enfermedades supone una constante histórica que merece la pena considerar en sus detalles. Previamente señalábamos que el estudio sobre el efecto de las crisis económicas en la salud ha dado lugar a debates de gran interés en la bibliografía científica sobre el tema. Esta afirmación puede trasladarse al caso de la asociación entre desigualdades socioeconómicas y desigualdades en salud. Nuestra propuesta consiste en abordar el estudio del impacto de la Gran Recesión en la salud y en la calidad de vida (CdV) de la población residente en España vinculando crisis económica y desigualdades sociales, generando una explicación que sitúe a estas últimas en un papel explicativo del potencial impacto negativo de la crisis en los indicadores de bienestar en nuestro país. Merece la pena enfatizar que este estudio no tiene como objeto la descripción de las desigualdades sociales en España antes y después de la Gran Recesión. Dicho de otra forma, su objetivo no consiste en analizar los cambios en el sistema de estratificación social como consecuencia de la crisis ni sus posibles mecanismos (por ejemplo, incremento de la desigualdad, polarización y pauperización de las clases medias). El objetivo consiste, más bien, en analizar la forma en la cual la distribución del bienestar socioeconómico y el eventual cambio en los procesos de estratificación social en el marco de la crisis permiten comprender el impacto de la misma en la salud y la CdV en España.

Para alcanzar dicho objetivo, este libro se estructura en cuatro capítulos. El primero de ellos analiza con detalle la bibliografía y debates existentes en torno a la relación entre ciclo económico y salud. En ese contexto, se discuten los estudios disponibles para el caso concreto de la Gran Recesión y que, en términos generales, muestran que la última gran crisis económica ha tenido un impacto significativo en la salud de las poblaciones afectadas. Este análisis de los antecedentes teóricos y empíricos permite introducir de manera concreta el presente estudio, incidiendo especialmente en la estrategia metodológica seguida. De manera general, nuestra investigación combina el análisis de los datos secundarios disponibles para el análisis de la evolución de los riesgos para la salud generados por la Gran Recesión, por un lado, con un estudio original, basado en un enfoque biográfico que utiliza la historia de vida como herramienta fundamental. En este primer capítulo, por

tanto, se ofrece la información necesaria para abordar el trabajo empírico que se presenta posteriormente.

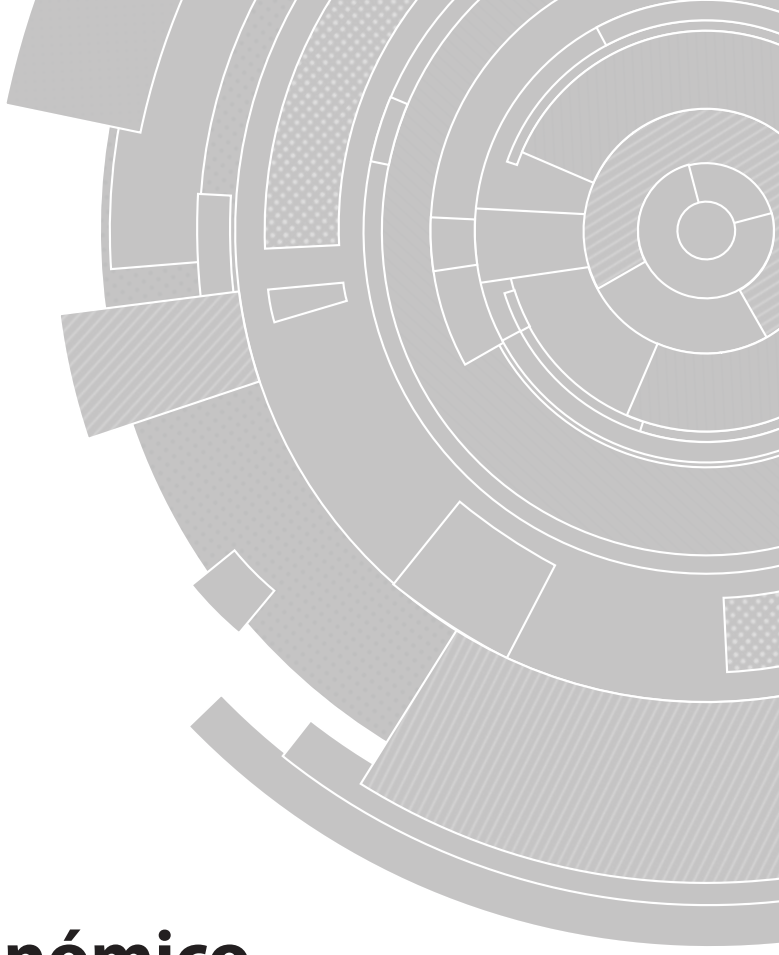
El capítulo 2 trata los estudios y aproximaciones teóricas más relevantes en el análisis del gradiente social de la salud. El objetivo de este capítulo consiste en el establecimiento de un modelo para la comprensión del impacto de la Gran Recesión en la salud y en la calidad de vida (CdV). La propuesta desarrollada en dicho capítulo implica que, para la comprensión del impacto de la crisis en el bienestar de la población, es imprescindible considerar las desigualdades socioeconómicas. De esta forma, el capítulo 2 trata de delinear las principales implicaciones de la evidencia teórica y empírica disponible en torno a la relación entre desigualdades socioeconómicas y bienestar para aplicar los ejes fundamentales de dicha asociación en la comprensión de la relación existente entre Gran Recesión y salud. Este planteamiento desemboca en un análisis original de los datos disponibles de la edición longitudinal en la Encuesta de Calidad de Vida en España (ECV) durante los años de desarrollo de la crisis económica; en concreto, se ofrece un estudio de los datos basado en técnicas de análisis multinivel, lo que permite interpretar de manera conjunta la distribución social de la desigualdad y el papel ocupado por los individuos en los ejes de estratificación social.

Los resultados correspondientes a dicho análisis son discutidos y sirven de base para la argumentación desarrollada en el capítulo 3. El objetivo de las páginas que componen dicho capítulo es doble. Por un lado, se propone un modelo para la comprensión de los sistemas de estratificación social contemporáneos, modelo basado en el concepto de exclusión social. Dicho modelo se discute en referencia concreta al caso español, de forma que la interpretación de la realidad social se ajuste al desarrollo de la Gran Recesión en dicho contexto. De manera específica, se aborda la importancia de los cambios que han tenido lugar en el contexto sociolaboral –y de manera aún más específica en el mercado de trabajo en nuestro país– para, a partir de dicho análisis, generar una propuesta interpretativa de la desigualdad social en la sociedad española contemporánea y un conjunto de hipótesis que permitan comprender el profundo impacto de la crisis económica y su efecto en la salud de la población. Para poner a prueba las propuestas elaboradas en este capítulo, se ofrece un análisis de datos original de la Encuesta Nacional de Salud (ENS), análisis que enfatiza el papel jugado por el estatus de empleo en el deterioro de los niveles de bienestar.

Los análisis de datos ofrecidos en los capítulos 2 y 3 constituyen el contexto en el cual se interpreta la información cualitativa generada por el proyecto de investigación que da forma a este libro. El diseño de dicha investigación se presenta en el capítulo 1, con detalle, y los resultados se aportan en los capítulos 2 y 3. Baste decir en este momento que la obtención de información cualitativa se realiza a través de la aplicación de una perspectiva biográfica basada en historias de vida, las cuales se construyen desde una perspectiva grupal-familiar. De esta forma, la propuesta consiste en la reconstrucción de historias de vida familiares durante la Gran Recesión, y pretende constituir el aporte fundamental de esta investigación. Sus implicaciones se discuten a lo largo del planteamiento teórico; la intención es reforzar y considerar las conclusiones obtenidas en nuestra investigación en el marco de los análisis de datos secundarios mencionados en los párrafos anteriores.

Los resultados procedentes de la realidad incorporados durante los capítulos 2 y 3 constituyen la base sobre la cual se construyen las conclusiones de esta obra, recogidas en el capítulo 4. Estas conclusiones pretenden ir más allá de la mera síntesis de la información

expuesta hasta ese momento. Más aún, la vocación que subyace al capítulo final implica trascender la evidencia empírica y utilizarla para realizar propuestas analíticas, interpretativas y de investigación. En las conclusiones se aporta bibliografía reciente que, en el contexto de los resultados obtenidos en nuestro estudio, ofrecen claves para la comprensión de la salud y la CdV de la población en el contexto de una crisis económica que solo puede ser comprendida a partir de un análisis adecuado de las desigualdades en las sociedades contemporáneas.



1

El ciclo económico de la salud

1. Ciclos económicos y salud (o cuando lo malo resulta ser bueno)

El interés por la asociación entre ciclos económicos y salud ha generado una gran cantidad de bibliografía científica al respecto que recoge los resultados obtenidos por estudios empíricos de diversa naturaleza y con conclusiones también diversas. El análisis de esta bibliografía constituye un hito fundamental de la presente investigación, cuyo objetivo general no es otro que analizar el impacto de la Gran Recesión en la salud y la CdV de la población en España. En principio, cabría hipotetizar que las crisis económicas –es decir, los momentos de recesión– generan una variación *contracíclica* en los indicadores de salud en las sociedades inmersas en dicho momento del ciclo económico. Dicho de otra forma, lo que podríamos denominar "hipótesis intuitiva" establecería que los periodos de recesión traerían aparejados mayores tasas de mortalidad, mayor incidencia de diversas enfermedades y de los suicidios, un crecimiento en las admisiones hospitalarias, etc. Este convencimiento, derivado de los estudios publicados por Brenner (1973, 1975), dominó la investigación empírica durante la década de 1970 y gran parte de la década de 1980. Sin embargo, pronto comenzaron a surgir estudios que, utilizando técnicas de análisis más sofisticadas, no pudieron reproducir esa asociación contracíclica entre crisis económicas y salud. En este contexto, en el año 2000 Chirstopher J. Ruhm publicó un estudio, ya clásico, en torno al impacto de las recesiones en Estados Unidos durante el periodo que va desde 1972 hasta 1991. Analizó las tasas de mortalidad y las muertes debidas a diez causas diferentes, desde los neoplasmas malignos hasta la mortalidad neonatal, pasando por las enfermedades cardiovasculares, neumonía, cirrosis y otras enfermedades hepáticas, accidentes de tráfico y de otros tipos, suicidio, homicidios y mortalidad infantil. Los resultados obtenidos se publicaron bajo el provocador título de "*Are Recessions Good for Your Health?*"[1].

De hecho, la investigación de Ruhm (2000) evidenció una relación inversa entre las condiciones económicas y las tasas de letalidad de las enfermedades, de manera que las muertes se redujeron significativamente durante las fases de recesión en el periodo mencionado. Más aún, los resultados pusieron de manifiesto que, durante dichas fases de recesión, un incremento de un punto porcentual en la tasa de desempleo a nivel estatal reducía la tasa de mortalidad en aproximadamente un 0.5%. En esta misma línea, es relevante destacar que las recesiones se relacionan negativa y significativamente con ocho de las diez causas de muerte analizadas en el estudio. En el trabajo de Ruhm (2000) una importante excepción al patrón de asociación negativo entre recesión económica y causas de mortalidad es el suicidio. De hecho, sus resultados muestran que los suicidios se incrementaron en un 1.3% por cada punto porcentual de aumento del desempleo en los diferentes estados de EEUU. Este resultado es particularmente importante, al implicar que la mortalidad procíclica se relaciona con causas de defunción que son indicadores de salud física (o causas de muerte no asociadas a enfermedades, como los accidentes de tráfico), mientras que el suicidio tiende a ser considerado como uno de los indicadores de salud mental más estudiados. Este resultado sugiere la "posibilidad de que las condiciones económicas en deterioro tengan efectos negativos en algunas facetas de la salud mental, mientras que, al contrario, mejora el bienestar físico" (Ruhm, 2000: 633).

1. "¿Son buenas las recesiones para su salud?".

Resumiendo en otros términos lo dicho hasta aquí: la mortalidad es *procíclica*. En contradicción con lo que hemos denominado "hipótesis intuitiva", lo cierto es que el artículo de Ruhm sostiene más bien una "hipótesis contraintuitiva" que predice la existencia de una variación procíclica de los indicadores de mortalidad para aquellas sociedades inmersas en un periodo de recesión económica. Esta hipótesis ha sido confirmada por diversos estudios que utilizan datos procedentes de numerosos países (Gerdtham y Ruhm, 2006; González y Quast, 2011; Lin, 2009; Neumayer, 2005). Esta evidencia existe en el caso de España, para el cual la investigación de Tapia Granados (2005) muestra que la mortalidad es menor durante las fases de crisis, mientras que existe un incremento de la mortalidad asociado con la expansión de la economía para el periodo comprendido entre 1980 y 1997.

En cuanto a las causas que explicarían la vigencia de esta hipótesis contraintuitiva, también encontramos cierta evidencia acumulada en las investigaciones citadas. Tal vez el principal vínculo entre una coyuntura económica favorable y el incremento de la mortalidad es el aumento de los fallecimientos debidos a accidentes de tráfico, y, de hecho, este tipo de accidentes y muertes están fuertemente correlacionados con los índices de producción industrial (véase un análisis detallado en Tapia Granados, 2005). En este sentido, las fases de expansión económica generan un incremento de los vehículos comerciales y recreativos en uso, así como un mayor volumen de tráfico en general. Estos factores se relacionarían con un incremento de los accidentes de tráfico, especialmente aquellos que implican un uso recreativo del automóvil que, a su vez, es el más ligado al consumo de drogas y/o alcohol.

Un segundo grupo de factores estaría relacionado con la aparición de muertes prevenibles, es decir, aquellas motivadas por situaciones como problemas cardiovasculares, enfermedades hepáticas o neumonía, por citar tres ejemplos. Todas ellas tendrían en común su notable asociación con cambios a corto plazo en los estilos de vida y en las inversiones y cuidados en salud. En este sentido, durante las fases de expansión de la economía –y gracias al aumento de ingresos sobrevenido– pueden incrementarse las conductas poco saludables, como el consumo de alcohol y tabaco o el acceso a una dieta atractiva pero poco sana. De esta forma, los factores de riesgo que subyacen a muchas enfermedades prevenibles (obesidad, tabaco, mala dieta, falta de ejercicio físico) serían más frecuentes en fases de bonanza económica.

Un tercer grupo de factores tiene que ver con el papel del trabajo en la vida de las personas y se basa en el modelo económico de maximización de la utilidad. En efecto, durante las fases de bienestar económico aumenta el coste de oportunidad de las actividades recreativas, dado que los individuos dedican una parte fundamental de su tiempo al trabajo. Como consecuencia, se reduce el tiempo disponible para actividades no laborales relacionadas con un estilo de vida saludable, como la actividad física o el cumplimiento de las rutinas médicas (chequeos, consultas de atención primaria o especialidades, etc.). Lo mismo se aplica al tiempo disponible para la preparación de alimentos característicos de una dieta de calidad, que es sustituida en mayor medida por comidas rápidas, preparadas, etc. Se trata de un número de conductas que incrementarían los riesgos asociados a enfermedades relacionadas con el estilo de vida, y que podrían contribuir a explicar el incremento de la mortalidad durante las fases de expansión de la economía.

En este mismo grupo se incluye el incremento del riesgo asociado al estrés laboral. En efecto, el estrés, en general, y específicamente el estrés derivado del trabajo han sido relacionados de manera sistemática con riesgos cardiovasculares y psicológicos en la bibliografía existente (Cullinan *et al.,* 2017; Everson *et al.,* 1997). Igualmente, existen estu-

dios que vinculan el estrés con un funcionamiento deprimido del sistema inmunitario, lo que deriva en una mayor incidencia de infecciones y enfermedades en general (véase Sánchez-Moreno, 2002). En la medida en que el estrés laboral está relacionado de manera positiva con el incremento de la actividad económica, se trata de un mecanismo repetidamente utilizado como explicación de la asociación de las coyunturas económicas positivas con el aumento de la mortalidad. Además, los individuos pueden buscar relajación y/o consuelo en el tabaco, el alcohol y las drogas (incluyendo los fármacos) para afrontar el estrés generado en los contextos laborales durante las fases de incremento de la actividad económica, de la misma forma que son utilizados para afrontar las dificultades económicas.

Por último, y en el marco de este tercer grupo de factores, conviene señalar el incremento de los accidentes laborales que típicamente tienen lugar como consecuencia del incremento de la actividad económica en una sociedad. En efecto, se ha señalado que algunos sectores productivos especialmente sensibles a los ciclos económicos, como es el caso de la construcción, se caracterizan igualmente por el alto riesgo relativo de accidentes laborales (Ruhm, 2003).

Por tanto, nos encontramos con abundante bibliografía que apoya una hipótesis según la cual los ciclos económicos se relacionan de manera contraintuitiva con la salud de la población, a saber, la mortalidad y el deterioro de la salud aumentarían en fases de crecimiento económico y descenderían en fases de recesión. No es de extrañar que esta línea de investigación haya generado una profunda polémica científica y académica que se concreta en un número de críticas y debates de especial relevancia. Tal y como señalan Catalano y Bellows (2005), es difícil que cualquier epidemiólogo concluyera, basándose en esta teoría, que las crisis económicas constituyen un medio para mejorar la salud de la población. Es preciso, por tanto, avanzar en la discusión en torno a la relación entre las características de las fases de recesión de la economía y el impacto en la salud de la población. Pues bien, esta discusión se ha visto tristemente enriquecida por los estudios que han aparecido con el objetivo de evaluar el impacto de la Gran Recesión en la salud. Al análisis de los hallazgos obtenidos se dedica el próximo epígrafe.

2. Estudios en torno al impacto de la Gran Recesión (2008) y la salud

La crisis económica que se desarrolla a partir de 2008 constituye el último periodo de recesión y representa, por tanto, un marco especialmente adecuado para evaluar la vigencia y adecuación de las predicciones generadas por la que hemos denominado "hipótesis contraintuitiva" sobre las fluctuaciones de la salud de las poblaciones durante las fases de crisis en el ciclo económico del capitalismo. La bibliografía y el número de investigaciones empíricas que han venido surgiendo (y lo siguen haciendo) son una muestra clara de la importancia de dilucidar el efecto o efectos de las crisis económicas en la salud, y son exponente de un creciente interés en la salud entendida como un derecho que es necesario garantizar a través de las políticas públicas.

En este sentido, uno de los ejes de interés ha girado en torno al impacto de la Gran Recesión en la mortalidad asociada al deterioro de la salud mental. Como se recordará, la investigación liderada por Ruhm contempla una importante excepción al carácter contracíclico de la mortalidad, a saber, el impacto de las recesiones en la salud mental en general, y par-

ticularmente en el suicidio. En este sentido, los estudios disponibles acerca de la evolución de los suicidios durante la reciente crisis económica confirman los resultados obtenidos en ciclos recesivos previos. De esta forma, el trabajo de Baumbach y Gulis (2014) encuentra un incremento de los suicidios en Alemania, Portugal, República Checa, Eslovenia y Polonia, lo que permite concluir que se ha producido un claro cambio de tendencia en la mortalidad por esta causa como consecuencia de la crisis económica. Los resultados de Reeves, McKee y Stuckler (2014) apuntan en la misma línea. En su estudio, los autores analizaron los datos sobre suicidio entre varones en 24 países de la Unión Europea (UE), encontrando que el aumento en los suicidios masculinos durante la crisis estaba significativamente asociado con cada aumento porcentual de la tasa de desempleo (a razón de un 0.94% por cada aumento del desempleo en un 1%). En términos generales, estos resultados replican los obtenidos por Stuckler *et al.* (2009) al analizar el impacto de las recesiones económicas en la mortalidad asociada al suicidio en las crisis previas a la Gran Recesión (periodo 1970-2007), utilizando datos de 26 países de la UE.

Por su parte, la investigación de De Vogli, Vieno y Lenzi (2014) analiza el impacto de la Gran Recesión en la mortalidad relacionada con desórdenes mentales y de la conducta en Italia. Para ello, los autores tomaron las causas de muerte de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo en sus análisis los códigos comprendidos entre el F00 y el F99. En términos más concretos, esta selección implica analizar la totalidad de los desórdenes mentales y conductuales definidos en la ICD: debidos al uso de sustancias psicoactivas; esquizofrenia y desórdenes relacionados; desórdenes afectivos o del estado de ánimo; neurosis, desórdenes somatomorfos y relacionados con el estrés; los asociados con factores físicos y fisiológicos; desórdenes de la personalidad; desórdenes del desarrollo psicológico; desórdenes conductuales y emocionales que tienen lugar durante la niñez y la adolescencia; y desórdenes mentales no especificados. Pues bien, los resultados obtenidos muestran que, en su conjunto, se produjeron 0.303/100.000 muertes adicionales debidas a estas causas entre 2008 y 2010, es decir, relacionadas directamente con la crisis. Conviene insistir en que De Vogli *et al.* (2013) calculan el "exceso" de muertes con origen en algún desorden mental o conductual, es decir, el incremento en la tasa de mortalidad con respecto a un escenario hipotético en el cual no se hubiera producido un cambio en la tendencia de dicha tasa identificada durante el periodo precrisis. Más aún, los autores señalan que cada reducción de 1000 € en el Producto Interior Bruto (PIB) estuvo asociada con un incremento del 0.126 por 100.000 muertes por las causas mencionadas.

Las investigaciones que utilizan datos a nivel individual (microdatos) y que vinculan el estallido de la crisis en 2008 con un aumento significativo y considerable de los problemas de deterioro psicológico entre la población son también numerosos. En el caso de Grecia, la investigación de Drydakis (2015) muestra un incremento especialmente acusado de los síntomas de depresión entre la población, al comparar los datos disponibles para el periodo 2008-2009 con los disponibles para 2010-2013. En Gran Bretaña, el estudio de Harhay *et al.* (2013) se ocupa del impacto de la crisis en el consumo de alcohol. Usando datos de carácter longitudinal para una muestra representativa de la población inglesa entre 20 y 60 años, la investigación trata de estimar el impacto de la Gran Recesión en el consumo frecuente de alcohol (beber cuatro o más días a la semana), en la intensidad de dicho consumo (cantidad de alcohol ingerida en el día de más consumo) y, en general, en el número de días en los cuales se consume alcohol durante la semana. En todos los casos, la crisis económica implicó una reducción en los indicadores. Es decir, en términos

generales la población británica bebió menos y con menos intensidad, lo que implica una reducción del consumo a nivel poblacional. Ahora bien, el estudio muestra la existencia de un grupo de alto riesgo en el que se incrementó el consumo excesivo o compulsivo (borracheras, por ejemplo).

En un reciente trabajo, Karanikolos *et al.* (2016) analizan de manera detallada los resultados obtenidos en un total de 122 investigaciones que analizan el impacto de la Gran Recesión en la salud y el bienestar de la población. Aunque se trata de un conjunto heterogéneo de estudios, tanto en su temática concreta como en la metodología empleada, los resultados ofrecen algunos elementos de especial interés. En concreto, su revisión identificó numerosos estudios relacionados con el impacto de la crisis en la salud mental, siendo especialmente relevante la gran cantidad de investigaciones que asociaban el incremento de los suicidios con las situaciones de desempleo, desalojos y ejecuciones hipotecarias y resto de efectos de la crisis económica en la condición socioeconómica de la población. En este sentido, puede afirmarse que la evidencia empírica en torno a la conexión entre el estallido de la Gran Recesión y el deterioro de la salud mental es sistemática, casi abrumadora.

En el caso concreto de España, son numerosos los artículos que analizan la influencia de la crisis en la salud mental de la población. En general, los resultados sugieren un incremento de la prevalencia de mala salud mental en la población española entre 2007 y 2012, especialmente en la población de 35 a 54 años y aquellos grupos con menor nivel educativo (Bartoll *et al.,* 2014), destacando especialmente el incremento entre los varones (Bartoll *et al.,* 2014). En esta misma línea, el estudio de Gili *et al.* (2012) analizó el impacto de la crisis en la frecuencia de trastornos del estado de ánimo (depresión) y ansiedad, somatoformes, relacionados con el alcohol y relacionados con la alimentación en una muestra de personas que acudían a los consultorios de atención primaria. Con la única excepción de los trastornos de la alimentación, al comparar datos de 2006 con datos de 2012 se comprobó un incremento en la proporción de casos entre la población objeto de estudio. Este incremento fue especialmente alto en los episodios de depresión (19.4%) y ansiedad (incremento del 8.4% en el desorden de ansiedad generalizado), y en todo caso significativo para los trastornos somatoformes (7.3%) y los desórdenes relacionados con el consumo de alcohol (4.6%). El aumento de los riesgos para la salud mental en España como consecuencia de la crisis ha sido documentado de manera específica en una muestra de población inmigrante (formada por personas procedentes de Colombia, Ecuador, Marruecos y Rumanía) (Robert *et al.,* 2014).

Como puede apreciarse, la evidencia empírica hasta aquí descrita permite concluir que los riesgos relacionados con la salud y la enfermedad mentales se incrementaron significativamente durante la Gran Recesión. En este sentido, los resultados de las diferentes investigaciones apoyan de manera consistente las conclusiones de la línea de investigación iniciada por Ruhm (2000) y que establece una relación contracíclica para los desórdenes mentales con respecto a las crisis económicas: los momentos de recesión se asocian con una mayor incidencia de las muertes debidas a este tipo de enfermedades. No obstante, no es menos cierto que esta relación para el caso de la salud y la enfermedad mentales constituye una excepción a la hipótesis fundamental mantenida por Ruhm (2000), a saber, el carácter procíclico de la mortalidad que conduce a su reducción durante los ciclos de recesión. Pues bien, en este punto la bibliografía que analiza los cambios en la mortalidad y la salud durante la Gran Recesión arrojan resultados que cuestionan la hipótesis procíclica. Es el caso del estudio de Maruthappu *et al.* (2016) con información del Banco Mundial

procedente de 75 países y publicado por *The Lancet*. En dicho estudio, se analizaron datos de mortalidad causada por cáncer de pecho (en mujeres), cáncer de próstata (varones) y cáncer colorrectal (mujeres y varones), clasificados en una categoría denominada cáncer tratable (al estar asociado a una tasa de supervivencia del 50%). El cáncer de pulmón y pancreático se clasificaron bajo la categoría de no tratable (al estar asociados a una superviviencia menor del 10%). Los resultados obtenidos muestran que durante la Gran Recesión los incrementos en las tasas de desempleo se asociaron significativamente con un *incremento* en la mortalidad causada por todo tipo de cáncer y por todos los cánceres específicos, con la única excepción del cáncer de pulmón en mujeres. Al considerar solo la categoría de cáncer no tratable, no se detectó un aumento de la mortalidad asociada durante la Gran Recesión. Los análisis realizados mostraron que este patrón de asociación se mantuvo cinco años después de los incrementos del desempleo en el caso de la categoría de cáncer tratable. Así, los resultados obtenidos por Marthappu *et al.* (2016) establecen el carácter *contracíclico* de la mortalidad causada por diferentes tipos de cáncer durante la Gran Recesión, hallazgo inconsistente con la teoría de Ruhm (2000). Dicho de otra forma, la crisis económica de 2008 parece haber resultado en un incremento de la mortalidad asociada *tanto* a desórdenes psicológicos y mentales *como* a los distintos tipos de cáncer, especialmente los cánceres con altas tasas relativas de supervivencia.

Esta evidencia empírica, específica para el escenario económico que surge desde 2008 (es decir, específica para la Gran Recesión), viene a unirse a investigaciones referidas a periodos anteriores a dicha fecha, y que en algún sentido cuestionaban las tesis de Ruhm y sus seguidores. En el caso de Europa, algunos estudios no han encontrado una asociación significativa entre los indicadores de recesión económica y la reducción de la mortalidad y, específicamente, de la reducción asociada a cualquier causa (Stuckler *et al.,* 2009) y otros generan evidencia de una asociación positiva entre las fases adversas del ciclo económico y la mortalidad (Economou, Nikolaou y Theodossiou, 2008). Lo mismo cabe decir para otros estudios que, realizados con datos procedentes de Estados Unidos, analizan la asociación entre variables de carácter agregado (indicadores de crisis económica) con medidas de CdV relacionadas con la salud para el periodo 2001-2005 (French y Davalos, 2011).

La creciente evidencia empírica ha llevado al propio Ruhm (2015) a reconsiderar su hipótesis, que puede resumirse en que los momentos de crisis económica vienen acompañados, en términos generales, de una mejora en la salud de las poblaciones afectadas. Esta hipótesis se basada fundamentalmente en la naturaleza procíclica de la mortalidad en general y de numerosas causas específicas de mortalidad. Pues bien, en el artículo mencionado, Ruhm (2015) analiza la evidencia empírica previa, inconsistente con esta hipótesis, y aporta a su vez nuevos análisis con datos ampliados en torno a la relación entre crisis económicas y mortalidad en los Estados Unidos entre 1976 y 2010. Tomando como indicador de crisis económicas las fluctuaciones en el mercado de trabajo, sus análisis muestran que entre 1976 y 1995 un incremento de la tasa de desempleo de un 1% constituía un predictor de una reducción significativa de la mortalidad del 0.43%. Sin embargo, durante el periodo que va de 1991 a 2010 el análisis de los datos pone de manifiesto que no existe una asociación significativa entre ambos procesos. Puesto en otros términos: el carácter procíclico de la mortalidad ha desaparecido en gran medida durante las décadas recientes. Según Ruhm (2015), este patrón varía en función de las distintas causas de muerte. En este sentido, todos los tipos de muertes por alguna causa externa (no enfermedad) se han convertido en menos procíclicas o claramente contracíclicas, especialmente cuando la causa de muerte son los accidentes ajenos al transporte (especial-

mente, la intoxicación por consumo de fármacos como las benzodiacepinas y los opiáceos bajo prescripción médica). Además, destaca que, entre el grupo de las enfermedades, la mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares continúa mostrando un patrón procíclico. Sin embargo, llama la atención que las muertes causadas por cáncer se ajustan a un patrón contracíclico en el periodo que va de 1991 a 2010.

En términos generales, como puede apreciarse, parece que el efecto de las crisis económicas en la mortalidad y en la salud de la población no responde a un patrón unívoco a lo largo del tiempo. En este sentido, el análisis de la evidencia empírica disponible sugiere que en las últimas décadas se ha producido un cambio en el tipo de asociación entre ambos procesos. Ya en las investigaciones pioneras en este ámbito se concluía claramente que los momentos de recesión del ciclo económico se asociaban con un incremento de las muertes vinculadas al deterioro en la salud mental y el aumento de la incidencia de las enfermedades mentales. Las investigaciones recientes sugieren que, durante las últimas décadas, el efecto de las crisis económicas en las tasas de mortalidad en general comienza a ajustarse a la misma lógica. Este cambio en el patrón de asociación puede establecerse, de manera aproximada, en la década de 1980, siendo especialmente acusado y evidente durante la última crisis económica, la Gran Recesión.

3. Implicaciones para el estudio de salud: los determinantes sociales de la salud en el contexto de la Gran Recesión

Teniendo en cuenta lo dicho en el epígrafe anterior, parece razonable hipotetizar que el efecto de las recesiones en la salud de la población se producirá en función de las características específicas de la estructura económica que colapsa (que entra en crisis). No puede afirmarse que el modo de producción capitalista se mantenga de manera inalterable a lo largo de las décadas (y de los siglos). Ni siquiera parece sensato señalar que sus características coincidan a lo largo del tiempo, excepción hecha de las características constitutivas y definitorias, de los elementos que convierten al capitalismo en capitalismo. No es este el momento de desarrollar una teoría en torno a los ciclos del capitalismo y el papel que en dicho modo de producción juegan las crisis cíclicas. No obstante, conviene señalar que las características sociales, políticas, institucionales, culturales, etc. del modo de producción en un momento dado del tiempo influyen y en gran medida pueden configurar las consecuencias del impacto de las crisis económicas en un amplio rango de procesos. Puede señalarse que los diferentes escenarios económicos pueden definirse, de manera más completa, en términos socioeconómicos. Y en dicho contexto, uno de los elementos más importantes está constituido por los ejes de la estratificación social. La tesis que se postula, por tanto, es que uno de los factores fundamentales para comprender el impacto de las recesiones en la salud de las personas está constituido por las desigualdades características de una sociedad dada en un momento histórico determinado. Las crisis económicas tendrán un impacto de naturaleza e intensidad diferente en función de las características históricamente específicas de los esquemas de desigualdad social. Y ello es debido a que el modo de producción y la organización social de las desigualdades son dos elementos históricamente determinados, cambiantes a lo largo del tiempo. Esta idea general –que luego se concretará adecuadamente– tiene una serie de consecuencias para el estudio de la salud.

En primer lugar, parece razonable formular una idea de base, según la cual no es posible comprender el impacto de las crisis económicas en la salud de las poblaciones y de los grupos sociales sin incorporar en nuestras investigaciones un análisis detenido de los determinantes sociales de la salud (en adelante DSS). La bibliografía analizada a lo largo de este capítulo evidencia la existencia de una división en los argumentos en torno a la relación entre crisis económicas y salud de la población. La práctica totalidad de los estudios se fundamentan en diseños metodológicos rigurosos y (con mucha frecuencia) notablemente sofisticados y adecuados para abordar dicha asociación. Ahora bien, la diferencia casi antagónica entre los resultados que sustentan la hipótesis *contracíclica* y los resultados que sustentan la hipótesis *procíclica* sugiere la existencia de limitaciones teóricas previas en la comprensión del impacto de los ciclos económicos en la salud (Mikucka, Sarracino y Dubrow, 2017). En este sentido, ninguna de las dos hipótesis se fundamenta en un entramado teórico adecuado para la comprensión del papel jugado por la recesión económica en la salud y la CdV de la población. Y ello a pesar de que existe una abundante bibliografía, fruto de una larga tradición investigadora, que se ocupa específicamente de la relación entre salud, enfermedad y CdV, por un lado, y el contexto social, por otro.

De la convergencia de ambas líneas de investigación se deriva el segundo de los elementos que articula el presente trabajo. De manera específica, se defiende la necesidad de articular una comprensión previa de la salud y la enfermedad (y de la CdV en términos más amplios) basada en un análisis de las desigualdades sociales. Se trata de establecer que la salud, al igual que ocurre con otros elementos de la vida, está sujeta a una distribución socialmente desigual como consecuencia de la existencia de procesos supraindividuales, de naturaleza grupal, social y estructural. De esta forma, nuestra especificación de los DSS incluye la consideración de los contextos sociales en términos generales (por ejemplo, la familia, las redes sociales, etc.). No obstante, nuestra propuesta establece y enfatiza que las desigualdades sociales y la exclusión constituyen los elementos fundamentales para comprender desde un punto de vista teórico y empírico el impacto de las crisis económicas en general –y de la Gran Recesión en particular– en la salud y la CdV de las personas y los grupos.

4. La calidad de vida como indicador de bienestar

Uno de los elementos que requieren especial atención en torno a nuestra propuesta consiste en la incorporación de CdV como proceso fundamental para comprender el impacto de la Gran Recesión en la salud y el bienestar de la población. Esta decisión implica la necesidad de clarificar adecuadamente el concepto de CdV utilizado, con el objetivo secundario de mostrar su vinculación con el concepto de salud.

La CdV es una noción relativamente reciente. Es cierto que el interés por este constructo es remoto. Se plantea que una de las primeras referencias al término fue con Aristóteles cuando hacía alusión a que la mayoría de las personas conciben la "buena vida" como lo mismo que "ser feliz" (Fayers y Machin, 2000). Sin embargo, la aparición del concepto desde un punto de vista sistemático y científico data de la década de los 60 hasta convertirse hoy en día en un término ampliamente utilizado en ámbitos como la salud, la educación, la economía, la política y otros tipos de servicios (Gómez y Sabeh, 2000). Quizás una de las principales fortalezas del concepto de CdV es su amplio reconocimiento y frecuentemen-

te se utiliza para analizar los cambios en el bienestar –de las personas y la sociedades– a través del tiempo e incluso para valorar las desigualdades del bienestar dentro de una sociedad (Noll, 2002).

Como adelantábamos, sus orígenes se sitúan en los años 60 con el movimiento de Indicadores Sociales que desarrolló la Escuela de Chicago (Sirgy, 2001). En este contexto surgen diversos estudios sobre las condiciones de vida y específicamente las condiciones habitacionales de los sectores más desfavorecidos de la población urbana e industrial estadounidense.

Durante este periodo, la meta social dominante era el nivel de vida material (Noll, 2002). En esta línea, Fernández- Mayoralas y Rojo (2002) plantean que el concepto de CdV nace como una alternativa a la cuestionada sociedad de la opulencia y posteriormente se transformaría en un concepto vinculado al bienestar en términos generales. Las mismas autoras plantean que el proceso de institucionalización de sus indicadores ha sido lento y discontinuo, aunque ahora esté plenamente incorporado por la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo. Esto quiere decir que un número significativo de países, incluyendo a España, han desarrollado sistemas de información para monitorizar las condiciones generales de vida (el anterior sistema de indicadores sociales) de su población, como es el caso de la ECV realizada anualmente por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Abundando en esta línea, el término de CdV es producto de teorías keynesianas de desarrollo económico y social. Tras la Segunda Guerra Mundial se buscaba el reordenamiento geopolítico y la reinstauración de un orden internacional. En este contexto histórico y político, el Estado tenía un papel determinante en el bienestar de los sujetos y las comunidades, frente a lo cual surge el primer intento de medición del bienestar: *nivel de vida*. El concepto de nivel de vida se asociaba a la deposición de recursos, tales como dinero, posesiones, conocimiento, energía mental y física, relaciones sociales y seguridad y otros elementos que le permitieran el individuo controlar y dirigir sus condiciones de vida. Aunque en su origen se apegaba a ideales sociales y económicos de mejoras sociales bajo el supuesto de que la calidad en la vida era el resultado de la posibilidad de consumir y acumular, se ha cuestionado ampliamente este propósito (Cardona y Agudelo, 2005).

Otros autores, como el caso de Fernández-López, Fernández-Fidago y Cieza (2010), atribuyen el primer uso del concepto de CdV a Wolganf Zapf. Igualmente la fecha que indican estos autores es a fines de los años 60 y se plantea que el surgimiento del término se debe a la búsqueda de una alternativa a criterios estrictamente economicistas y de orden cuantitativo en los estudios sociales o de nivel de vida. Así, una valoración integral del bienestar debiera incluir aspectos objetivos y subjetivos, especialmente la percepción que tienen las personas y comunidades sobre su bienestar (Olivi, Fadda y Pizzi, 2015). Se plantea que su propuesta supuso una evolución positiva del concepto, es decir, más vinculada al bienestar integral de las personas, a los ámbitos de la salud pública y la ética médica. De esta manera, el término de CdV ha incorporado diversos aspectos como el estado de salud, el funcionamiento físico, el bienestar físico (síntomas), la adaptación psicosocial a las circunstancias vitales del sujeto, el bienestar general, la satisfacción con la vida y la felicidad. Es por ello que se plantea que es un término indeterminado y con un fuerte componente ideológico que lo hace cambiar constantemente en función del contexto del que se parta (Fernández-López *et al.,* 2010). Finalmente, dentro de esta evolución del concepto, la CdV ha incorporado elementos asociados a las libertades políticas y civiles, la libertad de participación y el dominio que tenga el sujeto sobre su propia vida (Cardona y Agudelo, 2005).

Cabe señalar que la noción de CdV tiene dos vertientes ampliamente reconocidas: por un lado, es parte del lenguaje cotidiano de las personas y se vincula al estado de felicidad o satisfacción general con la vida, frente a lo cual es una construcción social e incluso una representación social que realizan los sujetos sobre sus condiciones generales de vida. Por otro lado, es un concepto muy utilizado en la investigación científica desde diversas áreas de conocimiento y, como veremos, se ha operacionalizado en dominios que abarcan la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales (Cardona y Agudelo, 2005; Grupo OMS, 1996; Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005).

Por tanto, la CdV es un concepto empleado tanto en el ámbito científico y académico como por organizaciones internacionales y europeas (Naciones Unidas; Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, OCDE; Comisión Europea; Oficina Estadística Europea) para valorar le progreso de las sociedades y el bienestar de los individuos desde una perspectiva más amplia e integradora. En otras palabras, surge como una alternativa a los tradicionales indicadores de desarrollo económico como medidas de crecimiento y bienestar (PIB, otros indicadores agregados de Contabilidad Nacional).

4.1. Sobre el concepto de calidad de vida y sus principales elementos

No hay un consenso sobre la definición de la CdV. Ello en parte se explica por su naturaleza multidimensional. Se trata de un concepto controvertido que está sujeto a múltiples interpretaciones e incluso se plantea que tiene un significado vago, etéreo, polivalente y complejo de definir (Cardona y Agudelo, 2005; Medina y Carbonell, 2004; Lugones, 2002; Urzúa y Caqueo-Urízar, 2012). En todo caso, tal y como se ha señalado anteriormente, el concepto de CdV ha experimentado cambios desde sus inicios hasta la actualidad. Así, las primeras concepciones se relacionaban con el bienestar objetivo y social. Posteriormente el concepto no solo abarca las dimensiones materiales del bienestar, sino que incorpora aspectos inmateriales como la salud, las relaciones sociales y la calidad del entorno natural o del ambiente físico.

Una conceptualización integral, tal como exponen Gómez-Vela y Sabeth (2000), es la propuesta por Borthwick-Duffy (1992) y complementada por Felce y Perry (1995) para quienes la CdV se define como la calidad de las condiciones de vida de una persona; la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; la combinación de componentes objetivos y subjetivos y la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Así, la CdV representa

> un conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida o al grado de felicidad o satisfacción disfrutado por un individuo, especialmente en relación con la salud y sus dominios (…) se ha asimilado al de bienestar subjetivo, abarcando juicio cognitivo y ánimo positivo y negativo (Fernández-López, *et al.,* 2010: 170).

Desde un punto de vista médico, que suele ser el más utilizado en el campo de la investigación, la CdV

> se refiere a cualidades, criterios y hasta contenidos que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo que refiere a los aspectos clínicos y asistenciales, a

> la necesidad de validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad (Lugones, 2002: 287).

Como adelantábamos, el ámbito médico es uno de los campos que más utiliza el término, hasta el punto de que incluso se ha creado una especificidad de medición a través del término calidad de vida relacionada con salud (CVRS). Este término se refiere a la CdV específicamente en salud de una persona y se usa para designar los resultados concretos de su evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Tal como afirman Badía y García (2000), se ocupa de los aspectos relativos a percepción de la salud experimentada y declarada por el paciente en las dimensiones física, mental, social y la percepción general de la salud. Aunque en todos los ámbitos posibles de estudio la CdV es fundamental, pareciera ser que el médico tiene la particularidad de reconocer la dignidad de los seres humanos en el proceso de tratamiento o rehabilitación médica (Lugones, 2002).

En este libro destacamos el concepto acuñado por la OMS a través del grupo de CdV, para quienes se trata de "las percepciones de los individuos de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones" (WHOQOL Group, 1995). Las aportaciones de este grupo de trabajo toman tal relevancia que los dominios de la CdV declarados por la OMS forman parte de la metodología de esta investigación.

En esta misma línea, Cummins (1997) afirma que la CdV es un constructo universal, definido tanto objetiva como subjetivamente. Los dominios objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo y los dominios subjetivos incluyen la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo. Con esta conceptualización tan amplia retomamos otro de los aspectos reconocidos de la CdV, a saber, su composición e interrelación entre los aspectos objetivos y subjetivos (Celemín y Velázquez, 2017).

Ya lo advertía Argyle (1996), la CdV debe incluir una valoración de los aspectos objetivos, es decir, de las condiciones de vida, pero también del bienestar subjetivo. Dicho de otro modo, los aspectos objetivos se relacionan con las circunstancias de vida, tales como niveles de vida, las condiciones de trabajo o bien el estado de salud, mientras que los aspectos subjetivos se refieren a las apreciaciones y valoraciones (cognitivas y afectivas) de los sujetos sobre los elementos de CdV que disponen, más asociados a la satisfacción con los mismos.

Tal como plantea Noll (2002), en los diversos esfuerzos por operacionalizar la CdV se distinguen dos enfoques: el enfoque escandinavo sobre el nivel de vida y el enfoque estadounidense sobre la CdV. Desde el enfoque escandinavo se valoran las condiciones objetivas que surgen de las necesidades básicas y cuya satisfacción determinará el bienestar. En tanto, el enfoque estadounidense enfatiza el bienestar subjetivo de las personas como resultado de las condiciones y procesos vitales que experimenta. En otras palabras, tiene que ver con las experiencias de vida y el proceso de evaluación que realizan los sujetos.

Si bien es cierto que una valoración integral de la CdV debiera incluir aspectos objetivos y subjetivos, es primordialmente una apreciación subjetiva. En este sentido, "lo que mejor designa la calidad de vida es la calidad de la vivencia que de la vida tienen los sujetos" (Cardona y Agudelo, 2005: 85). Teniendo en cuenta esto, la CdV es parte de un sistema de valores, estándares o perceptivas individuales, por lo que puede variar de sujeto en sujeto. Así, es una sensación de bienestar que experimentan los individuos de acuerdo al contexto social, económico, político y cultural en el que son parte (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002).

Resumiendo, la CdV es un concepto, multidimensional, relativo y complejo de definir que está asociado a la percepción de bienestar integral de los sujetos. Aunque incorpora aspectos objetivos y subjetivos, igualmente elementos individuales y colectivos, es fundamentalmente una valoración personal que realiza el sujeto de las condiciones de su vida. De esta manera, valorar la CdV implicaría evaluar cómo viven los individuos, qué expectativas de transformación tienen de aquellas condiciones y cuál es el grado de satisfacción que ellos consiguen (García-Viniegas, 2008).

4.1.1. Dominios que incorpora el concepto de calidad de vida

Como adelantábamos, la CdV es un constructo multidimensional, aunque el componente más relevante suele ser la salud (Fernández- Mayoralas y Rojo, 2005). Su composición abarca diversos dominios que se representan en la tabla 1 y que recoge aspectos materiales e inmateriales, subjetivos y objetivos. Es importante aclarar que estos dominios propuestos por el Grupo de la OMS sobre CdV (1996) parten de diversos estudios internacionales, en los que participó España. Así, se obtiene un instrumento de evaluación con validez intercultural, de aplicación en diversas poblaciones y con diversas versiones conforme a cada país.

TABLA 1. Dominios para la evaluación de la calidad de vida, según la OMS

Dominios	Indicadores o facetas
Físico	Dolor, malestar Energía, cansancio Sueño, descanso
Psicológico	Sentimientos positivos Labora de reflexión , aprendizaje, memoria y concentración Autoestima Imagen y apariencia corporal Sentimientos negativos
Grado de Independencia	Movilidad Actividades de la vida diaria Dependencia respecto a medicamentos o tratamiento Capacidad de trabajo
Relaciones sociales	Relaciones personales Apoyo social Actividad sexual
Entorno/Ambiente	Seguridad física Entorno doméstico Recursos financieros Atención sanitaria y social: disponibilidad y calidad Oportunidades para adquirir información y aptitudes nuevas Actividades recreativas: participación y oportunidades Entorno físico (contaminación, ruido, tráfico y clima) Transporte
Espiritualidad	Espiritualidad, religión, creencias personales

Fuente: WHOQOL Group, 1995.

En el caso particular de España, el INE aborda la medición multidimensional de la CdV incluyendo un conjunto de indicadores agrupados en nueve dimensiones y desagregados según características individuales (sexo, edad, tipo de hogar, nivel de renta, nivel de educación, nacionalidad, grado de urbanización) y ámbito geográfico (CCAA, UE). Las nueve dimensione son: condiciones materiales de vida, trabajo, salud, educación, ocio y relaciones sociales, seguridad física y personal, gobernanza y derechos básicos, entorno y medio ambiente y experiencia general de la vida.

En España los estudios de CdV se realizan en poblaciones específicas y los campos de estudio más investigados suelen ser ámbitos clínicos o médicos, es decir, sujetos que padecen diversas enfermedades o patologías (por ejemplo, los recientes estudios de Badia, Orgaz y Gómez-Vela, 2015; Busutil *et al.,* 2017; Daigre *et al.,* 2017) y las personas mayores (por ejemplo, los estudios realizados por Fernández-Mayoralas *et al.,* 2015; López García *et al.,* 2005; Luque-Reca *et al.* 2015). Brevemente queremos resaltar el estudio de González, Cárcaba y Ventrura (2011) el cuál analiza la CdV en España en tres niveles geográficos (Comunidades Autónomas, Provincias y Municipios). Sus resultados ponen de manifiesto cómo el nivel municipal es el más relevante en la valoración de la CdV ya que la varianza explicada es del 52%. Por el contrario, el regional es del 38% y la provincial del 10%. Los autores concluyen la relevancia de tener en cuenta este nivel en las decisiones políticas, ya que la mayoría de las iniciativas que afectan a la CdV de la población residente en España se realizan a nivel regional.

Retomando nuestro ámbito de estudio, una propuesta que pudiera resultar integradora es el modelo sistemático contrastado por Davidson-Arad y Kaznelson (2010) en niños y niñas en riesgo social. Destacamos esta propuesta por su capacidad de adaptación a diversas condiciones de la vida y también a diversos momentos del ciclo vital. Esta propuesta parte del supuesto de que las personas somos un sistema de acción que podemos actuar u operar en cuatro campos: psicológico, físico, social y cultural. A su vez, en cada campo de acción hay un modo de funcionar: expresivo, adaptativo, integrador y conservador. El modo expresivo se refiere a la manera en que el individuo trata con "eventos" que surgen dentro de la persona y son actualizados en el mundo externo. Incluye autorrealización y autoexpresión en el campo psicológico, el impacto de la persona en el entorno en el campo físico, su afecto en otras personas en el campo social, y la expresión de valores en el campo cultural. En tanto, el modo adaptativo se refiere a la forma en que el individuo negocia eventos en el ambiente para mantener el mutuo ajuste. Incluye la capacidad de descansar y relajarse en el campo psicológico, las condiciones materiales de la vida en el campo físico, la capacidad de relacionarse con los demás en el campo social, y la exposición a productos y eventos culturales en el campo cultural. Por su parte, el modo integrador consiste en la forma en que el individuo ajusta y reajusta el universo de eventos internos entre sí para mantener el equilibrio interno. Incluye salud mental, salud física, equilibrio social en los roles y consistencia de las normas y valores. Finalmente, el modo conservador se refiere a la forma en que el individuo preserva su identidad. Implica la adherencia o la lealtad a patrones estructurales internalizados. Puede ser una identidad propia en el dominio psicológico, el código genético en el dominio físico, el código de valores en el dominio cultural, o la confianza social en el dominio social. De esta manera, bajo esta propuesta, la CdV de una persona se define como el funcionamiento efectivo del individuo en la combinación de los campos y modos de acción o funcionamiento que se presentan en la siguiente tabla (tabla 2).

TABLA 2. Modelo ecológico de calidad de vida desarrollado por Shye (1979)

	Psicológicos y personalidad	Físicos	Sociales	Culturales
Expresivo	Autorrelización / autoaceptación física	Actividad	Impacto social	Actividad cultural
Adaptativo	Tranquilidad personal/ recreación	Orientación física	Orientación social	Ajuste cultural y ajuste en los valores
Integrador	Salud mental	Salud física	Relaciones sociales	Honestidad e integridad
Conservador	Autoidentidad/ autoconfianza	Seguridad física	Confianza social	Valores estables

Fuente: Davidson-Arad y Kaznelson (2010).

Resumiendo, los dominios de la CdV suelen abarcar aspectos como la salud física, el bienestar psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y las creencias personales. Se trata de un concepto amplio cuya valoración implica una notable dificultad. Sin embargo, su interés para la presente investigación es evidente, ya que, junto con el concepto de salud, permite manejar un concepto de bienestar amplio, no restrictivo, reflejo de la complejidad de los procesos psicosociológicos que tienen lugar en las sociedades contemporáneas. El reto consiste en dar cuenta de dichos procesos de la manera más rigurosa posible. Para afrontar dicho reto, la metodología utilizada debe permitir abordar los procesos implicados en nuestro objeto de estudio.

Dicho de otra forma, la comprensión de la relación entre las recesiones (y, en nuestro caso, la Gran Recesión) y la salud y la CdV en el contexto de esquemas específicos de estratificación social, se vería beneficiada por la utilización de técnicas de investigación que permitan incorporar en el análisis la dimensión temporal e histórica de los procesos sociales. Para la investigación que aquí se presenta, esto implica un esfuerzo por captar en nuestra metodología el carácter cambiante y socialmente emergente de las desigualdades, por un lado, y la salud, la enfermedad y la CdV, por otro. Y todo ello, en el contexto de la Gran Recesión, como elemento articulador del impacto de los procesos económicos en los grupos sociales y las personas. En el siguiente epígrafe se describe la metodología.

5. Metodología: fuentes, datos e información utilizada en el presente estudio

A lo largo de los capítulos que componen esta obra se incorpora información obtenida a partir de diversas técnicas de investigación que tratan, precisamente, de abordar el objeto de estudio tal y como se ha descrito en las páginas precedentes. Podemos agruparlas en dos. En primer lugar, se ofrecerán resultados obtenidos en análisis propios de datos secundarios disponibles y relevantes para el estudio de la salud. En concreto, se explotarán los datos procedentes de dos fuentes. Por un lado, la ECV, diseñada por el INE. La ECV se inscribe en el marco de la estrategia de la UE para la elaboración de estadísticas sobre ingresos y condiciones de vida (EU-Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), en su denominación en inglés) que permitan analizar los objetivos fijados en la estrategia

"Europa 2020". La descripción de la encuesta y de las variables utilizadas en nuestro análisis se realizará de manera detallada en el capítulo 2. En este momento, baste señalar que la ECV incluye un estudio longitudinal que comprende series de cuatro años. Esta característica hace que la ECV constituya una base de datos de especial relevancia para el impacto de la Gran Recesión en la salud y el bienestar de la población española.

Por otro lado, esta investigación ha utilizado datos procedentes de la ENS. La ENS se inscribe en la estrategia del Ministerio de Sanidad, y es diseñada y realizada por el INE. En el capítulo 2 se ofrecen los resultados obtenidos de un análisis original de la base de datos. Nuevamente, las características de la muestra se detallarán en dicho capítulo; no obstante, conviene señalar que el análisis se realiza sobre dos ediciones especialmente relevantes para el estudio de la salud, a saber, las ediciones de 2006 y 2011/12. Conviene señalar que no se trata de un estudio longitudinal, sino de dos encuestas basadas en diseños transversales. Ahora bien, el hecho de que la edición de 2006 se realice de manera inmediatamente anterior a la crisis y que la edición de 2011/12 se realice de manera inmediatamente posterior al desarrollo de sus consecuencias permite realizar comparaciones de interés evidente.

En segundo lugar, nuestra estrategia metodológica incluye el diseño y ejecución de una investigación original que se aproxima al impacto de la Gran Recesión en la salud y la CdV de la población a través del método biográfico, específicamente a través de la construcción de historias de vida. Esta metodología permite articular en el análisis sociológico la comprensión de las trayectorias biográficas en el marco histórico en el cual se desarrollan los procesos sociales y estructurales. Los resultados obtenidos no se presentan en un capítulo específico, sino que se detallan de manera transversal a lo largo de las páginas que siguen. Por ese motivo, parece conveniente describir las características de nuestro estudio en este momento.

5.1. El enfoque biográfico y la historia de vida

Uno de los objetivos fundamentales del presente estudio consiste en analizar los procesos a través de los cuales la Gran Recesión y los cambios que ha implicado en la estratificación social tienen un efecto en la salud y CdV de las familias residentes en España. Para dicho objetivo, la perspectiva cualitativa resulta de especial utilidad. Más allá de su potencial para reconocer los aspectos subjetivos, esta perspectiva de investigación resulta especialmente relevante, ya que permite insertar dichos discursos y experiencias vitales en sus contextos sociohistóricos, considerando los factores que operan en las nuevas formas de desigualdad social y las transformaciones que en los mismos están teniendo lugar. En este sentido, el uso del enfoque biográfico resulta fundamental pues su objetivo es descubrir los mecanismos socioestructurales que operan, transforman y generan las prácticas y situaciones concretas (Bertaux, 2005).

La relevancia del enfoque biográfico descansa en que permite acceder a la vida social considerando su dimensión sociohistórica y estructural. Por ello, la realización de esta investigación se concreta a través de dicho enfoque teniendo la historia de vida como técnica fundamental, pues permite acceder "a las relaciones sociales que constituyen la verdadera sustancia del conocimiento sociológico" (Bertaux, 1993b: 21) considerando la relación que existe entre historia, estructura social y biografía personal (Ferrarotti, 2007).

El uso del enfoque biográfico en el presente trabajo engloba el uso tanto de documentos personales (diarios, fotografías, etc.) como de relatos biográficos obtenidos mediante entrevistas. Así, la historia de vida no solo es una transmisión de información, sino que implica la interpretación y reconstrucción de los relatos enunciados por los participantes para narrar su vida de acuerdo con diferentes categorías analíticas, conceptuales y teóricas.

Siguiendo la clasificación propuesta por Pujadas (1992), existen dos modos de realizar las historias de vida: de relato único y de relatos múltiples. Dentro de estos últimos se incluyen dos submodalidades: de relatos cruzados y de relatos paralelos. En el presente trabajo el uso de las historias de vida será de relatos múltiples, enriqueciéndose de las dos submodalidades señaladas, pues se trata tanto de recopilar la biografía de un informador principal a la vez que se incluyen entrevistas a otras personas cercanas a su vida, en este caso su unidad familiar (de relatos cruzados), como de biografiar a diferentes grupos familiares que, aunque con sus particularidades, pertenecen al mismo conjunto de relaciones socioestructurales (de relatos paralelos).

Por ello, las historias de vida se enfocan desde una perspectiva dialéctica en la que cada biografía es considerada como la historia de una persona construida en las determinaciones de la estructura social (Santamarina y Marinas, 1995). Con ello, el diseño metodológico del presente trabajo parte de lo que Bertaux (2005) llama perspectiva etnosociológica.

5.1.1. Diseño de las historias de vida

A continuación, se concretarán los aspectos técnicos que han guiado el presente trabajo, centrando la atención en el desarrollo y aplicación de la historia de vida. En este sentido, se presentará la metodología seguida en la preparación, elaboración y desarrollo del trabajo de campo, así como los aspectos vinculados al análisis e interpretación de los materiales, la presentación de los resultados y los elementos de control introducidos.

Composición y selección de la muestra

Considerando la representatividad socioestructural como principio fundamental, el muestreo seguido en este trabajo será teórico en consonancia con las indicaciones propuestas por Glaser y Strauss (1967). Estos autores señalan que el muestreo teórico es aquel que recolecta, analiza y categoriza los datos empíricos dirigido mediante la teoría que va emergiendo a lo largo de la investigación de manera que la construcción de la muestra es progresiva.

En primer lugar, se definieron tres criterios de inclusión muestral.

- Por un lado, solo podrán participar en el estudio familias compuestas por más de una persona que compartan un mismo hogar.
- Por otro lado, con el objetivo de situar el marco temporal del estudio en el contexto de la Gran Recesión, solo podrán formar parte del estudio familias cuya situación de riesgo socioeconómico aparezca de manera posterior a 2007. Para facilitar la búsqueda y selección de las familias que se encuentren en esta situación de riesgo, se ha tratado de acudir a una definición de carácter amplio que permita incluir tanto la pobreza como cuestiones vinculadas a la CdV y a la realidad con respecto al empleo, factor fundamental para garantizar un mínimo de rentas. En este sentido, la definición de riesgo de pobreza y exclusión social

que proporciona la Tasa AROPE resulta especialmente útil y completa, por lo que, de manera inicial, podrán ser seleccionadas aquellas familias, que según la definición de exclusión social manejada por la tasa AROPE, hayan pasado a encontrarse en una situación de riesgo a partir del año 2007 o posteriormente. Igualmente, como forma de analizar el impacto que la Gran Recesión ha tenido en el bienestar de las familias más allá de la existencia de otros factores de vulnerabilidad, solo podrán ser seleccionadas aquellas que no presenten las siguientes realidades:

- Problemáticas familiares graves (violencia de género, abuso de menores, etc.).
- Abuso o dependencia a sustancias adictivas.
- Estancia en prisión.

Una vez establecidos estos criterios, el siguiente paso para la construcción inicial de la muestra lo ha constituido la selección de los tipos de familia que formarían parte del estudio. Inicialmente, los tipos de familia a biografiar fueron las siguientes:

- F.1: Familias compuestas por dos adultos, jubilados.
- F. 2: Familias nucleares con hijos menores de edad.
- F. 3: Familias nucleares con hijos mayores de edad.
- F. 4: Familias monoparentales encabezadas por una mujer con hijos a cargo.
- F. 5: Familias monoparentales encabezadas por un hombre con hijos a cargo.
- F. 6: Familias extensas en las que hay hijos menores de edad.

La selección de los seis tipos que se acaban de presentar respondió a dos cuestiones fundamentales. Por un lado, se trata de los tipos de familias que son más susceptibles de sufrir los efectos de la Gran Recesión, especialmente cuando hay menores presentes. Pero, además, en segundo lugar, son familias que surgen precisamente como resultado del impacto de la misma, como es el caso de las familias extensas donde conviven tres generaciones conjuntamente como parte de un proceso de cohabitación forzosa.

A partir de aquí, y dada su relevancia en la explicación de la actualidad socioeconómica española, la selección de las familias a biografiar también girará en torno a la realidad de los hogares con relación a dos factores fundamentales: la situación respecto al empleo y los problemas de vivienda. Igualmente, la selección está orientada por tres variables fundamentales ya presentes en los tipos descritos, a saber, el género, el origen étnico y la edad, criterio especialmente relevante en las familias extensas y que hace referencia a la existencia de personas mayores con cuyos recursos sobreviven cada vez más familias españolas.

En el cuadro1 se recoge la propuesta que acaba de ser descrita y que inicialmente orientaba el desarrollo de la investigación.

CUADRO 1. Propuesta inicial de familias a biografiar, variables a considerar y criterios de inclusión muestral

Tipos de familia					
F. 1	**F. 2**	**F. 3**	**F. 4**	**F. 5**	**F. 6**
Familias compuestas por dos adultos, sin hijos	Familias nucleares con hijos menores de edad	Familias nucleares con hijos mayores de edad	Familias monoparentales encabezadas por una mujer con hijos a cargo	Familias monoparentales encabezadas por un hombre con hijos a cargo	Familias extensas en las que hay hijos menores de edad
Variables a considerar					
- Empleo - Origen - Edad - Género - Vivienda					
Criterios de inclusión muestral					
• Más de una persona compartiendo un mismo hogar • Situación de riesgo posterior a 2007 • Familias sin problemáticas familiares graves, abuso o dependencia a sustancias adictivas y/o estancia en prisión					

Una vez iniciado el trabajo de campo, la búsqueda de potenciales familias y el desarrollo de las entrevistas biográficas, el diseño de la investigación en cuanto al tipo de familias se fue modificando. Ello no ha constituido una limitación en el desarrollo del trabajo. Por el contrario, el diseño realizado ha permitido que el enfoque y la búsqueda de las familias participantes se fuera adaptando a la realidad social existente en España. Finalmente, los tipos de familia a biografiar han quedado reducidos a los siguientes:

- **F. 1**: Familias compuestas por dos adultos, jubilados.
- **F. 2**: Familias nucleares con hijos menores y/o mayores de edad.
- **F. 3**: Familias monoparentales encabezadas por una mujer con hijos a cargo.
- **F. 4**: Familias extensas en las que hay hijos menores de edad.

Como se ha señalado, para facilitar la búsqueda y selección de las familias, se emplearon otros criterios que operativizaran la propuesta realizada. En este sentido se llevó a cabo una propuesta que vinculara los tipos de familia propuestos con las variables y criterios antes mencionados y que orientaron de manera definitiva la selección de las familias concretas. Esta propuesta, se recoge en el cuadro 2.

CUADRO 2. Propuesta de familias a biografiar

TIPOS DE FAMILIA	Descripción	Origen	Edad	Formación	Empleo	Vivienda
1	Dos personas jubiladas	Español	65 en adelante	Indiferente	Al menos una jubilada	Propiedad o alquiler
2	Familia nuclear con hijos menores y/o mayores de edad	Español y extranjero	- Padres: 26-50	Padres: Indiferente, deseable estudios primarios al menos	Problemáticas ligadas a la situación de riesgo de exclusión: desempleo, precariedad, etc.	Indiferente: Dificultades residenciales y /o alquiler o propiedad. Incluye dificultades con suministros
3	Familia monoparental femenina con hijos menores de edad	Español y extranjero	- Hijos menores (al menos uno; deseable dos o más) - Madre: 26-50	Madre: Indiferente, deseable estudios primarios al menos	Problemáticas ligadas a la situación de riesgo de exclusión: desempleo, precariedad, etc.	Indiferente: Dificultades residenciales y /o alquiler o propiedad. Incluye dificultades con suministros
4	Familia extensa con hijos menores de edad	Español	Hijos: incluir un menor al menos. Puede haber hijos/as mayores de edad	Padres: Indiferente, deseable estudios primarios al menos. Hijos: indiferente Abuelos: indiferente	Problemáticas ligadas a la situación de riesgo de exclusión: desempleo, precariedad, etc.	Indiferente: Dificultades residenciales y /o alquiler o propiedad. Incluye dificultades con suministros

Composición y selección final de los informantes

Como ha podido observarse, inicialmente no se fijó el número de familias a biografiar. En este sentido, se seguirá el principio de "saturación teórica" (Glasser y Strauss, 1967). Así, se ha tratado de acumular diferentes relatos del mismo conjunto de relaciones socioestructurales, comparando unos con otros hasta llegar al punto de saturación en el que ninguna nueva narrativa sea capaz de introducir elementos novedosos, lo que ha marcado el fin de la realización del trabajo de campo.

El proceso de búsqueda de los informantes se llevó a cabo en diferentes entidades de atención social de la Comunidad de Madrid, tanto de titularidad pública como privada. El apoyo de los técnicos y trabajadores de dichas organizaciones fue fundamental para hallar los tipos de familia y servir de enlace para contactar con las mismas.

Para comenzar, se presentaron los tipos de familia a los profesionales, definiendo también los criterios diseñados tal y como se han mostrado en el cuadro 2. A partir de las características de cada familia, los trabajadores buscaban a posibles candidatos a los que se les explicaba la investigación en la que se les proponía participar y los objetivos de la misma. Cuando la posible familia participante aceptaba, se daba inicio al desarrollo de las sesiones de entrevista, mientras se continuaba con el proceso de búsqueda y selección de nuevas familias y nuevos espacios en los que hallarlas.

CUADRO 3. Selección final de los informantes

Familia	HV	Nombres ficticios	Relación	Sexo	Edad	Origen	Nivel formativo	Empleo	Sector profesional
1 Jubilados	HV-1.1	Carmela	Madre	M	61	Español	F.P	Desempleada	Ama de casa
		Juan	Padre	H	61	Español	Bachillerato	Jubilado	Seguridad
		Carlota	Hija	M	30	Español	Universitarios	Desempleada	Historia
	HV-1.2	Carmen	Cónyuge	M	85	Español	Primarios	Jubilada	Modista
		José	Cónyuge	H	82	Español	Primarios	Jubilado	Tendero
2 Nuclear	HV-2.1	Naima	Madre	M	41	Marroquí	Primarios	Desempleada	Limpieza
		Naim	Padre	H	43	Marroquí	Primarios	Desempleado	Construcción
		Mohamed	Hijo	H	21	Marroquí	F.P	Desempleado	Hostelería
		Farid	Hijo	H	19	Marroquí	F.P	Edad escolar	Edad escolar
		Fátima	Hija	M	11	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
		Farah	Hija	M	7	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
	HV-2.2	Rocío	Madre	M	40	Español	Primarios	Desempleada	Dependienta
		Fernando	Padre	H	43	Español	Primarios	Empleado	Hostelería
		Sara	Hija	M	22	Español	Ed. Secundaria	Desempleada	Dependienta
		Marina	Hija	M	16	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
		Emma	Hija	M	14	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
		Álvaro	Hijo	H	10	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
	HV-2.3	Josefina	Madre	M	42	Español	F.P	Empleada	Teleoperadora
		Roberto	Padre	H	47	Español	Bachillerato	Desempleado	Reformas y construcción
		Daniel	Hijo	H	12	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
3 Monoparental	HV- 3.1	Lama	Madre	M	37	Marroquí	Universitarios	Desempleada	Limpieza
		Abdel	Hijo	H	9	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
		Hassan	Hijo	H	4	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
	HV-3.2	Manuela	Madre	M	31	Español	Primarios	Desempleada	Limpieza
		José Miguel	Hijo	H	13	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
		Marcos	Hijo	H	12	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
		Luis	Hijo	H	3	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
	HV- 3.3	Saray	Madre	M	37	Español	Primarios	Desempleada	Cuidados
		Abigail	Hija	M	10	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
4 Extensa	HV-4.1	Ramona	Madre	M	42	Español	Primarios	Empleada	Cuidados
		Pepe	Abuelo	H	88	Español	Primarios	Jubilado	Gravera
		Concha	Abuela	M	86	Español	Primarios	Jubilada	Ama de casa
		Jairo	Hijo/nieto	H	15	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar
		Beatriz	Hija/nieta	M	9	Español	Escuela	Edad escolar	Edad escolar

En el presente estudio se ha contado con la participación de 15 familias. Sin embargo, no todas se han incluido en el estudio. De manera concreta, nueve han sido las familias que finalmente ha formado parte de este trabajo. La decisión de no incluir a todos los participantes se tomó de acuerdo con los criterios de inclusión muestral. En este sentido, durante el desarrollo de las entrevistas biográficas aparecían informaciones que hacían imposible introducir las trayectorias vitales de estos ciudadanos, pues la historia de su realidad respondía a problemáticas que no forman parte de la perspectiva de análisis mantenida (problemáticas familiares graves, enfermedades discapacitantes y/o consumo de sustancias).

La descripción concreta de las familias que finalmente han formado parte de la muestra considerando los criterios ya mencionados se pueden consultar en el cuadro 3.

Desarrollo y registro de las historias de vida

El proceso de búsqueda de las familias se ha llevado a cabo a través de diferentes servicios de atención social existentes en la Comunidad de Madrid como comedores sociales, obras sociales u organizaciones sin ánimo de lucro, tanto de titularidad pública como privada. En este sentido, se ha contado con el apoyo de diferentes técnicos y profesionales que han facilitado la inmersión de los investigadores, la búsqueda y la puesta en contacto con las familias.

Como es propio de los trabajos de corte cualitativo, las entrevistas a realizar han sido grabadas en formato audio. En este sentido, asegurado el anonimato y confidencialidad de la información, y una vez obtenido el consentimiento informado de los participantes, se procedía a iniciar las sesiones. El número y duración de las sesiones de entrevista que se realizaron con cada familia ha sido variable. En general, cada miembro de cada unidad familiar ha participado en 2-3 sesiones de una duración aproximada de 1.30-2h cada sesión. El fin de las sesiones de entrevista también ha estado marcado por la saturación antes mencionada. Cada sesión realizada fue transcrita por los investigadores inmediatamente después de su realización. Las transcripciones respetan la máxima literalidad, recogiendo tanto el lenguaje verbal como no verbal.

Aunque las entrevistas han tenido un carácter flexible y abierto, se contaba con un *eje temático* que ha orientado su desarrollo. Este eje temático, que puede consultarse en el anexo 1, se centra en ocho dimensiones:

- Información y proyecto personal.
- Biografía familiar.
- Biografía formativa.
- Biografía laboral.
- Biografía residencial.
- Salud y CdV
- Proyecto migratorio.
- Sistemas de protección social.

Estas dimensiones y, con ellas, cada una de las sesiones de entrevista, están atravesadas por dos ejes: los puntos de inflexión y de cambio y el criterio temporal. El primero hace referencia a la consideración de los puntos de ruptura y crisis en la vida de la familia. El segundo se inserta en la consideración de la realidad social del grupo familiar antes y

después del inicio de la Gran Recesión. Ello ha permitido reconstruir no solo la trayectoria biográfica de cada participante, sino también los contextos en los cuales se desarrolla.

De la misma manera, como forma organizar la información y tener una visión global de cada grupo familiar participante, se ha rellenado una *ficha resumen* con información acerca del desarrollo de las sesiones, lugar y duración de las mismas, personas entrevistadas dentro del grupo familiar e información sociodemográfica básica de cada uno. Esta información, junto con las historias de vida elaboradas, se puede consultar en el anexo 2.

Proceso de análisis de las historias de vida

En el presente trabajo, el análisis del material biográfico se ha abordado desde una perspectiva estructuralista. Según Santamarina y Marinas (1995), esta perspectiva parte de la recogida de una pluralidad de situaciones e informantes que permita elaborar una imagen completa de los elementos pertinentes para la investigación a través de la saturación teórica del modelo. Así, el análisis no se centra en los significados simbólicos de los relatos, sino que destaca las pautas de relaciones socioestructurales que componen el objeto de estudio para comprender sociohistóricamente su dinámica, su lógica y sus contradicciones (Santamarina y Marinas, 1995).

Desde esta perspectiva, el proceso analítico ha sido el resultado de una combinación de las propuestas que parten de la Teoría Fundamentada de Glaser y Strauss (1967), del análisis sociológico del discurso en los términos planteados por Alonso (1998) y del análisis comparativo de Bertaux (2005). Los materiales objeto de análisis están constituidos por los relatos obtenidos mediante las entrevistas biográficas, así como los documentos personales que las familias, en algunos casos, han aportado, como fotografías y/o informes, fundamentales también para la explicación y comprensión de la realidad sociofamiliar. El proceso de análisis se ha apoyado en el uso de la herramienta informática ATLAS.ti 7 en su versión para Windows. Esta herramienta ha sido especialmente útil como forma de organizar la extensa información obtenida, facilitando el análisis.

6. Gran Recesión y salud: la presente propuesta

La propuesta, por tanto, implica dar respuesta a un objeto de estudio caracterizado por su alta complejidad. Siendo el objetivo general el análisis del impacto de la Gran Recesión en la salud en España, el conjunto de procesos a considerar para que dicho análisis arroje luz sobre la realidad es amplio. Nuestro estudio no pretende ser exhaustivo en la consideración de dichos procesos. En este sentido, el punto de partida está constituido por la evidencia empírica que sugiere un papel central de los determinantes sociales de la salud. De manera específica, nuestra investigación enfatiza el papel jugado por las desigualdades socioeconómicas, entendidas como el contexto en el cual se desarrollan los efectos de la crisis económica en la salud y la CdV de la población. Este contexto de desigualdad no es un elemento secundario en la comprensión de la asociación entre crisis económica y deterioro del bienestar. Esta afirmación se sostiene en dos sentidos. Por un lado, los ejes concretos que caracterizan el sistema de estratificación social modularán y en gran medida determinarán tanto la gravedad del impacto de la crisis económica como sus características específicas. Dicho de otra forma, cabe esperar que el riesgo para la salud de la Gran Recesión varíe a lo largo de la distribución socioeconómica de la población.

Por otro lado, la propia crisis incide en la forma en la cual se estructuran las desigualdades sociales. En efecto, la Gran Recesión supone un elemento de cambio en ese ámbito, modificando no solo cuantitativamente –es decir, ensanchando las brechas existentes–, sino también cualitativamente –es decir, contribuyendo a la emergencia y/o consolidación de nuevas formas de desigualdad en las sociedades contemporáneas–. El concepto clave en torno al cual gira la bibliografía reciente es el de exclusión social, a través del cual se trata de dar cuenta de la multidimensionalidad y complejidad de los riesgos en las sociedades contemporáneas.

En los próximos capítulos se abordarán todas estas cuestiones en detalle, con el objetivo final de ofrecer un marco teórico e interpretativo de la salud en contextos de crisis económica, contrastado empíricamente con datos e información procedente de diversas fuentes. En el capítulo 2, se aborda el análisis de los DSS y el enfoque que recibe de dichos determinantes su nombre. De manera específica, se procederá a realizar un examen pormenorizado del papel jugado por las desigualdades sociales en la distribución social de la salud; es decir, y a riesgo de ser redundante, se procederá a analizar el análisis de las desigualdades en salud en el marco general de las desigualdades sociales y la exclusión.

El capítulo 3 se detiene de manera específica en uno de los elementos más relevantes en los cambios recientes descritos en el ámbito desigualdad social. Se trata de un aspecto central a la hora de definir las situaciones de exclusión. Nos estamos refiriendo aquí a los cambios que han tenido lugar en el mercado de trabajo y que, de manera específica en España, han dado lugar a una reconfiguración de las influencias mutuas entre salud y trabajo. Este análisis implica necesariamente una reflexión en torno a un cambio general en la estructuración de las desigualdades sociales, un cambio en el esquema de estratificación social definido por la emergencia y la centralidad de los procesos de exclusión. El objetivo de dicho capítulo consiste, precisamente, en analizar las transformaciones que ha experimentado la *relación* entre mercado de trabajo y salud, en el contexto general de los cambios en el ámbito de las desigualdades sociales.

La complejidad de la tarea supone la necesidad de un diseño metodológico que permita captar diferentes dimensiones y procesos implicados en la relación entre crisis económicas, desigualdades sociales y salud y CdV. Por ese motivo, tal como se ha descrito anteriormente, nuestra investigación combina las perspectivas cuantitativa y cualitativa con el objetivo de incorporar en nuestro marco analítico la mayor proporción de complejidad presente en la realidad. Por ello, en los capítulos 2 y 3 se combina la información procedente de los análisis de datos secundarios (datos de encuesta) y la información discursiva procedente de las historias de vida realizadas.

2

Los determinantes sociales de la salud

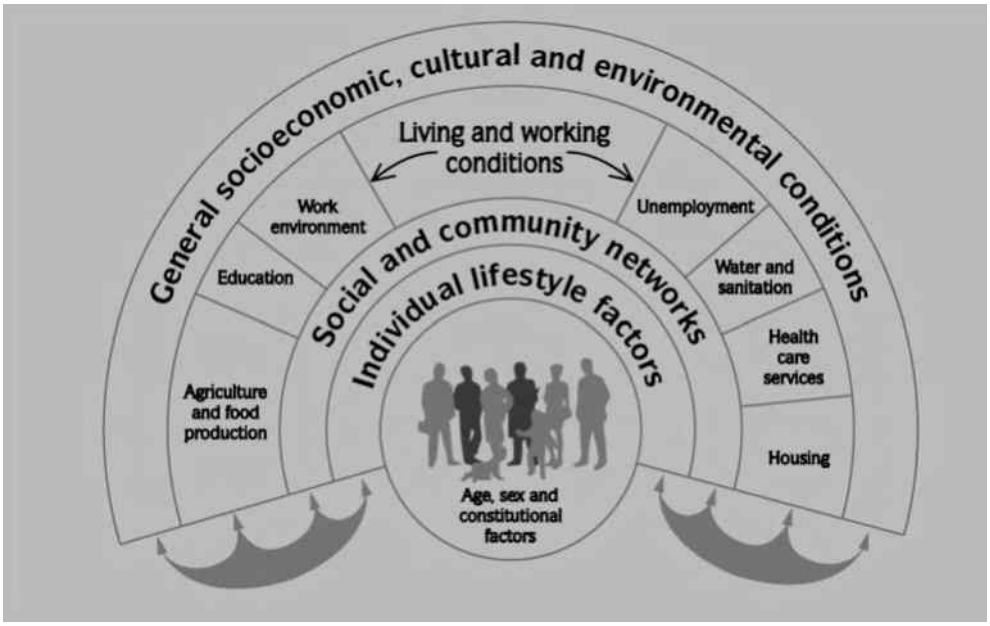
1. El origen social de la salud

La importancia del contexto y los procesos sociales en el mantenimiento de niveles adecuados de salud y su papel etiológico en el estudio de las enfermedades constituyen puntos de consenso en la investigación y en la evidencia empírica disponible. Este consenso en torno al papel relevante de "lo social" en la salud de los individuos y las poblaciones se encuentra en la base de los esfuerzos institucionales por desarrollar políticas de salud efectivas que contribuyan a reducir la prevalencia e incidencia de determinadas enfermedades, permitiendo situar los recursos económicos y humanos en ámbitos estratégicos de investigación y desarrollo de tecnología médica (entendida en un sentido amplio) con el objetivo de desarrollar tratamientos adecuados para enfermedades asociadas con una alta tasa de mortalidad.

No se trata de un consenso novedoso, por tanto. De hecho, los avances en la esperanza de vida y en la reducción de la mortalidad (especialmente la infantil) y de la incidencia de un amplio abanico de enfermedades en Europa (y especialmente de las epidemias) no tienen su origen exclusivamente en desarrollos en el ámbito de la medicina. Son más bien otros factores los que están en el origen de las caídas de la mortalidad en la transición del siglo XIX al XX, en plena transición hacia las sociedades industriales. Nos estamos refiriendo aquí a cambios socioeconómicos como el incremento en la eficiencia de la producción agrícola y de alimentos, y la mejora de las condiciones socioambientales en las ciudades europeas (alcantarillado, sistemas de evacuación de basura, etc.). Se trata de considerar los factores de la transición demográfica que llevó a los países europeos de un régimen demográfico basado en altas tasas de mortalidad y fecundidad al régimen moderno basado en bajas tasas de mortalidad y fecundidad. Esta transición se basa en gran medida en avances en el campo de la medicina y la tecnología médica en general; ahora bien, en el desarrollo de dicha transición son absolutamente fundamentales cambios en el ámbito social e institucional, que eliminan o reducen sensiblemente el impacto de factores ambientales de riesgo y claves en la etiología de diversas enfermedades.

En general, la salud y la enfermedad son procesos comprendidos a partir de su naturaleza multidimensional, lo que permite la existencia de aportaciones sustantivas para su comprensión procedente de diversas perspectivas y disciplinas científicas, desde la biología y la medicina hasta la antropología, la sociología o la psicología. De hecho, el reconocimiento de la importancia de los factores sociales es en gran medida resultado de la perspectiva interdisciplinar mantenida por los organismos internacionales, y especialmente de la OMS. En este contexto surge el denominado modelo de DSS, cuya ilustración gráfica más citada (véase figura 1) en la bibliografía científica sobre el tema aparece, precisamente, en los trabajos generados por la OMS (Dahlgen y Whitehead, 1992, 2006).

FIGURA 1. Modelo de determinantes sociales de la salud



Fuente: Dahlgren y Whitehead (2006: 20).

Como puede apreciarse, la figura 1 resume la participación de los distintos factores psicológicos, psicosociales, sociales, socioeconómicos, económicos y culturales en la salud. Se trata de un modelo que enfatiza las interacciones entre los diferentes elementos. De esta forma, los estilos de vida se incorporan en las redes sociales que determinan la comunidad y los grupos y, a través de dicho nivel comunitario y social, conectan con los elementos ambientales y las condiciones de vida (educación, mercado de trabajo, factores habitacionales, acceso a los servicios, etc.). Se trata, por tanto, de un marco general, una síntesis bastante completa de todos los posibles elementos que subyacen y permiten explicar la salud en las sociedades contemporáneas, especialmente en las sociedades económica y tecnológicamente avanzadas. La utilidad de este tipo de modelos, además, radica en que son dispositivos conceptuales que sirven para identificar secuencias causales con un impacto diferencial en la salud, permitiendo así orientar el diseño e instrumentación de políticas de salud eficaces (Exworthy, 2008).

En este contexto general de análisis, el acento en las últimas décadas –especialmente desde mediados del siglo XX– se ha situado en el estudio de las desigualdades sociales en salud. En este sentido, parece conveniente distinguir entre los determinantes sociales de la salud para la población en general y los determinantes sociales de las desigualdades en salud. En efecto, la constatación de la existencia de un gradiente social en salud (es decir, una distribución desigual de la salud y las enfermedades entre los diferentes grupos sociales) se ha convertido en uno de los elementos de reflexión y análisis más importantes tanto en el ámbito de la investigación como en la actuación de los organismos internacionales (Wilkinson y Marmot, 2003). Estas diferencias entre los diferentes grupos sociales han generado un fuerte interés en el estudio del impacto

e influencia de los factores sociales en la equidad en salud y bienestar en las sociedades contemporáneas.

En las páginas que siguen abordaremos el origen y desarrollo del estudio de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades en salud. Esta exposición se centra en aquellos elementos que mayor utilidad ofrecen para alcanzar el objetivo central de esta obra, es decir, la interpretación de los efectos de la Gran Recesión en la salud. En este sentido, la reflexión en los siguientes epígrafes gira en torno a las conexiones existentes entre desigualdades socioeconómicas y salud. Esta reflexión pone sobre la mesa no solo el origen social de la salud, sino el propio carácter sociohistórico de los *vínculos* existentes entre salud y enfermedad.

En efecto, la forma y sentido de los efectos de las desigualdades sociales en la salud son procesos que en sí mismos son objeto de construcción social e histórica, de manera que los vínculos entre ambos procesos varían en función del momento analizado. El estudio de Marmot, Adelstein, Robinson y Rose (1978) analizó la tendencia histórica de la distribución de la enfermedad cardiaca en función de la clase social. Utilizando datos del Registro General para Inglaterra y Gales, los autores analizaron el periodo comprendido entre 1931 y 1971. Su definición operativa de clase social clasifica a la población en cinco grandes grupos, basándose para ello en el nivel ocupacional. Los resultados muestran un claro cambio de tendencia en la mortalidad causada por enfermedades cardiacas. En efecto, los resultados sugieren que entre 1931 y 1951 el incremento de este tipo de mortalidad fue mayor entre los niveles ocupacionales con mayor estatus. Sin embargo, a partir de 1951 la tendencia comienza a cambiar, de manera que los datos muestran que en 1961 las enfermedades cardiacas son más frecuentes en las clases sociales con menor estatus. Se trata de un cambio de patrón que también se observa en relación con la mortalidad por enfermedades diferentes a las cardiovasculares, si bien no con la misma intensidad. Este cambio en el patrón de mortalidad en función de la clase social correlaciona con un mayor consumo de tabaco y de azúcar, por un lado, y con un menor consumo de pan integral. Ahora bien, conviene señalar que estos factores no explican por completo el cambio en el gradiente socioeconómico de las enfermedades cardiacas. En este sentido, nos encontramos con un interrogante que en gran medida articula la investigación sobre desigualdades sociales y salud desde los estudios pioneros: ¿cuáles son los procesos y variables que median entre las desigualdades y el bienestar? ¿Qué explicación podemos ofrecer para la existencia de un gradiente social en la salud y en la enfermedad? Los siguientes epígrafes tratan de arrojar luz sobre estas cuestiones analizando la evidencia teórica y empírica disponible y extendiendo las implicaciones de dicho análisis al estudio concreto de la relación entre Gran Recesión y salud en España.

2. Clase social y enfermedad, o de la historia reciente del descubrimiento del gradiente social en salud

El impacto de "lo social" en la salud y en las enfermedades ha atraído nuestra atención a lo largo de la historia. Los investigadores se han esforzado en comprender la naturaleza del vínculo que existe entre las condiciones de existencia de los diferentes colectivos y sus condiciones de salud de manera sistemática, aplicando de forma admirable la imaginación para identificar y manejar con rigor los indicios existentes en la realidad, tal y como hemos visto en la presentación de estas páginas. Con el paso del tiempo y de manera

inevitable, este interés derivó en el diseño y aplicación de metodologías de investigación sistemáticas y rigurosas, acordes con la lógica científica moderna y contemporánea. En este contexto es posible entender dos estudios fundamentales que se desarrollan en Reino Unido durante la década de 1970 y que constituyen el punto de partida de una agenda de investigación colectiva que ha generado una ingente cantidad de conocimiento en torno a la relación existente entre desigualdades socioeconómicas y salud a nivel global. De hecho, su exposición y análisis nos servirá para desarrollar

El primero de esos estudios pioneros es el *Estudio Whitehall*, iniciado por Reid *et al.* (1974), y cuyos resultados más relevantes fueron publicados por Marmot, Rose, Shipley y Hamilton (1978). El Estudio Whitehall se basó en una muestra de trabajadores públicos de la ciudad de Londres entre 1967 y 1969. En total, participaron 17.530 varones (no participaron mujeres) que fueron clasificados en clases sociales en función de su ocupación. Cinco clases sociales fueron consideradas, a saber, administradores, profesionales, ejecutivos, oficinistas y otras ocupaciones. Esta última categoría incluía a los trabajadores de menor estatus, en su mayoría trabajadores manuales y mensajeros. En el estudio se analizó la asociación existente entre clases sociales (niveles ocupacionales), factores de riesgo coronario y mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares. Los resultados fueron realmente pasmosos, ya que se detectó una relación regular entre el nivel ocupacional (clase social) y el riesgo de muerte por cardiopatía coronaria (CHD por sus siglas en inglés). Cuanto menor era el nivel ocupacional, más alto era el riesgo. En general, los hombres en el nivel ocupacional más bajo mostraron entre 3 y 6 veces la tasa de mortalidad por CHD que los hombres en el nivel más alto (administradores). Resultados posteriores (Marmot, Shipley y Rose, 1984) replicaron dicho patrón para prácticamente cualquier causa de muerte (cáncer, bronquitis y enfermedades respiratorias).

A la luz de estos datos, uno de los aspectos fundamentales consistía en ofrecer una explicación a esta asociación gradiente ocupacional de la mortalidad. En efecto, el Estudio Whitehall encontró diferencias significativas en distintas variables que constituyen explicaciones potenciales. En este sentido, había diferencias entre las distintas clases sociales en el consumo de tabaco (mayor en los niveles ocupacionales más bajos), en colesterol (medidas superiores en los niveles ocupacionales más altos, que entonces ingerían más grasas), en la frecuencia de actividad física durante el ocio (menos frecuente en los niveles más bajos), presión arterial (mayor en los niveles ocupacionales con menor estatus) e incluso en la altura (los trabajadores en niveles básicos medían menos). Ahora bien, incluso al controlar y ajustar los análisis con todas estas variables, la asociación entre clase y mortalidad asociada al riesgo de enfermedades vasculares persistía. De hecho, la clase social, definida a partir del estatus ocupacional, era un mejor predictor del riesgo de muerte por CHD que cualquier otro factor de riesgo coronario. En este sentido, Marmot *et al.* (1978: 249) sugieren que la mejor explicación potencial para la persistente asociación entre mortalidad y clase social debería buscarse entre factores etiológicos relacionados con el estilo de vida y con el ambiente. "Particularmente, debería prestarse especial atención a las características de la dieta, incluyendo nutrientes diferentes a las grasas, y a las diferencias psicosociales entre las diferentes clases". En este sentido, los autores señalan que los factores psicosociales pueden modificar e influir la susceptibilidad ante diversas amenazas a la salud (Marmot, Shipley y Rose, 1984).

Como puede apreciarse, el Estudio Whitehall no solo puso sobre la mesa un debate fundamental en el estudio de la distribución social de la salud y la enfermedad. Tam-

bién avanzó de manera sistemática y rigurosa el estudio de posibles explicaciones para la constatación de la existencia de un gradiente de clase en salud. Dicho de otra forma, no solo ofreció respuestas, sino que también abrió nuevos interrogantes. Tal vez por ello dos décadas más tarde Marmot, liderando nuevamente un equipo de investigación, dio continuidad al estudio original con la publicación del Estudio Whitehall II (Marmot *et al.,* 1991), que analizó el gradiente social en mortalidad y morbilidad en una nueva cohorte de empleados públicos en Londres entre 1985 y 1988. En esta ocasión se incluyeron también mujeres. La muestra incluyó a 10.314 personas. Esta réplica del estudio original constató que "las diferencias socieconómicas en salud han persistido durante los 20 años que separan los dos estudios Whitehall" (Marmot *et al.,* 1991: 1390). En efecto, la diferencia entre las clases sociales (medidas según nivel ocupacional) en la prevalencia de isquemia, angina de pecho y bronquitis crónica no varió con respecto al estudio original, de manera que puede concluirse que las diferencias de clase en términos de salud persistían en Gran Bretaña al finalizar la década de 1980.

El Estudio Whitehall II incorporó medida de variables y procesos psicosociales, con el objetivo de comprobar su valor para explicar el gradiente ocupacional en salud observado en los resultados. Dando continuidad a la hipótesis formulada en Whitehall I, se incluyen medidas de apoyo social y redes sociales, acontecimientos vitales estresantes, locus de control y demandas derivadas del trabajo realizado, entre otras. Los resultados obtenidos (Bosma *et al.,* 1997) muestran que los trabajos que se caracterizaban por un bajo nivel de control sobre el ambiente y la tarea se asocian con la aparición de enfermedades cardiovasculares, pero no el apoyo social o el estrés laboral.

Como puede apreciarse, el Estudio Whitehall no solo evidenció la existencia de diferencias fundamentales en salud en función de la clase social, sino que propuso una agenda de investigación en la que el objetivo fundamental consistía en plantear hipótesis plausibles para explicar dichas diferencias y ponerlas a prueba a través de diseños metodológicos adecuados. En 1980 se publicaron en Gran Bretaña las conclusiones del Grupo de Trabajo sobre Desigualdades en Salud del Departamento de Salud y Servicios Sociales (Department of Health and Social Services, DHSS, 1980). Dicho grupo trabajó bajo la presidencia de Sir Douglas Black, motivo por el cual el informe ha dado en conocerse en la comunidad investigadora como el Informe Black (*The Black Report*). El impacto de este informe por sí solo fue sobresaliente, y de hecho se ha convertido en un hito fundamental en la investigación sobre desigualdades sociales en salud. Conviene destacar, además, que su aparición coincide en el tiempo con la publicación de los resultados del Estudio Whitehall. No es de extrañar que el final de la década de 1970 y el comienzo de la década de 1980 constituya un momento crucial en la comprensión de los orígenes sociales de la salud y la enfermedad.

El Informe Black constituye, por tanto, el segundo de los hitos mencionados al comienzo de este epígrafe. Sus autores analizan de manera detallada la asociación entre diversos indicadores de salud, y especialmente las tasas de mortalidad, y la clase social. Para ello, utiliza una clasificación de cinco clases sociales, cuya definición se basa en la naturaleza de las ocupaciones:

- Clase I. Profesionales (por ejemplo, doctores, abogados).
- Clase II. Ocupaciones intermedias (maestros, enfermeros).
- Clase III. Ocupaciones no manuales cualificadas (oficinistas, asistente en tiendas, vendedores).

- Clase IIIM. Ocupaciones manuales cualificadas (conductores, carpinteros, carniceros).
- Clase IV. Ocupaciones semicualificadas (trabajadores en la agricultura, carteros).
- Clase V. Ocupaciones no cualificadas (limpiadores, porteadores, trabajadores en los muelles).

Como puede apreciarse, tanto el Estudio Whitehall como el Informe Black operacionalizan la desigualdad social a través de un concepto de clase que enfatiza la clasificación de la población en función de la ocupación desarrollada en el empleo. No es de extrañar, por tanto, que los resultados obtenidos vayan en la misma línea en ambos casos. En efecto, el dato más llamativo del Informe Black consiste en la existencia de un gradiente de clase en la distribución de la salud en la población británica. Los datos mostrados en el informe destacan por su claridad y sonoridad: en el momento de su publicación, los hombres y las mujeres cuya ocupación se sitúa en la clase V (ocupaciones no cualificadas) tenían una probabilidad dos veces y media mayor que los individuos clasificados en la clase I (profesionales) de morir antes de la edad de jubilación. Esta asociación podía hallarse en todas las edades (en el nacimiento, durante el primer año de vida, durante la niñez y la adolescencia y en la edad adulta), si bien, evidentemente, la magnitud de la asociación se reducía a medida que se calculaba para edades más tardías. Siendo este el dato más llamativo, y seguramente el dato que mayor impacto generó tanto en términos sociales como en el ámbito científico, el Informe Black se ocupa igualmente de otro tipo de desigualdades relacionadas con la salud, y los resultados destacan la importancia de las desigualdades regionales.

Para comprender adecuadamente las implicaciones de estos resultados conviene no perder de vista que, en el momento de la publicación del Informe Black, las tasas de mortalidad en Europa (al menos, en los países europeos que se consideran en el informe, a saber, Gran Bretaña y Escocia, Suecia, Noruega, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Francia y Alemania Occidental) y en Estados Unidos se habían reducido notablemente. Sin embargo, esta reducción de la mortalidad no lleva aparejada una desaparición del gradiente de clase, de manera que persiste una desigualdad significativa en la distribución de la salud y la enfermedad (véase igualmente la comparación de los datos entre Gran Bretaña y Suecia realizada por Vågerö y Lundberg, 1989). En ese sentido, los autores del Informe Black (al igual que los investigadores del Estudio Whitehall) plantean la necesidad imperiosa de encontrar una explicación a la existencia del patrón de desigualdad encontrado en los datos. No es exagerado señalar que también en este punto ambas contribuciones son pioneras, ya que en gran medida sentaron las bases y las líneas de análisis para la investigación y teorización posterior en torno a la asociación sistemática entre clase social (y, en general, desigualdades sociales) y salud.

Los autores del Informe Black proponen cuatro posibles explicaciones. La primera se basa en los problemas de medición y operacionalización que presenta la salud, pero sobre todo la desigualdad y, en concreto, la medición de la clase social. Se trataría de una relación no sustantiva, derivada del hecho de que salud y (sobre todo) clase social son variables construidas de manera artificial para comprender el mundo social. La segunda explicación, que señala la relación entre clase social y mortalidad/salud, es el resultado de procesos de selección social, de manera que la dirección causal entre ambos procesos implicaría que aquellas personas "más aptas" ocupan los estatus ocupacionales más deseables. Dicho de otra forma, la estructura de clases en una sociedad cualquiera es un filtro

para las personas, siendo la salud uno de los principales criterios de selección. Aquellos individuos que tienen problemas de salud o que se ven afectados en mayor medida por las enfermedades tendrían menores posibilidades de ascender en la escala ocupacional, viéndose relegados a los empleos de menor nivel.

La tercera explicación, la cultural/conductual, establece un rol causal autónomo para las ideas y comportamientos en la aparición de la enfermedad y en la mortalidad. En este conjunto amplio de potenciales factores causales se incluyen ciertos estilos de vida relacionados con la dieta, el consumo de tabaco y alcohol, la falta de actividad física, etc., que suelen analizarse como parte del repertorio individual o definirse como estilos de vida subculturales que hunden sus raíces en condicionantes como el logro educativo y que se traducen en características y conductas individuales. Este nivel de análisis coincide con la propuesta del equipo de investigación liderado por Marmot en los estudios Whitehall, según la cual una parte importante de la asociación entre clase social y mortalidad podría explicarse por la existencia de factores psicosociales que incrementaran la susceptibilidad a determinadas situaciones vitales relacionadas con la clase social, y que constituirían factores etiológicos. Conviene enfatizar este punto, ya que esta línea de investigación –es decir, la *perspectiva psicosociológica* en el estudio de la salud– va a ser una de las más prolíficas y fructíferas a partir de la década de 1980, tal y como tendremos ocasiones de señalar en páginas posteriores.

Las dos primeras explicaciones (la relación entre salud y clase como un resultado artificial y la hipótesis de selección social) niegan en gran medida la existencia de una conexión causal entre las condiciones de existencia, las características de las diferentes clases sociales y los niveles de salud de la población (Blane, 1985). Expresado de manera más precisa, ambos argumentos implican que no existe una influencia sustantiva de la clase social en los niveles de salud y en la prevalencia de enfermedades. La relación entre ambos procesos es espuria (en el primer caso) o se produce en un sentido darwiniano (en el segundo). La tercera explicación señala que son las variables conductuales, psicosociales y subculturales las que explican las diferencias en mortalidad, constituyéndose por tanto en los factores causales que explican la asociación estadística entre clase social y mortalidad[2].

Pues bien, la cuarta explicación esgrimida en el Informe Black no solo señala que la asociación entre clase y salud es sustantiva, sino que además enfatiza el rol de las condiciones económicas y los factores socioestructurales en la distribución de la salud y el bienestar y en la producción de la desigualdad de prevalencias de las distintas enfermedades. Para los autores del informe, esta línea argumental (la explicación estructural o materialista) describe de manera eficaz la conexión evidente entre explotación, pobreza y enfermedad en la Inglaterra del siglo XIX, entre las ocupaciones manuales y proletarias que se expanden al calor de la Revolución Industrial, en los suburbios y barriadas trabajadoras de la Inglaterra Victoriana. La cuestión de fondo no consiste en discernir si esa conexión existe, por tanto, sino en determinar si las diferencias en mortalidad en las sociedades contemporáneas, y específicamente la mortalidad prematura de las clases trabajadoras, se relacionan aún con la pobreza. En este sentido, la salud podría estar vinculada a factores como los ingresos y la distribución de la riqueza, la pobreza, el acceso a la educación, el acceso a los servicios en general, las condiciones materiales de existencia en un sentido cotidiano (condiciones del hogar y acceso a los suministros domésticos) y las condiciones de trabajo

2 Como veremos, los autores del Informe Black se hacen eco de una línea de investigación que, en las décadas posteriores, se convirtió en fundamental en la bibliografía científica sobre el tema.

(siniestralidad laboral, riesgos para la salud relacionados con las ocupaciones, etc.). Más aún, cabe la posibilidad de que se haya reducido la proporción de población clasificable entre las clases trabajadoras (en el esquema manejado en este epígrafe, las clases IV y V) y, al mismo tiempo, haya aumentado la proporción de población con ingresos bajos; es posible que la riqueza en general haya experimentado un incremento en las sociedades contemporáneas y, de manera compatible, la distribución de la misma no haya reducido las desigualdades entre los diferentes grupos sociales; es posible que la mortalidad se haya reducido y los niveles de salud hayan mejorado, al tiempo que persiste o incluso se incrementan las diferencias en mortalidad y salud entre las clases sociales. Como puede apreciarse, el eje explicativo propuesto gira en torno a las desigualdades sociales, que en el momento de publicarse el Informe se acumulan alrededor del concepto de clase social y la vinculación de las condiciones materiales de existencia de determinadas clases con la pobreza. No es de extrañar que la recomendación central del Informe Black consista en el diseño y desarrollo de una estrategia global de lucha contra la pobreza, es decir, un programa de reducción de las desigualdades sociales. De nuevo, nos encontramos con una reflexión que va a marcar de manera decidida las líneas de investigación fundamentales para entender las diferencias en salud en la población.

El Estudio Whitehall y el Informe Black constituyen dos hitos en el estudio contemporáneo de las desigualdades en salud. Ambos estudios hunden sus raíces en trabajos pioneros, anteriores en el tiempo, pero no es menos cierto que ambos realizaron aportaciones fundamentales para la actualización y reconsideración del análisis de las desigualdades sociales en salud y bienestar. Estas aportaciones se hacen evidentes en diferentes ejes y aparecen de manera nítida en los desarrollos teóricos y empíricos posteriores, incluyendo los desarrollos contemporáneos. No en vano, ambos estudios llaman la atención sobre la persistencia de las desigualdades sociales en salud en un momento histórico en el cual cabía suponer –incluso dar por sentado– que las desigualdades en general estaban disminuyendo.

De esta manera, muchos de los avances en el conocimiento del impacto de "lo social" en la salud y la CdV tienen su germen y su origen reconocible en las propuestas planteadas por estos estudios. Evidentemente, estos desarrollos han tratado de ir más allá de la literalidad de las propuestas y hallazgos originales del Estudio Whitehall y el Informe Black (véase Bartley, Blane y Davey Smith, 1998) planteando nuevos debates y extendiendo los originales. Por ese motivo, a lo largo de las siguientes páginas que componen el capítulo 2 se abordará la discusión del origen social de la salud tomando como referencia los dos estudios clásicos analizados en este epígrafe.

3. Evidencia empírica más allá de las clases: desigualdades sociales y salud

Tal y como se han analizado en el epígrafe anterior, la investigación en torno a desigualdades sociales en salud que se desarrolla entre los años 50 y 70 –y sobre cuyos resultados cristalizan en el Estudio Whitehall y el Informe Black– incorpora una noción de desigualdad teóricamente fundamentada, a saber, aquella basada en el concepto de clase social. En este sentido, la investigación específica en salud no hace sino considerar como el eje de la desigualdad socioeconómica aquel definido por el concepto clave en las teorías sobre estratificación social en ese momento histórico: el concepto de clase. De esta

forma, el énfasis se sitúa en las diferencias en las condiciones de existencia y de labor derivadas de las diferentes posiciones ocupadas en el proceso productivo. Dicho de otra forma, el contexto en el cual surgen el Estudio Whitehall, el Informe Black y la agenda de investigación que se fundamenta en sus hallazgos está delineado por el protagonismo de las teorías sobre clases sociales en el estudio de la estratificación social durante el primer tercio del siglo XX.

La evidencia empírica generada desde entonces en torno a la asociación entre clase social y desigualdades en salud es abrumadora (véase Marmot, Kogevinas y Elston, 1987; Phillimore, Beattie y Townsend, 1994) y continúa notablemente activa en la actualidad (Stringhini *et al.,* 2017). Dicha evidencia sugiere que las clases sociales desfavorecidas o negativamente privilegiadas tienden a aparecer sobrerrepresentadas entre los casos de deterioro de la salud o desarrollo de enfermedades. De manera más precisa, los estudios al respecto sugieren que los miembros de las clases sociales caracterizadas por el trabajo manual no cualificado sufren mayor incidencia y prevalencia de un amplio rango de enfermedades (Krieger, Williams y Moss, 1997), incluyendo la salud y las enfermedades mentales, el abuso de alcohol y drogas (Muntaner *et al.,* 2003; Wohlfarth, 1997; Wohlfarth y van den Brink, 1998), enfermedades cardiovasculares incluyendo la arterioesclerosis (Rosvall *et al.,* 2006), salud autopercibida, morbilidad general y mortalidad (Muntaner *et al.,* 2012; Rocha *et al.,* 2013; Warren y Hernández, 2007). De esta forma, la asociación entre desigualdades de clase y desigualdades en salud –de manera que las segundas serían un reflejo de las primeras– constituye una observación repetida desde los estudios pioneros. El hecho de que un amplio rango de enfermedades se dé más frecuentemente entre las clases desfavorecidas, unido a la constatación de un mayor deterioro en la salud y en la CdV en general, sugiere la posibilidad de que exista una susceptibilidad generalizada que compromete de manera también generalizada el bienestar de estos grupos sociales. Es posible, por tanto, que las condiciones de existencia asociadas a estas clases sociales incrementen la vulnerabilidad de las personas en términos de salud, enfermedad y CdV (Syme y Berkman, 1994).

El concepto de clase social se ha mostrado, por tanto, especialmente útil para analizar las desigualdades sociales en salud, bienestar y CdV. En este sentido, son numerosas las investigaciones que se desarrollan a partir de los estudios pioneros publicados a finales de los años 70. Uno de los elementos que incrementan la relevancia de estos estudios es el carácter teóricamente fundamentado de la medida de desigualdad utilizada, es decir, de las medidas de clase social. En el momento histórico en el que surgen el Estudio Whitehall y el Informe Black este concepto dominaba la discusión sociológica en torno a las desigualdades, en gran medida como consecuencia de su pertinencia para dar cuenta de la estratificación en las sociedades fordistas (volveremos sobre este aspecto en el capítulo 3).

Así, la definición de las desigualdades socioeconómicas a través del concepto de clase constituye un eje fundamental en el desarrollo de la investigación sobre las desigualdades en salud. Ahora bien, pronto surge un interés por la comprensión de otros elementos que conforman la posición y/o estatus socioeconómicos y que no coinciden con el concepto de clase, aunque están nítidamente relacionados. En este contexto, dos factores destacan en la definición de las diferencias socioeconómicas: (a) la desigualdad en el ámbito de los ingresos y (b) las diferencias en el nivel educativo alcanzado. Ambos factores están relacionados con la clase, pero no coinciden necesariamente. Más aún, los ingresos se pueden considerar, el menos en cierta medida, un correlato de la clase social. Sin embargo, no existe una relación lineal perfecta entre clase social y nivel de ingresos. Esto se debe a que

el concepto de clase no responde a una lógica *gradacional* (de más a menos o de menos a más), sino más bien a una lógica *relacional* (es decir, el lugar que los grupos ocupan en el proceso de producción conlleva relaciones de interdependencia económica y formal entre ellos basadas en su ubicación estructural en el ámbito de la economía). También en el caso del nivel educativo encontramos una asociación con la clase social, pero de nuevo esta relación no es lineal; por ejemplo, determinadas ocupaciones cualificadas no implican necesariamente que los grupos que las desarrollan dispongan de estudios universitarios. Igualmente, es posible que el nivel educativo alcanzado no se corresponda con el nivel de cualificación necesario para desarrollar una ocupación, como sucede en el caso de los trabajadores sobrecualificados. En resumen, clase social y posición socioeconómica entendida a través de los ingresos y el nivel educativo no constituyen medidas equivalentes de desigualdad.

La investigación sobre el impacto de la posición socioeconómica en las desigualdades en salud ha generado un notable volumen de publicaciones. En muchas de ellas, la medida de las diferencias socioeconómicas implica la medición de los ingresos o del nivel educativo. En muchas otras, la posición socioeconómica implica la consideración de ambos factores, dada la asociación positiva entre ellos. La evidencia empírica al respecto es abrumadora y, en el trazo grueso, notablemente clara: a medida que aumentan los ingresos aumentan los niveles de salud y se reduce la prevalencia de un amplio rango de enfermedades. Esta asociación, positiva con la salud y negativa con la enfermedad, es una constante en la bibliografía sobre el tema en estudios transversales y longitudinales, en poblaciones y muestras de distintas edades, para varones y para mujeres (Hertel-Fernandez, Giusti y Sotelo, 2007; Martikainen, Mäkela, Koskinen y Valkonen, 2001; Morrison, Woodward, Leslie y Tunstall-Pedoe, 1997; Stronks, van d Mheen, vand den Bos y Mackenbach, 1997). Algunos estudios sugieren que la asociación entre (bajos) ingresos y enfermedad –y específicamente entre pobreza y enfermedad– difiere en función del nivel de desarrollo económico de la sociedad considerada. Así, el estudio de Fillenbaum *et al.* (2013), realizado en el estado brasileño de Rio Grande do Sul, sugiere que la asociación entre ingresos (en este caso, ingresos del hogar) y salud era generalmente lineal, si bien se aprecian notables variaciones. En este sentido, la asociación lineal se encontró para la depresión, enfermedades pulmonares y renales y la discapacidad sensorial. Sin embargo, no se encontró asociación con la diabetes y el efecto de los ingresos en las enfermedades muscoesqueléticas, cardiovasculares y gastrointestinales y no era significativo cuando se incluyeron factores de comorbilidad. Estos resultados sugieren que el impacto de las diferencias de ingresos está a su vez influido por las características económicas y sociales del país o de la región considerada, aspecto sobre el que volveremos en el epígrafe siguiente.

En todo caso, tal y como se ha señalado, la asociación entre ingresos y salud/enfermedad está bien documentada y sostenida por abundante evidencia empírica. Lo mismo cabe decir con respecto a la educación. En una interesante comparación entre Estados Unidos e Inglaterra, Banks, Marmot, Oldfield y Smith (2006) encontraron que en ambos países

> existe un pronunciado gradiente a lo largo de los grupos sociales definidos por la educación y los ingresos (…). Así, la prevalencia de enfermedades es mucho mayor entre aquellos situados en el fondo de la escala educativa o de ingresos, al compararlos con aquellos situados en la cumbre de cada clasificación".

Esta realidad es compatible con la constatación de la existencia de diferencias en la intensidad de la asociación entre ambos países, de manera que

> "las diferencias de nivel entre ambos países son suficientemente grandes para que los individuos en la cúspide de los estratos educativos y de ingresos en los Estados Unidos tengan tasas de diabetes y enfermedades cardiacas comparables a las de los individuos situados al final de la escala educativa y de ingresos en Inglaterra" (Banks *et al.,* 2006: 2040).

Conviene señalar que estos resultados se calcularon y obtuvieron, en un sentido equivalente, tanto para medidas de salud autopercibida y autoevaluada como para medidas objetivas, es decir, medidas biológicas procedentes de muestras de saliva y sangre recolectadas por personal de enfermería durante la realización del estudio. Dicho de otra forma, no se trata solo de que aquellos grupos socioeconómicamente desaventajados perciban su salud en términos más negativos, sino que los resultados de diversas pruebas biológicas indican que su salud es objetivamente peor que la de los grupos socioeconómicamente aventajados. Además, conviene enfatizar que esta ventaja relativa no se da solo al comparar los estratos (posiciones) más altos y los más bajos, sino que el gradiente socioeconómico descrito se desarrolla a lo largo de un amplio espectro social. Dicho de otra forma, "aquellos individuos en la base –los pobres y los menos educados– generalmente experimentan peor salud, pero incluso aquellos que ocupan niveles intermedios de educación e ingresos son menos saludables que los más ricos y los más educados" (Braverman, Cubbin, Egerter, Williams y Pamuk, 2010: 189).

En este punto, conviene hacer dos precisiones. En primer lugar, el papel jugado por la educación en la salud de las personas no se mantiene constante a lo largo de la vida, sino que tanto la magnitud como la naturaleza de su efecto varían notablemente (Dupre, 2007). En efecto, la relación entre educación y salud no se presenta de manera uniforme en todas las edades y fases del ciclo vital, sino que el nivel educativo ejercería un efecto acumulativo en la salud, al poner a disposición de los individuos con mayor nivel educativo recursos tales como medios económicos, información y conocimiento sobre los riesgos relacionados con la salud y recursos psicosociales en general (redes de apoyo social más eficaces, por ejemplo). Al contrario, aquellos individuos con menor nivel educativo se encontrarían en una desventaja creciente para afrontar la enfermedad o evitarla a medida que cumplen años y envejecen (Mirowsky y Ross, 1998). Esta hipótesis sugiere, por tanto, un incremento a lo largo de la vida de las desigualdades en salud para aquellos grupos con diferentes niveles educativos.

Ahora bien –y aquí nos encontramos con la segunda precisión– para considerar adecuadamente el rol jugado por el nivel educativo a lo largo de la vida es fundamental considerar dicho factor junto con el rol desempeñado por los ingresos. Ambas variables interactúan y es posible que el efecto de cada una por separado no pueda entenderse adecuadamente (Schnittker, 2004). En efecto, la evidencia empírica sugiere que el impacto del nivel educativo decrece a lo largo de la vida, de manera que a medida que las personas envejecen su papel para explicar las diferencias en el ámbito de la salud y de la enfermedad es decreciente. Algunas investigaciones marcan la edad de 50 años como un punto de inflexión: antes de dicha edad, el efecto de la educación para explicar las desigualdades en salud y mortalidad es creciente. A partir de ese momento, el efecto del nivel educativo comienza a declinar y comienza a ser más relevante el papel jugado por los ingresos. Tal y como señala Lynch (2006), los ingresos juegan un papel crecientemente importante en la relación entre educación y salud a lo largo de la vida, de manera que esta relación se puede explicar en gran medida por los efectos que el nivel educativo tiene en los ingresos. Dicho de otra manera, a medida que las personas envejecen, el capital

humano (la educación) comienza a dejar espacio al capital material (los ingresos) en la explicación de las desigualdades en salud.

Como puede apreciarse, la evidencia empírica disponible es abundante y dibuja un escenario complejo de interacción entre los diversos elementos de la posición socioeconómica en la explicación de las desigualdades sociales en salud. A los factores analizados hasta ahora (clase social, nivel educativo e ingresos) hay que añadir, además, otros procesos característicos de la estratificación social. Así, las diferencias étnicas, especialmente aquellas que tienen que ver con los procesos migratorios, han sido inequívocamente analizadas en la bibliografía previa (Case y Deaton, 2015; Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio, 2009). Uno de los factores más relevantes en la investigación reciente es el género, que se constituye en uno de los procesos centrales para dar cuenta de las diferencias en salud (Ferraro y Nuriddin, 2006; Gorman y Ghazal Read, 2006). En este contexto, son numerosas las investigaciones que contextualizan estas desigualdades en el ámbito familiar, poniendo de manifiesto que las desigualdades de género en la vida cotidiana constituyen un factor de riesgo para la salud en general, y para la salud mental en particular (Barret y Turner, 2005; Lorenz, Wickrama, Conger y Elder, 2006; Umberson, Williams, Powers, Liu y Needham, 2006; Williams y Umberson, 2004).

La bibliografía disponible, por tanto, ha generado una masa de conocimiento suficiente para establecer una clara conexión entre las desigualdades sociales y las diferencias en salud de la población y los grupos socioeconómicos (Mahamoud, Roche y Homer, 2013). En este sentido, los hallazgos del Estudio Whitehall y el Informe Black han sido contrastados y ampliados por la investigación posterior a su publicación. No cabe sorpresa en este punto, ya que ambos estudios se basaron en propuestas metodológicas rigurosas y en datos procedentes de diseños de investigación que permiten analizar las relaciones causales entre las condiciones sociales y el deterioro en la salud. Como se recordará, ambos estudios apuntaban la importancia de conocer la relación entre desigualdades sociales y salud a lo largo de la vida, tratando de utilizar métodos de investigación que permitieran abordar dicha cuestión (al menos de manera incipiente y tentativa). En este mismo sentido, ambos trabajos enfatizan el *origen social* de las enfermedades. Dicho de otra forma, tanto el Estudio Whitehall como el Informe Black escoraban su explicación hacia la hipótesis de causación social, cuestionando el alcance y relevancia de la denominada hipótesis de selección social, según la cual el orden causal en el binomio salud-desigualdad social implica que los problemas de salud y la aparición de enfermedades conducen a un deterioro en la posición social de los individuos. Las investigaciones disponibles al respecto ofrecen algunas conclusiones de relevancia para el presente trabajo. En este sentido, destaca el estudio clásico de Dohrenwend *et al.* (1992) en el cual se aborda el debate entre selección y causación sociales, ocupándose específicamente de su validez en el ámbito de los trastornos psiquiátricos. Se trata de un estudio epidemiológico con el objetivo concreto de poner a prueba ambas hipótesis en una muestra de 5.000 personas pertenecientes a la misma cohorte (nacidos entre 1949 y 1948) en Israel. La detección de casos de trastorno psiquiátrico (esquizofrenia, depresión, personalidad antisocial y desórdenes por abuso de sustancias) se realizó en dos fases, culminando en una entrevista clínica para realizar el diagnóstico, en su caso. Como medida de estatus socioeconómico se utilizó el nivel educativo alcanzado y el origen étnico. Como puede apreciarse, se trata de un diseño especialmente riguroso y complejo, dando lugar a resultados con gran fiabilidad que fueron publicados en *Science*. Pues bien, el estudio concluyó que los procesos de selección social eran especialmente relevantes para los diagnósticos de esquizofrenia, mientras que

los procesos de causación social eran nítidos en el caso de la depresión, la personalidad antisocial y el abuso de sustancias.

La bibliografía posterior ha llegado a conclusiones similares (véase Marmot, Ryff, Bumpass, Shiple y Marks, 1997). De esta forma, parece que determinadas enfermedades, incluyendo los trastornos psiquiátricos, tendrían como consecuencia una vulnerabilidad en la competencia por el estatus y la posición sociales. En general, podría afirmarse que una vez sobrevenidos, los problemas de salud y las enfermedades generan dificultades de carácter socioeconómico. Ahora bien, la existencia de causas sociales de la enfermedad –y el origen social de la salud– parece constituir un proceso explicativo de la traslación de las desigualdades socioeconómicas a las desigualdades en salud en las poblaciones y grupos sociales. Tal y como señala Link (2008), es preciso reconocer la influencia de los factores sociales en la salud, lo que requiere un prisma específico para contemplar las relaciones entre condiciones sociales, biomedicina y enfermedad –un prisma que Link (2008: 368) denomina la aproximación al "perfilado social"–, llamando así la atención sobre las formas en las cuales los factores sociales influyen en los patrones de distribución de las enfermedades y la salud en la población.

Tanto es así que, de manera reciente, Link y Phelan (1995) proponen que las diferencias socioeconómicas en mortalidad, salud y enfermedades constituyen una realidad persistente a lo largo del tiempo, incluso de la historia de las sociedades humanas. Por tanto, es de esperar que se detecten desigualdades en el ámbito de la salud que reflejen la estratificación social, independientemente del momento en el que nos encontremos o de las mejoras en los niveles de salud de una población a lo largo del tiempo. De esta forma, las condiciones sociales constituyen causas *fundamentales* de la enfermedad. Este carácter fundamental se debe a que los grupos y personas que ocupan un estatus socioeconómico favorecido disponen de un amplio rango de recursos –incluyendo dinero, prestigio, poder, conocimiento, acceso a la información o redes sociales beneficiosas– que pueden ser utilizados o movilizados con un efecto positivo para la salud. Estos recursos influirán y darán lugar a comportamientos saludables, ya sea porque tienen acceso, porque pueden permitírselo, porque tienen conocimiento sobre dichos recursos o, lo que es más probable, por una combinación de todos esos procesos. Como puede apreciarse, la "teoría de las causas fundamentales" adjudica un papel fundamental al acceso a recursos flexibles que permiten evitar riesgos para la salud o minimizar las consecuencias de la enfermedad una vez que esta ocurre (Phelan, Link y Tehranifar, 2010).

Tal y como plantean Phelan, Link, Diez-Roux, Kawachi y Levin (2004) existen numerosos ejemplos que ayudan a comprender el papel jugado por dichos recursos flexibles, cuya naturaleza puede definirse como válida para diferentes propósitos: conocimiento acerca de la existencia de procedimientos beneficiosos para la salud, dejar de fumar, usar los cinturones de seguridad y conducir un coche con airbag, comer frutas y verduras, hacer ejercicio regularmente, tener vacaciones "eficaces", etc. Además, a este listado de conductas habría que añadir aquellos recursos que permiten acceder a contextos que promueven la salud y previenen la enfermedad, como puedan ser los lugares de residencia, las ocupaciones o las redes sociales. Así, por ejemplo, los alojamientos de bajos ingresos suelen estar afectados en mayor medida por ruidos, polución o condiciones sociales nocivas para la salud, al tiempo que tienen menos acceso a servicios de todo tipo (seguridad, sanitarios, etc.). Las ocupaciones de cuello azul suelen ser más peligrosas y estresantes que las ocupaciones de cuello blanco. Las redes sociales formadas por personas de alto estatus socioeconómico acercan con mayor probabilidad a un estilo de vida saludable y

a información relevante para la salud (por ejemplo, nuevos tratamientos o mejores profesionales de la medicina). Por último, pertenecer a una red social en la cual los vecinos, familiares, amigos y compañeros de trabajo esperan y buscan una vida saludable puede influir en la motivación para adoptar conductas saludables. Dado el amplio rango de utilidad de estos recursos (solo hemos citado un número de ejemplos, listado que podría ampliarse notablemente), es de esperar que el estatus socioeconómico tenga una notable influencia en un rango también amplio de mecanismos protectores y prevenga un rango igualmente amplio de conductas y situaciones de riesgo para la salud (Olafsdottir, 2007; Rubin, Clouston y Link, 2014).

La Teoría de las Causas Fundamentales constituye uno de los avances recientes más relevantes para la comprensión del papel jugado por las desigualdades socioeconómicas en la salud, la enfermedad y la mortalidad. Se trata de un paradigma desarrollado en los Estados Unidos, lo que lleva a los autores responsables de su construcción a situar el énfasis en elementos y procesos característicos de la sociedad norteamericana. Es el caso de la notable atención que recibe el acceso a los nuevos recursos y desarrollos en el ámbito del conocimiento y la tecnología de la medicina (Link, 2008). Ahora bien, su aplicación y relevancia trasciende claramente las fronteras de los Estados Unidos, erigiéndose en una aproximación especialmente sugerente y adecuada para la comprensión de la persistencia de las desigualdades socioeconómicas en el ámbito de la salud. Al defender un modelo que define el papel de las condiciones sociales en términos etiológicos –argumento que puede extenderse a la salud mental (véase Aneshensel, 2005)– se centra el debate en la dilucidación de los procesos que pueden explicar las causas sociales de las enfermedades. Esta cuestión, de absoluta relevancia para comprender las raíces sociales de la salud, es abordada en el siguiente epígrafe.

4. Teorías de la desigualdad en salud: la marca de lo social

De lo expuesto en el epígrafe anterior cabe deducir un papel fundamental de los factores y procesos sociales en la aparición de un amplio rango y tipología de enfermedades, así como en el mantenimiento de niveles adecuados de salud. Este argumento se aplica tanto a la salud física como a la salud mental. Concretamente, la evidencia empírica analizada sugiere que las desigualdades sociales constituyen un elemento clave para comprender las diferencias en salud entre la población. Dicho de otra forma, la distribución de la salud y las enfermedades no respondería a un patrón aleatorio, sino que dicha distribución sería el resultado de la existencia de desigualdades socioeconómicas que sitúan a los grupos sociales en una posición diferencial en el acceso a los recursos relevantes para la salud.

Esta argumentación es especialmente significativa para los objetivos del presente trabajo, ya que permite hipotetizar que el impacto de las crisis económicas en general, y de la Gran Recesión en particular, está modulado e influido por el esquema de desigualdades que opera en una determinada sociedad. La incorporación de esta hipótesis requiere, por tanto, de una comprensión lo más completa posible de los mecanismos que actúan en esa vinculación entre desigualdades socioeconómicas y salud. Para avanzar en dicha comprensión, el presente epígrafe analiza algunas de las elaboraciones teóricas más relevantes al respecto. Se trata de discutir algunos de los mecanismos identificados por la bibliografía previa para dar cuenta del gradiente social en la salud y la enfermedad.

4.1. La perspectiva psicosociológica y la importancia de los estilos de vida

Una de las explicaciones más relevantes y empíricamente abordadas centra su atención en los mecanismos y procesos que vincularían los procesos sociales (nivel macro) con los resultados en salud (nivel individual). Estos procesos actuarían como bisagra, como intersección y como mecanismo intermedio y causal que articula los procesos socioeconómicos con la salud y las enfermedades. Son por tanto las variables de naturaleza psicosocial las que constituyen la explicación de la asociación entre sociedad y salud, erigiéndose en elemento necesario para abordarla.

El abanico de procesos psicosociales que han sido tratados con la intención expuesta en el párrafo anterior es amplio e incluye abordajes conceptualmente diversos. Sin embargo, es posible identificar dos perspectivas que sobresalen por la gran atención que han recibido y por la sobresaliente producción empírica que articula y fundamenta los debates. La primera de dichas perspectivas se erige sobre el concepto de estrés, en torno al cual gira un conjunto de nociones que contribuye a generar un modelo complejo de relación entre procesos psicosociales, desigualdades socioeconómicas y salud. La segunda perspectiva se basa en el concepto de estilo de vida relacionado con la salud, y se centra en la dimensión conductual de la perspectiva psicosocial. Se trata de identificar las conductas que generan un riesgo para la salud y que tienen su origen en las desigualdades socioeconómicas. Ambas perspectivas son complementarias, de manera que la exposición por separado responde únicamente a una decisión de los autores de plantear los elementos fundamentales del debate. En términos generales, podemos señalar que la perspectiva psicosociológica ofrece una explicación de las desigualdades sociales en salud basada en los conceptos de estrés y estilos de vida.

No es exagerado señalar que el potencial carácter nocivo para la salud del estrés constituye el fundamento etiológico de esta aproximación (Elstad, 1998). Se trata de un concepto que ha ido ganando importancia en el análisis de los determinantes sociales de la salud desde que fue incorporado al ámbito de las Ciencias Sociales a finales de los años 60 y principios de los 70 (véase un análisis más amplio en Sánchez-Moreno, 2002). Cabe recordar que las conclusiones del Informe Black y del Estudio Whitehall recogían el potencial explicativo de la perspectiva psicosociológica, incorporando las aportaciones de investigadores/as pioneros como Cassel (1976) o el Estudio Alameda dirigido por Berkman y Syme (1979). Estudios previos ya habían adaptado el concepto de estrés desde el ámbito de la medicina para abordar aquellas situaciones que pueden definirse como acontecimientos vitales estresantes, es decir, acontecimientos que implican la necesidad de un reajuste psicosocial de relevancia en la vida de las personas (Holmes y Rahe, 1967).

De esta manera, ya en los años 70 la perspectiva psicosociológica encontró en el estudio del estrés una de las vías para comprender y explicar la existencia de desigualdades socioeconómicas en el ámbito de la salud y las enfermedades. Desde entonces, la bibliografía disponible ha crecido de manera sobresaliente y los estudios empíricos y los esfuerzos teóricos desarrollados han desembocado en una perspectiva de análisis central en el área. Pareciera que el estrés constituye un factor de vulnerabilidad ante un amplio rango de enfermedades, lo que sugeriría que, más allá de una relación específica con enfermedades concretas, nos encontraríamos con una susceptibilidad general a la enfermedad relacionada con el estrés (Kielcot-Glaser y Glaser, 1995). Esta influencia del estrés en las enfermedades no se limitaría al impacto de los grandes cambios vitales, sino que la eviden-

cia empírica señala que el estrés cotidiano, el estrés de larga duración o el estrés crónico constituyen influencias negativas en la salud de las personas. Los ámbitos en los cuales se desarrollan estos estresores son numerosos y abarcan prácticamente toda la vida social: económico, interpersonal, relacional, familiar y laboral. Este es, precisamente, el planteamiento central de la argumentación: la mayoría de las fuentes de estrés son de naturaleza social. Esto se debe a que el estrés (ya sea crónico, cotidiano o experiencias puntuales de gran intensidad) surge del desarrollo de roles sociales que son el resultado de la estratificación social a lo largo de la clase, el grupo étnico, el género, la edad, etc. (Pearlin, 1989). Es indudable que cualquier persona experimenta diversas formas de estrés en diferentes momentos: estrés económico, estrés relacionado con las condiciones de trabajo o con el desempeño de roles laborales, estrés en el ámbito de la familia y un largo etcétera. Ahora bien, el argumento fundamental consiste en que los grupos en situación de desventaja socioeconómica se verían obligados a afrontar de manera más intensa y más frecuente este tipo de situaciones, especialmente si hacemos referencia a los estresores de larga duración y/o crónicos. Se trata de una exposición diferencial a los estresores que explicaría la relación entre desigualdades socioeconómicas y salud y enfermedad. Nos encontramos, por tanto, ante una distribución social del estrés en función de la posición socioeconómica, ya definamos este proceso en términos de clase, ocupación, nivel educativo, nivel de ingresos, género, edad o pertenencia étnica (véase Turner, Wheaton y Lloyd, 1995; Turner y Avison, 2003). A su vez, la exposición al estrés (y especialmente a determinados tipos de estrés, como por ejemplo el económico) constituye un predictor general de los problemas de salud, tanto física como mental. En su conjunto, el argumento establece que el estrés crónico y/o cotidiano y los acontecimientos vitales estresantes constituyen un mecanismo a través del cual se produce un impacto de las diferencias socioeconómicas en las desigualdades en salud, prevalencia de enfermedades y mortalidad (Lantz, House, Mero y Williams, 2005).

Este análisis, que sitúa al estrés en el centro explicativo de las desigualdades sociales en salud, incorpora otros procesos que, girando en torno a dicho eje, lo complementan de manera necesaria. Dicho de otra forma, el concepto de estrés no describe de manera suficiente los procesos psicosociales implicados en esa cadena causal. Por un lado, la evidencia empírica pone de manifiesto que a través de las medidas de estrés utilizadas no es posible explicar en su conjunto el impacto del ambiente psicosocial en la salud. Por otro lado, los desarrollos teóricos que se basan en el concepto de estrés incorporan dimensiones de dicho ambiente que en gran medida contribuyen a definir el estrés como proceso, como fenómeno diacrónico. Desde este punto de vista, el estrés viene definido por las situaciones problemáticas que surgen en diferentes contextos vitales, pero también –y necesariamente– vendrá definido por la forma en la cual las personas *afrontan* dichas situaciones. Tanto la significación como el impacto de las situaciones potencialmente estresantes está condicionado por las estrategias que los individuos desarrollan y ponen en práctica para afrontar y manejar dichas situaciones. El papel jugado por los estresores depende de la evaluación subjetiva que los individuos realizan de ellos, así como de las estrategias psicológicas disponibles para realizar dicha evaluación (véase Lazarus y Folkman, 1986). En todo caso, una vez que la situación se presenta como una amenaza para el bienestar, su impacto variará en función del acceso que los individuos tienen a los recursos que pueden amortiguar, modular o modificar en cualquier sentido las consecuencias e intensidad de la situación estresante. En este sentido, no solo la frecuencia e intensidad de la *exposición* a los estresores es modelada por las desigualdades sociales, sino que ade-

más el *impacto* de los acontecimientos vitales estresantes (es decir, de situaciones concretas de notable intensidad) y de los estresores de carácter cotidiano, de larga duración o crónicos viene influido y definido por un acceso a recursos de afrontamiento que también está socialmente estratificado.

Los recursos psicosociales que permiten afrontan los estresores son variados y de diverso carácter. El acceso a las redes sociales y al apoyo social que en ellas se moviliza ha sido abordado por gran número de investigaciones. La evidencia empírica generada pone de manifiesto que el apoyo social en sus diversas dimensiones –emocional, material, económico, etc.– supone un factor determinante a la hora de entender el impacto del estrés y sus consecuencias sobre la salud física y mental en prácticamente todos los grupos de edad, y en diferentes contextos culturales y étnicos (véase Barrón, 1996; Cohen y Wills, 1985; Gallardo-Peralta, 2016; Sánchez-Moreno, Garrido y Álvaro, 2003; Thoits, 1995; Wang, Hoshi y Ai, 2015). La autoeficacia y, en general, el desarrollo de un sentido de control sobre el ambiente también se presenta como un factor protector ante el estrés. Desde este punto de vista, las personas que se caracterizan por la atribución de las dinámicas de su ambiente a su propia acción, es decir, las personas que sienten que las situaciones que surgen a su alrededor son susceptibles de ser modificadas, influidas o dirigidas por las acciones del individuo, estarían en condiciones de afrontar de manera más eficaz el estrés y, de esta forma, amortiguar sus efectos negativos en la salud (Aneshensel, 1992; Elstad, 1998; Mirowsky y Ross, 1990). Conceptos como autoestima, indefensión aprendida, desesperanza, locus de control, etc. hacen referencia a este proceso con diferencias de matiz, aunque teóricamente relevantes, enfatizando así la importancia de los procesos psicosociales de valuación de la capacidad de agencia de los individuos ante situaciones de amenaza o potencialmente estresantes.

Estos recursos moduladores del efecto del estrés no se distribuirían de manera aleatoria entre la población, sino que el desarrollo de estrategias y recursos eficaces de afrontamiento estaría relacionado con posiciones socioeconómicas favorecidas, mientras que los recursos psicosociales cuyo efecto sobre la salud se da en términos negativos sería más frecuente entre aquellos grupos de población con menos ingresos, menor nivel educativo, clases sociales desfavorecidas, etc. De esta forma, la aproximación basada en la noción de estrés social supone un intento de explicar la manera en la cual surgen las desigualdades en salud. Los estresores (en especial aquellos de carácter crónico y de larga duración) y los recursos psicosociales relevantes para su afrontamiento no se distribuyen aleatoriamente a lo largo de la sociedad y de sus grupos, sino que su distribución refleja la estratificación socioeconómica.

En muchos casos la explicación del papel del estrés en el deterioro de la salud y la aparición de enfermedades se realiza a través de las reacciones y conductas que las situaciones adversas provocan en las personas. Dicho de otra forma, las conductas relacionadas con el estrés y la salud y que provocan un deterioro del bienestar constituirían un mecanismo indirecto para explicar el impacto del estrés en la salud y la enfermedad. Como puede apreciarse, estamos haciendo referencia a mecanismos y procesos psicosociales que generan y ponen a disposición de los individuos un repertorio de acción cuyas consecuencias para la salud podrían ser positivas o negativas. Este argumento está detrás del concepto de conductas de riesgo para la salud, con el que se elude a aquellas conductas modificables y nocivas para la salud, como por ejemplo fumar, consumir alcohol, no realizar actividad física regular o mantener una dieta no saludable (típicamente relacionada con niveles no deseables de masa corporal). Se trata de factores que situarían a los individuos en una po-

sición de riesgo de salud en general, y ante diversas enfermedades en particular. Así, por ejemplo, se analiza la mortalidad causada por enfermedades cardiovasculares o determinados tipos de cáncer. En este sentido, las conductas relacionadas con la salud han sido propuestas como el mecanismo que permitiría explicar la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud. Así, por ejemplo, las personas socioeconómicamente desfavorecidas pueden responder al estrés económico derivado de la privación material con conductas negativas para la salud, como el abuso del alcohol y el tabaco, como forma de reducir momentáneamente el impacto emocional de la situación estresante. Igualmente, es posible que se sientan menos motivadas que los individuos pertenecientes a grupos socioeconómicos favorecidos para invertir tiempo y recursos (escasos) en conductas saludables, como por ejemplo mantener una dieta equilibrada o realizar actividad física. Más aún, el estatus socioeconómico puede determinar el acceso a recursos psicológicos, sociales y ambientales que faciliten la adopción de conductas saludables (Pampel, Krueger y Denney, 2010).

En términos generales, la disponibilidad de capital social y de recursos materiales (especialmente económicos) y educativos contribuye a explicar las desigualdades sociales en salud y en CdV porque su distribución no es aleatoria entre la población, sino que está socialmente estratificada. Este acceso desigual a los recursos implica diferencias en el afrontamiento y manejo de los estresores que, a su vez, también están desigualmente distribuidos a partir de los principales ejes que configuran las desigualdades sociales, y especialmente en el eje socioeconómico. Estas desigualdades socioeconómicas, además, tendrían un efecto notable a lo largo de la vida de las personas, de manera que el impacto de las diferencias en el acceso a los recursos relacionados con las conductas saludables tendría un efecto acumulativo y persistente en edades avanzadas (Shaw, McGeever, Vasquez, Agahi y Fors, 2013).

Ahora bien, es posible dar un paso más y situar dichas conductas en el marco de una teoría general de las desigualdades sociales en salud. Hasta el momento, se ha descrito un conjunto de conductas y recursos que estarían relacionados con diferentes resultados en términos de salud y enfermedades. Tal "repertorio", psicosocial y conductual, puede contemplarse de una manera estructurada, organizada, relativamente estable y consistente en términos biográficos. De esta forma, nos encontraríamos con *estilos de vida* relacionados con la salud (en adelante, EVRS), es decir, con conjuntos de conductas y comportamientos construidos por los individuos en un marco de referencia determinado por factores como la educación, los ingresos, el estatus ocupacional (es decir, por el estatus socioeconómico, Mirowsky y Ross, 2003), el género y la edad (Cockerham, 2000). Tal y como señala Cockerham (2005: 56) los EVRS no "constituyen comportamientos descoordinados protagonizados por individuos desconectados, sino que son rutinas personales que se funden en una forma agregada y representativa de clases y grupos sociales específicos". Los principales determinantes de estos estilos de vida serían determinantes socioestructurales, de manera que las desigualdades sociales implicarían la existencia de una estratificación social de los EVRS. En efecto, las circunstancias vitales moldeadas por la clase social, el género, la edad, la pertenencia étnica, etc. generarían procesos de socialización y elecciones de vida diferenciadas que, en su interacción con las oportunidades de vida asociadas a los distintos ejes de desigualdad citados, generarían distintos EVRS. Dicho de otra manera, los EVRS constituyen herramientas explicativas de las desigualdades en salud porque sus características distintivas tienen su origen, precisamente, en las desigualdades sociales en términos generales.

Como consecuencia, esta propuesta implica que las conductas relacionadas con la salud tienden a confluir en EVRS que impliquen un riesgo diferencial de padecer ciertas enfermedades o de afrontar de forma adecuada los riesgos para la salud. Este argumento trata de enfatizar el origen social de las conductas que juegan un papel etiológico. Ya el Informe Black y el Estudio Whitehall reconocían este papel potencial de las EVRS y de las conductas relacionadas con la salud para un amplio rango de enfermedades. Especialmente relevante es la evidencia empírica disponible en torno al sobrepeso y la obesidad, sobre la cual existen estudios que analizan con un detalle notable aquellas conductas que forman parte de EVRS y que jugarían un papel de importancia en los procesos mencionados (Ball, Mishra y Crawford, 2003), incluyendo factores como las conductas alimentarias (Mesas, Muñoz-Pareja, López-García y Rodríguez-Artalejo, 2012), ver televisión (en su relación con hábitos alimentarios, Ford, Ward y White, 2012) e incluso el amamantamiento como factor significativo durante el ciclo vital (McCrory y Layte, 2012). Todos estos factores, conductas y procesos explican en gran medida la fuerte asociación existente entre obesidad y sobrepeso (y también, claramente, los problemas de desnutrición y similares) y desigualdades socioeconómicas. Las causas sociales de la obesidad han sido sólidamente evidenciadas por las investigaciones realizadas. De hecho, se trata de una asociación nítidamente establecida, hasta el punto de que la relación entre posición socioeconómica y obesidad ha sido moldeada por los cambios histórico-sociales que han llevado a que las posiciones y clases favorecidas abandonen progresivamente EVRS que dejaron de asociarse con el bienestar y la opulencia para vincularse con los problemas de salud característicos de las sociedades del bienestar. De hecho, en la actualidad la evidencia empírica pone de manifiesto que la relación entre estatus socioeconómico y obesidad tiende a cobrar un sentido inverso en las sociedades económicamente desarrolladas con respecto a las sociedades pobres o las sociedades en vías de desarrollo. Mientras que en las primeras la asociación tiende a ser negativa (a más estatus, menores problemas de obesidad), en las segundas tiende a ser positiva (a más estatus, mayores problemas de obesidad, pero mayores problemas de desnutrición), reflejando las situaciones características de las sociedades europeas que surgen tras la Revolución Industrial (Dinsa, Goryakin, Fumagalli y Surcke, 2012; Sobal y Sutunkar, 1989).

El moldeamiento social de la obesidad no solo es evidente, sino que, además, tal y como se ha señalado, esta estaría íntimamente ligada a la conformación de EVRS directamente vinculados con la estratificación social. Así, obesidad y sobrepeso, pero también las enfermedades cardiovasculares, ciertos tipos de cáncer, así como un amplio rango de trastornos mentales –entre otros–, se relacionarían con los EVRS. A su vez, estos estilos de vida estarían condicionados por las condiciones socioeconómicas de existencia, de manera que la estratificación social constituiría un proceso protagonista en la conformación de dichos EVRS, los cuales constituirían el mecanismo explicativo de las desigualdades sociales en salud.

El principal problema en la perspectiva psicosociológica en la explicación de la salud y las enfermedades no se derivaría del concepto del EVRS, cuyo papel etiológico vinculado a ciertas enfermedades y procesos de deterioro de la salud acumula una notable evidencia empírica. Las principales objeciones que cabría plantear a esta perspectiva tienen que ver con el énfasis en el concepto de estrés y los mecanismos a través de los cuales este tendría un impacto etiológico. En el caso de las enfermedades mentales y el bienestar psicológico, la asociación entre variables ambientales y psicosociales (estrés, afrontamiento, apoyo social, etc.) aparece de manera más clara. De esta manera, la carencia de redes

de apoyo o la imposibilidad de acceder al mismo y las situaciones de soledad afectarían de manera directa la salud mental de las personas. Lo mismo cabe señalar con respecto a la tensión generada por las situaciones de estrés crónico, especialmente aquellas que implican dificultades económicas o problemas en el desempeño de roles fundamentales en la vida cotidiana de las personas (roles familiares, laborales, etc.). En general, parece que estos mecanismos ofrecen una explicación razonable para el deterioro de la salud mental. En el caso de las enfermedades "físicas" el papel del estrés no aparece con tanta claridad. Dicho de otra forma, parece necesario profundizar en la investigación en torno a la asociación entre estrés y enfermedades como el cáncer o las de tipo cardiovascular para poder considerar el estrés como una causa adecuada para explicar el gradiente social en la salud. En este sentido, es preciso identificar y describir con mayor detalle los mecanismos y procesos a través de los cuales el estrés produce variaciones en el organismo (ya sean biológicos, bioquímicos, neurológicos, inmunitarios y un largo etcétera) para mejorar su carácter explicativo en las enfermedades, sobre todo teniendo en cuenta que la asociación descrita en la evidencia empírica es sistemática pero modesta en magnitud (Sánchez-Moreno, 2002).

4.2. La desigualdad como explicación de las diferencias en salud

Es innegable que la evidencia empírica disponible indica que la perspectiva psicosociológica ha permitido arrojar luz sobre algunos mecanismos de relevancia para comprender la asociación entre estratificación social y salud y CdV. En este sentido, es patente la acumulación de estudios empíricos que respaldan el papel del estrés como correa de transmisión de las desigualdades socioeconómicas, del apoyo social como factor de amortiguación de las fuentes de estrés o de la autoestima en el origen de conductas relacionadas con la salud (por citar algunos procesos). Esta evidencia se ha acercado de manera progresiva hacia los mecanismos psicológicos y psicosociales, enfatizando el papel de los individuos en la interpretación y evaluación de sus condiciones de vida y existencia. En este sentido, puede argumentarse que la perspectiva psicosociológica no consigue captar adecuadamente el papel jugado por el contexto (macro) social en el gradiente social de la salud y las enfermedades.

La clave para comprender las desigualdades sociales en salud puede residir no solo en las diferencias individuales de ingresos, estatus social u otros recursos. En efecto, es posible que la comprensión del impacto de las desigualdades socioeconómicas en las diferencias en salud dependa de nuestra comprensión y estudio de la distribución de los recursos en una determinada sociedad. Dicho de otra forma, pueden no ser solo los recursos socioeconómicos, sino también el grado de desigualdad en dichos recursos el factor clave para la explicación del gradiente social en salud. En efecto, ya a finales de los 70 el trabajo de Rodgers (1979) señalaba la importancia de la distribución social de los recursos y, en concreto, la importancia de la desigualdad en la distribución de los ingresos y en la esperanza de vida, de manera que sus datos mostraban que la diferencia en la esperanza de vida media entre un país relativamente igualitario y un país relativamente desigualitario podría oscilar entre cinco y diez años.

Dichos resultados proponen una agenda de investigación especialmente prometedora, ya que sugieren que la cantidad media de ingresos disponible para cada miembro de una población se relaciona de manera menos intensa con la salud que la distribución del

ingreso en dicha población. Se trata de una línea de investigación que ha sido desarrollada con notable profundidad por Richard G. Wilkinson (1990), generando una propuesta especialmente relevante para el estudio de la distribución social de la salud y las enfermedades. Dicha propuesta, basada en abundante evidencia empírica, defiende que indicadores claves en el ámbito de la salud (como son la mortalidad o la esperanza de vida) alcanzan valores más positivos en aquellas sociedades con una distribución de ingresos más igualitaria. Dicho de otra forma, aquellas poblaciones en las cuales existe distribución igualitaria de los ingresos tienden a mostrar menores tasas de mortalidad y una mayor esperanza de vida media (Wilkinson, 1992; Wilkinson y Pickett, 2008; véase Leon, Vagero y Otterblad Olausson, 1992).

De esta manera, la operacionalización de las desigualdades socioeconómicas, y específicamente de las desigualdades en ingresos, se realiza a través de variables agregadas que son descriptivas de sociedades en su conjunto y síntesis operativas de la distribución de los ingresos en una población. De ahí que las medidas de desigualdad utilizadas no se desarrollen a nivel individual (ingresos del hogar, ingresos individuales, etc.), sino a nivel colectivo, incluyendo la proporción de población en situación de pobreza, la distribución de la población en función del decil de ingresos, el PIB o el índice de Gini, por citar algunos. Además, las investigaciones disponibles analizan las diferencias entre distintos países y también entre diversas poblaciones dentro de un mismo país (por ejemplo, entre diferentes estados o entre diferentes municipios). En su conjunto, la evidencia empírica disponible ofrece un apoyo considerable a la tesis según la cual las sociedades más igualitarias tienden a mostrar menores diferencias socioeconómicas en el ámbito de la salud (Wilkinson y Pickett, 2006). En este marco general, conviene realizar dos precisiones.

En primer lugar, la bibliografía existente identifica una diferencia importante al comparar los países en función de su grado de desarrollo económico. En efecto, parece que las dinámicas de la desigualdad en relación a la salud difieren en función del bienestar y desarrollo económico de las sociedades objeto de estudio. De esta manera, el PIB per cápita constituye una variable de gran relevancia para explicar la mortalidad y esperanza de vida solo en aquellos países que hasta hace apenas unos años solían denominarse "en vías de desarrollo". Sin embargo, nuestra capacidad explicativa a través del PIB se reduce cuando los datos se refieren a las economías avanzadas o desarrolladas. Parece, por tanto, que la asociación entre salud y distribución de los ingresos es resultado de factores que tienen que ver con el ingreso relativo más que con el ingreso absoluto. La salud de las poblaciones viviendo en dichos países estaría relacionada, más bien, con la distribución de los ingresos (por ejemplo, su distribución por deciles o la proporción de personas en situación de pobreza). Conviene señalar, no obstante, que este patrón no aparece con claridad en el caso de las enfermedades mentales dada la evidencia empírica que sugiere un incremento de su prevalencia cuando los países son más ricos (Pickett, James y Wilkinson, 2006).

En segundo lugar, la relación entre distribución social de los ingresos y los indicadores de salud no se da de manera estrictamente lineal, sino más bien en forma de J invertida. De esta manera, la asociación más intensa se produce de manera predominante en el área inferior del rango de ingresos, siendo de menor intensidad en el extremo superior de dicho rango. Por tanto, podemos afirmar que cualquier reducción en la desigualdad de la distribución de ingresos generaría mejoras en todos los grupos socioeconómicos. Ahora bien, los principales beneficiarios de dichas mejoras serían, precisamente, los grupos sociales más desfavorecidos.

Es preciso considerar que la existencia de una asociación entre desigualdad en la distribución de los recursos socioeconómicos (específicamente, de los ingresos) y salud requiere de la especificación de los mecanismos que operan en dicha asociación. Existe la necesidad de teorizar en torno a las explicaciones posibles para dicha vinculación, es decir, la necesidad de generar un entramado teórico suficiente para dar cuenta de la evidencia empírica según la cual las sociedades más igualitarias no solo reducen las desigualdades en salud entre los grupos que las componen, sino que además muestran mejores indicadores generales de salud que las sociedades más desigualitarias. En este sentido, la teoría neomaterialista enfatizaría las condiciones materiales de vida como factor explicativo. De esta forma, las personas y los grupos que tienen menos ingresos experimentan, como consecuencia, dificultades en el acceso a recursos adecuados y en general disponen de peores servicios. Así, en las sociedades menos igualitarias los problemas tienden a acumularse en áreas donde viven los grupos sociales desfavorecidos, en gran medida porque dichos grupos acumulan a una mayor proporción de población (Hiilamo, 2014; Lundberg *et al.,* 2008; Mackenbach *et al.,* 2008). De esta forma, el proceso explicativo se centra en la privación *absoluta* en términos materiales de la población desfavorecida (Beckfield, 2004; Harling, Subramanian, Bärnighausen y Kawachi, 2014).

El planteamiento de Wilkinson (2002), sin embargo, no se centra en las condiciones materiales de vida, sino en el papel jugado por los mecanismos psicosociales. En efecto, su perspectiva defiende que la salud de la población se relaciona con la distribución de los ingresos a través de los efectos de dicha distribución en el bienestar psicosocial individual y en la calidad del ambiente social. Más aún, los procesos a los que hacemos referencia no solo están influidos por procesos sociales, sino que podemos afirmar que su propia dinámica está socialmente construida. De esta manera, tal y como señala Wilkinson (1999: 527),

> en el pasado hemos pensado en procesos con la confianza o la hostilidad como características psicológicas individuales (…) pero ahora sabemos que hay diferencias poblacionales sistemáticas en dichas características psicosociales, y que esas diferencias correlacionan fuertemente con variables estructurales con la desigualdad en los ingresos. Esto contradice nuestro supuesto de que los factores psicosociales son esencialmente individualistas.

El concepto clave en este punto es el de estatus social, que constituiría el eje explicativo central del efecto de las desigualdades en la salud dado su potencial papel generador de estrés crónico en el marco de los procesos de comparación social. En efecto, la jerarquía social se presentaría como una jerarquía de la adecuación humana, diferenciando a la población en un rango que abarcaría desde los más capaces y exitosos hasta los más inadecuados –los "fracasados" (Wilkinson, 1999: 533)–. En este contexto, los procesos de comparación social supondrían una fuente frecuente de ansiedad, estrés y (potencialmente) vergüenza. Ahora bien, en estos procesos, el papel del estatus y de los procesos de comparación se desarrollan de manera diferente en función del contexto socioestructural. En este sentido, el papel jugado por las relaciones sociales constituye un elemento fundamental en esta propuesta, de manera que las sociedades más igualitarias se diferenciarían por la existencia de relaciones de alta calidad, caracterizadas por la confianza, la justicia, las interacciones fuente de apoyo y basadas en la pertenencia. Por el contrario, una tendencia al incremento en la estratificación y diferenciación en la jerarquía social (de lo cual la distribución de los ingresos sería un indicador eficiente), está íntimamente acompañada por una tendencia a relaciones sociales menos solidarias y más conflictivas y por el incremento de la hostilidad interpersonal. Se trata de una

distinción entre relaciones verticales y horizontales, haciendo referencia aquí a modelos de relaciones sociales basadas en poder, coerción, antagonismo (propio de las sociedades más desigualitarias), por un lado, y a modelos de relaciones basadas en la mutualidad, sociabilidad, cooperación y reciprocidad (propios de sociedades igualitarias), por otro (Wilkinson y Pickett, 2009). Estas últimas se caracterizarían por altos niveles de cohesión social que reducirían la medida en la cual la interacción social provoca ansiedad, comparaciones sociales negativas, sentimientos de inadecuación, vergüenza y hostilidad –todo ello como resultado de las jerarquías de estatus–. De esta forma, el vínculo entre los indicadores de salud (específicamente, mortalidad y esperanza de vida) y la distribución de los ingresos no podría comprenderse a partir de los ingresos en sí mismos (es decir, desde una perspectiva estrictamente materialista), siendo necesario hacer referencia al *significado social* de los ingresos (Wilkinson y Pickett, 2006). Por ese motivo, al menos en los países prósperos, los ingresos se relacionan con la salud al constituirse un marcador de la posición ocupada en la estructura de desigualdad general, en un indicador de privación *relativa*. En ese contexto, solo incorporando procesos psicosociológicos, y especialmente los procesos de comparación social (Wilkinson y Pickett, 2007), sería posible comprender el impacto de los ingresos en la salud.

4.3. Desigualdades sociales y salud en España durante la Gran Recesión

Tal y como se analizó en el capítulo 1, el impacto de la Gran Recesión en la salud ha sido abordado desde diversas perspectivas en la bibliografía reciente. La mayor parte de los estudios han tratado de evaluar el impacto de la crisis en la salud, enfatizando la necesidad de evaluar aquellos indicadores que han experimentado una variación como resultado de la recesión económica. Esta perspectiva es, evidentemente, necesaria y fructífera. Ahora bien, es preciso no solo conocer la magnitud o la naturaleza de la relación entre crisis económica y salud, sino también avanzar en la comprensión de los procesos que explican esta vinculación. Las teorías sociológicas sobre la salud ofrecen elementos suficientes para generar hipótesis al respecto. De manera específica, la importancia de las desigualdades socioeconómicas para entender las diferencias poblacionales y grupales en el ámbito de la salud (y de la enfermedad) constituye una explicación potencial del impacto de las crisis económicas en sus indicadores.

La distribución de los recursos sociales y materiales en las sociedades contemporáneas ejerce una influencia notable en la salud, de manera que ambas distribuciones, la de los recursos y las de la salud, no son realidades independientes. Esto es, al menos, lo que la evidencia empírica hasta ahora analizada sugiere. No solo los grupos con menores ingresos o desfavorecidos en términos ocupacionales experimentan una mayor prevalencia de enfermedades y mala salud, sino que además parece que aquellas sociedades menos igualitarias incrementan los riesgos en dicho ámbito para su población, especialmente entre los grupos en desventaja socioeconómica. Esta evidencia empírica parece especialmente relevante para abordar el análisis del impacto de la Gran Recesión en la salud de la población, específicamente la salud de la población residente en España.

La evidencia empírica disponible (véase el capítulo 1) sugiere que en España el impacto de la Gran Recesión ha generado un incremento de los problemas de salud de la población. Esta evidencia empírica, sin embargo, se fundamenta en estrategias metodológicas

que no permiten hipotetizar adecuadamente la relación existente entre desigualdades sociales y diferencias en salud en el contexto de la crisis económica. En este sentido, serían de especial importancia los resultados procedentes de estudios que permitan (1) analizar la evolución de los indicadores de salud durante la crisis y (2) considerar algunos de los diferentes niveles en los cuales se desarrollan las desigualdades socioeconómicas analizando el impacto de dichos niveles en la salud.

El segundo punto es especialmente relevante, dada la evidencia empírica resultante de la línea de investigación liderada por Wilkinson y analizada en el epígrafe anterior. En efecto, el impacto de la Gran Recesión en la distribución desigual de los recursos socioeconómicos ha sido resaltada por diversos estudios[3]. De esta forma, parece especialmente pertinente abordar el impacto de la Gran Recesión en la salud considerando, precisamente, el papel jugado por las desigualdades sociales entendidas como procesos complejos que implican diversos niveles de análisis. Para ello son necesarios trabajos que cumplan, al menos, con las dos características citadas en el párrafo anterior, es decir, estudios longitudinales que incorporen un análisis multinivel de las desigualdades sociales.

La ECV elaborada por el INE constituye una fuente de datos a partir de la cual elaborar investigaciones que se ajustan a las características mencionadas. En efecto, la ECV se inscribe en el marco de la estrategia de la UE para la elaboración de estadísticas sobre ingresos y condiciones de vida (EU-SILC) que permitan analizar los objetivos fijados en la estrategia "Europa 2020". Esto incluye la obtención de datos longitudinales correspondientes a cuatro años consecutivos en diversas oleadas, recogiendo datos relativos a ingresos, acceso al consumo y a los servicios, situación laboral, etc. Además, se incluyen algunas variables sobre la situación de salud de las personas. Toda esta información se recoge a nivel individual, es decir, se trata de información referida a individuos y hogares. Además, es posible complementar la información recogida en esta encuesta con datos descriptivos de las desigualdades sociales a nivel agregado (por ejemplo, índices sintéticos de desigualdad en los ingresos, porcentaje de población en situación de exclusión o porcentaje de población en situación de pobreza, por citar algunos ejemplos). En conjunto, por tanto, nos encontramos con información de relevancia para el objetivo anteriormente establecido, es decir, analizar el impacto de la desigualdad en los ingresos en la salud.

En este contexto, se analizaron los datos correspondientes a la población española mayor de 16 años en el periodo 2008-2011[4]. El tamaño de la muestra una vez eliminados los casos en los que no se contaba con la información necesaria para la realización de los análisis fue de 6221. Los datos manejados tienen una estructura anidada en tres niveles. El primer nivel se define por el número de medidas (nivel 1), anidadas en individuos (nivel 2), anidados en comunidades autónomas (nivel 3). Las variables se organizan, por tanto, en el marco de dicha estructura anidada. A continuación, se detallan las variables consideradas.

Las medidas repetidas (nivel 1) quedan definidas por el año de aplicación del cuestionario, es decir, 2008, 2009, 2010 y 2011. Estas medidas repetidas quedaron resumidas en la variable *Tiempo*, que contiene cuatro categorías (0, 1, 2, 3) que reflejan los momentos de medición de cada variable.

A nivel individual (nivel 2), las variables centrales del estudio están definidas por la salud y los ingresos. En el primer caso se utilizó una medida de *salud* autoevaluada de

3 Véase el capítulo siguiente para un mayor detalle.

4 El acceso a los datos se realizó en el contexto del Proyecto "The impact of the Great Recession on health inequalities in Europe" (Referencia Eurostat: 141-2015-EU-SILC-EHIS).

cinco puntos. En nuestro caso, el ítem utilizado mide la autoevaluación de la salud en una escala de uno a cinco, variando desde "muy mala" a "muy buena" (a valores más altos le corresponde una mejor valoración de la salud). Se trata de uno de los procedimientos más utilizados para evaluar de manera resumida el estatus de salud, habiendo mostrado su utilidad en un gran número de estudios (véase Schnittker 2004). De hecho, diversos trabajos confirman que esta forma de medición de la salud correlaciona con las medidas de mortalidad (Idler y Benyamini, 1997). Como medida de *ingresos* se utilizó el quintil de ingreso en el cual se situaban los individuos. El primer quintil agrupa a la población con mayores ingresos. Se utilizó esta forma de medición porque la clasificación por quintiles de la población remite directamente a la noción de desigualdad, siendo esta precisamente el eje de atención de los análisis de datos.

Por otro lado, en el análisis de datos se incorporaron como variables de control el *género*, la *edad* y el *nivel educativo*. Esta última variable fue en cuatro categorías: estudios primarios o menos; educación secundaria; educación postsecundaria no universitaria; estudios universitarios. Las tres variables fueron seleccionadas por su importancia en relación con la salud. En el caso del nivel educativo, además, parecía imprescindible incorporar una medida aceptada de estatus socioeconómico para asegurar que los potenciales efectos de la desigualdad de ingresos no se explicaban por el papel jugado por variables alternativas.

A nivel agregado (nivel 3), se manejaron las siguientes variables, definidas y medidas para cada comunidad autónoma, incluyendo las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. En todos los casos los valores de las variables fueron estandarizados. Las medidas de intensidad laboral, pobreza y privación material grave se ajustan a la definición que Eurostat (la oficina estadística de la UE) maneja con el objetivo de facilitar la comparación entre los países miembros. En este sentido, las personas en *riesgo de pobreza* son aquellas cuyos ingresos por unidad de consumo son inferiores al 60% de la renta mediana disponible equivalente (después de transferencias sociales). De esta forma, cuando una persona forma parte de un hogar con unos ingresos inferiores al límite mencionado queda incluida en esta categoría. En nuestro estudio esta variable está definida como el porcentaje de población en riesgo de pobreza en cada comunidad autónoma.

La variable *baja intensidad laboral* identifica aquellas personas que viven en un hogar en el cual sus miembros en edad de trabajar lo hicieron menos del 20% de su potencial total de trabajo en el año anterior al de la entrevista (periodo de referencia de los ingresos). Se calcula el número de meses en los que los miembros del hogar han estado trabajando durante el año de referencia y, por otra parte, el total de meses en los que teóricamente esos mismos miembros podrían haber trabajado. Se calcula la ratio y se determina si es inferior al 20%. En nuestro estudio la variable queda definida como el porcentaje de población que vive en un hogar de estas características en cada comunidad autónoma.

La privación o carencia material grave se produce en aquellos hogares que carecen al menos de cuatro conceptos de los nueve siguientes:

1) No pueden permitirse ir de vacaciones al menos una semana al año.
2) No pueden permitirse una comida de carne, pollo o pescado al menos cada dos días.
3) No pueden permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada.
4) No tienen capacidad para afrontar gastos imprevistos (de 650 euros).
5) Han tenido retrasos en el pago de gastos relacionados con la vivienda principal (hipoteca o alquiler, recibos de gas, comunidad...) o en compras a plazos en los últimos 12 meses.

6) No pueden permitirse disponer de un automóvil.
7) No pueden permitirse disponer de teléfono.
8) No pueden permitirse disponer de un televisor.
9) No pueden permitirse disponer de una lavadora.

En este sentido, la variable privación material grave en nuestro estudio queda definida como el porcentaje de población que, en cada comunidad autónoma, no puede acceder al menos a cuatro de los mencionados productos o servicios.

El *desempleo de larga duración* ha sido operacionalizado como el porcentaje de población que en cada comunidad autónoma está en situación de desempleo durante al menos un año. Esta variable está directamente relacionada con la intensidad laboral, motivo por el cual ha sido objeto de tratamiento específico durante el análisis de datos (véase más adelante).

Por último, se utilizaron dos variables de nivel 3 (agregado) como controles. En primer lugar, se utilizó *gasto sanitario* por habitante en cada comunidad autónoma, dada su importancia y efecto directo en la salud de la población. En segundo lugar, se incorporó el PIB per cápita como medida general de creación de riqueza dentro de una población, en este caso en cada una de las comunidades autónomas.

Dada la estructura de los datos que se acaba de describir, se realizó un análisis multinivel de los mismos. En efecto, los datos descritos están organizados de manera que las observaciones se agrupan en distintos niveles de agregación. En nuestro caso, las observaciones individuales están anidadas en el marco de las comunidades autónomas. Además, para cada observación individual encontramos cuatro registros correspondientes a cuatro momentos en el tiempo (2008, 2009, 2010, 2011). En concreto, se estimaron modelos que contienen factores fijos y efectos aleatorios, con el objetivo de determinar el impacto de determinadas variables en función de la unidad de agregación (en este caso, la comunidad autónoma). Los modelos fueron calculados utilizando la máxima verosimilitud.

Los resultados se resumen en las tablas 3 y 4. La tabla 3 analiza dos posibles modelos de cambio temporal a partir de un modelo base sin variables predictoras. Como puede apreciarse, los resultados sugieren la existencia de un patrón lineal de reducción en las puntuaciones en salud. De esta forma, los coeficientes de regresión para la variable "Tiempo" muestran que los niveles de salud de la población en España tienden a reducirse por término medio durante el periodo considerado. Ahora bien, es preciso señalar que también es significativo el coeficiente que indica la existencia de un modelo de cambio cuadrático (variable "Tiempo" elevada al cuadrado). Como puede apreciarse en la columna correspondiente (e igualmente en las dos columnas correspondientes a los modelos de medidas repetidas), dicho coeficiente es positivo, lo que indica que la asociación negativa entre el tiempo y la salud no es estrictamente (únicamente) lineal. Se trata de una desaceleración de la tendencia en la reducción en las puntuaciones en salud durante el tiempo, lo que sugiere que el impacto inicial de la crisis económica se ve moderado posteriormente, dibujando una relación entre tiempo y salud en forma de U. Los resultados para los modelos de medidas repetidas (las dos últimas columnas de la tabla) apoyan esta conclusión. Además, la existencia de efectos aleatorios para la variable "Tiempo" sugiere que el coeficiente de esta variable difiere en función de las comunidades autónomas. El objetivo de nuestro análisis consiste, precisamente, en la explicación de esta variación en la evolución de las puntuaciones en salud.

TABLA 3. Modelos de cambio temporal para la variable "Salud Autoevaluada". Años 2008-2011 (medidas repetidas)

Variables	Modelo Base	Crecimiento lineal	Crecimiento cuadrático	Modelo Medidas Repetidas (1)	Modelo Medidas repetidas (2)
Efectos fijos					
Constante	3.79 (.005)*	3.74 (.007)*	3.79 (.008)*	3.78 (.02)*	3.77 (.02)*
Tiempo		.02 (.002)*	-.059 (.008)*	-.053 (.01)*	-.05 (.01)*
Tiempo²		-	.02 (.002)*	.023 (.01)*	.02 (.001)*
Efectos aleatorios					
Constante	.45 (.005)*	.45 (.010)*	.45 (.010)*	.010 (.003)*	.010 (.003)*
Tiempo		-.01 (.001)*	.01 (.001)*	.001 (.001)**	.001 (.001)**
		.01 (.002)*	-.009 (.002)*		
Residual	.30 (.002)*	.29 (.002)*	.29 (.002)*		
Medidas repetidas	-	-	-		.74 (.005)* (AR1)
					.61 (.003)* (Rho AR1)
Ajuste del Modelo					
- 2 RLL	133670.28	133520.67	133436.33	132787.76	135163.27
AIC	133674.28	133528.67	133444.33	132811.76	135171.27

* p < .01 / ** p < .05

Para ello se construyeron los cinco modelos recogidos en la tabla 4. Los modelos 1 y 2 incorporan exclusivamente variables de nivel 2 (individuos). Los resultados del modelo 1 muestran la relevancia de los ingresos para las puntuaciones en salud. De manera específica, los resultados muestran la existencia de diferencias significativas entre los tres primeros quintiles de ingresos (los más ricos) con respecto al quintil 5 (categoría usada como referencia en el análisis). En todos los casos, estas diferencias suponen que los individuos situados en los quintiles más favorecidos muestran mejores puntuaciones en salud. Sin embargo, estas diferencias no se producen entre los individuos pertenecientes a los dos últimos quintiles. Este efecto significativo de las diferencias de ingresos sobre la salud durante la crisis económica se obtiene controlando por variables clave para la comprensión de la salud, como son el sexo y la edad, así como por un indicador clásico del estatus socioeconómico (el nivel educativo). Dados estos resultados, el modelo 2 incorpora una posible interacción entre las diferencias en ingresos y la variable tiempo con el objetivo de explorar las posibles variaciones en el papel jugado por los ingresos durante la crisis. Como puede apreciarse, esta interacción es significativa. Ahora bien, su efecto es notablemente moderado y, de hecho, se circunscribe al quintil 3. En todo caso, se trata de un efecto teóricamente significativo, ya que pone de manifiesto que el desarrollo de la crisis supuso un elemento de especial relevancia para la población de ingresos medios, que vio deteriorado su nivel de salud autoevaluada. Esta interacción, además, puede contribuir a explicar la forma de la relación entre la variable que reproduce el desarrollo de la crisis ("Tiempo") y las puntuaciones en salud, previamente analizada. Por todos esos motivos, la interacción entre los ingresos y la variable "Tiempo" se mantuvo en sucesivos modelos. Ahora bien, es preciso explicitar que el modelo 2, es decir, el modelo que incorpora la interacción, no supone una mejora en el ajuste a los datos, tal y como ponen de manifiesto los indicadores de ajuste del modelo.

El modelo 3 incorpora en el análisis las variables correspondientes al nivel 3, es decir, las variables que describen la forma y estructura de las desigualdades sociales en cada una de las comunidades autónomas. Este modelo supone una mejora significativa con respecto al modelo 1 (y también con respecto al modelo 2).

TABLA 4. Modelos multinivel para la variable "Salud Autoevaluada". Años 2008-2011 (medidas repetidas)

Variables	Desigualdad de ingresos: individuos	Desigualdad de ingresos: individuos	Desigualdades Sociales	Desigualdades Sociales	Desempleo larga duración
Efectos fijos					
Nivel: Individual					
Constante	4.67 (.03)*	4.67 (.03)*	4.62 (.04)*	4.62 (.04)*	4.70 (.05)*
Quintil de ingresos (referencia: Quintil 5)					
Quintil 1	.16 (.02)*	.14 (.02)*	.15 (.03)*	.16 (.03)*	.16 (.03)*
Quintil 2	.11 (.02)*	.08 (.02)*	.09 (.02)*	.12 (.03)*	.11 (.02)*
Quintil 3	.05 (.01)*	.08 (.02)*	.10 (.03)*	.15 (.03)*	.11 (.02)*
Quintil 4	.02 (.01)	.02 (.02)	.02 (.02)	.02 (.03)	.03 (.02)
Varones	.07(.01)*	.07 (.01)*	.07 (.01)*	.07 (.01)*	.07 (.01)*
Nivel Educativo (referencia: Superiores)					
Primaria o menos	-.28 (.02)*	-.29 (.02)	-.28 (.02)*	-.28 (.02)*	-.28 (.02)*
Secundaria	-.10 (.01)	-.10 (.02)	-.11 (.02)*	-.11 (.02)*	-.11 (.02)*
Postsecundaria no universitaria	.01 (.08)	-.01 (.09)	-.002 (.08)	-.001 (.08)	-.001 (.08)
Edad	-.02 (.001)*	-.02 (.001)*	-.02 (.001)*	-.02 (.001)*	-.02 (.001)*
Quintil * Tiempo (referencia: Quintil5 * Tiempo)					
Quintil 1 * Tiempo		.002 (.01)	.001 (.01)	-.006 (.01)	-.003 (.01)
Quintil 2* Tiempo		.01 (.01)	.01 (.01)	-.001 (.01)	.004 (.01)
Quintil 3 * Tiempo		-.02 (.01)**	-.02 (.01)**	-.05 (.02)*	-.03 (.01)**
Quintil4 * Tiempo		-.002 (.01)	-.004 (.01)	-.008 (.02)	-.01 (.01)
Tiempo	-.05 (.01)	-.04 (.01)*	-.02 (.02)	-.01 (.02)	-.07 (.03)**
Tiempo²	.03 (.003)	.02 (.003)*	.02 (.005)*	.02 (.005)*	.03 (.005)*
Nivel: Comunidades Autónomas					
Baja intensidad laboral			-.04 (.01)**	-.05 (.02)**	-.05 (.02)**
Pobreza			.02 (.02)	.02 (.02)	.01 (.02)
Privación material			-.02 (.006)*	-.05 (.01)*	-.05 (.01)*
Desempleo larga duración					.06 (.02)*
Gasto Sanitario			-'01 (.01)	-.01 (.01)	-.01 (.01)
PIB per cápita			.02 (.02)	.02 (.02)	.02 (.02)

Quintil * Intensidad laboral (IL)					
Quintil 1 * IL				.003 (.02)	
Quintil 2* IL				.006 (.02)	
Quintil 3* IL				.04 (.02)***	
Quintil 4* IL				-.005 (.02)	
Quintil * Privación material (PM)					
Quintil 1 * PM				.03 (.01)***	.03 (.01)***
Quintil 2* PM				.05 (.01)*	.05 (.01)*
Quintil 3* PM				.02 (.01)***	.03 (.01)**
Quintil 4* PM				.04 (.01)*	.04 (.01)*
Efectos aleatorios					
Constante	.005 (.002)**	.005 (.010)*	.005 (.002)**	.005 (.00)*	.010 (.003)**
Tiempo	.001 (.001)**	.001 (.001)**	.001 (.001)**	.001 (.001)**	.001 (.001)**
Medidas repetidas					
AR1 Diagonal	.52 (.005)*	.52 (.005)*	.53 (.005)*	.53 (.005)*	.53 (.006)*
Rho AR1	.48 (.006)*	.48 (.006)*	.48 (.006)*	.48 (.006)*	.48 (.006)*
Ajuste del Modelo					
- 2 RLL	46313.60	47369.66	43486.17	43516.26	43498.30
AIC	46337.60	47377.66	43494.17	43524.26	43506.30

* p < .01 / ** p < .05 / *** p < .10

Como puede apreciarse, los resultados sugieren un papel significativo de dos variables contextuales o agregadas. En primer lugar, el porcentaje de personas que viven en un hogar con muy baja intensidad laboral se relaciona con una reducción en las puntuaciones en salud. En segundo lugar, el porcentaje de población que en las comunidades autónomas sufren una situación de privación material grave muestra también una relación negativa con la salud, de manera que, a medida que aumenta dicha proporción, se reducen las puntuaciones medias en salud. Este efecto se produce controlando dos variables que parecen de especial relevancia para describir la riqueza de una determinada sociedad (el PIB per cápita), por un lado, y la inversión en salud por parte de las comunidades autónomas (el gasto sanitario).

En el caso de los participantes del estudio, dicha privación material grave se manifiesta en el surgimiento de problemáticas de salud vinculadas a la carencia de recursos para seguir una dieta sana y equilibrada, por un lado, y conseguir mantener unas condiciones climáticas adecuadas en la vivienda, por el otro.

> *Sin trabajo no hay dinero, sin dinero no hay comida, y sin comida… y sin comida pues te mueres. Así de simple. Desde que Fernando cerró y a mí me echaron por… por la crisis hemos ido reduciendo compra. Bueno, la nuestra. Yo he perdido no sé cuántos kilos y arrastro una anemia de caballo, o sea… del caballo que no como [risas], que carne no entra en esta casa si no es para los niños* (HV-2.2; Rocío).
>
> *Frío y frío, eso tenemos aquí y… humedad y frío pues… bronquitis constantes para Abigail (…). Las bolsas de agua caliente nos salvan, la verdad. Cuando nos vamos a dormir meto cuatro bolsas calentitas en la cama y… a arrejuntarnos. Es muy triste, la verdad* (HV-3.3; Saray).

Llama la atención el hecho de que el porcentaje de personas en situación de pobreza en una comunidad autónoma no es un predictor estadísticamente significativo de las puntuaciones en salud en el contexto de la Gran Recesión.

Es de interés tener en cuenta que se calcularon modelos con otras variables de nivel 3. En concreto, los análisis recogidos en la tabla 4 se llevaron a cabo introduciendo el porcentaje de personas en situación de riesgo de exclusión o pobreza (según la tasa AROPE) y el índice de Gini en cada comunidad autónoma. Ninguna de las dos variables jugó un papel estadísticamente significativo en la salud en España durante la crisis.

En este contexto, el modelo 4 explora posibles interacciones entre variables de nivel 3 y los ingresos (variable de nivel 1). En concreto, se calculó la interacción entre ingresos e intensidad laboral en la comunidad autónoma, por un lado, y con el porcentaje de personas en situación de privación material grave, por otro. Los datos resultantes del cálculo para este modelo muestran que la primera de las interacciones propuestas (entre el quintil de ingresos y el porcentaje de población que vive en un hogar con intensidad laboral muy baja) no es estadísticamente significativa. Ahora bien, nuevamente parece que el contexto general definido por la baja intensidad laboral solo es relevante para la población que se sitúa en el tercer quintil. De nuevo es la situación de privación material en la comunidad autónoma la variable que muestra mayor relevancia, ya que su interacción con los ingresos se presenta como estadísticamente significativa y, además, relevante para diferentes quintiles de ingresos en niveles de significación aceptables. La interacción en el caso de la población en los quintiles de ingresos 1 y 3 no alcanza una probabilidad de error convencionalmente aceptable, pero, en todo caso, se mantiene por debajo del 10%.

Esta privación material se manifiesta de manera constante en la incapacidad para acceder a determinados bienes y servicios, limitando las oportunidades de las familias para

la participación social y el establecimiento de relaciones sociales. Ello dirige al empeoramiento del su estado de salud, tanto físico como mental.

> *¡Es que coño! Que vivir no solo es pagar facturas. Que para estar bien hay que distraerse y salir… salir y tener cosas que hacer. Nosotros ya no sabemos qué es eso, la verdad. Mira lo que te digo, cada vez que hay excursión en el colegio… cada vez que hay excursión me pongo mala… pero mala, mala. Mis hijos no van… ¿cómo van a ir? Si no tenemos con qué. Pues nada, todos sus amiguitos a divertirse y ellos en casa. A veces creo que… creo que se van a poner mal de la cabeza de tanto prohibirles hacer cosas* (HV-4.1; Ramona).
>
> *Ya lo último que hicimos fue que Emma dejara la natación. Eran 27 euros al mes que no podíamos abordar o sea… nos era imposible. Ella tiene escoliosis e iba mejor con el nadar pero… se acabó. No se puede* (HV-2.2; Fernando).
>
> *Yo esto… no poder arreglar dientes. Ya casi no puedo comer y duele mucho cabeza pero… Cáritas solo da una parte y el resto no puedo pagar. Tengo dos muelas rotas y este bulto en boca pero… hasta que no trabajo y dinero no poder ir a dentista* (HV-2.1; Naim).

Así, estos resultados muestran que la desigualdad en el acceso al consumo y a los servicios (es decir, la desigualdad en las situaciones de privación material) dibujan un contexto social especialmente relevante para la comprensión del papel jugado por las desigualdades de ingresos en la salud. Este dato es especialmente relevante a la luz de las hipótesis formuladas por Wilkinson y colaboradores según la cual son los procesos de comparación social los que estarían en el origen del impacto de la desigualdad social en la salud de la población.

Desde esta perspectiva, nuestros resultados sugieren no solo que las comunidades autónomas más desigualitarias en el acceso a los servicios suponen un contexto menos favorable para la salud, sino que, además, como muestran los discursos obtenidos, los grupos en situación de riesgo social ven incrementado el riesgo de deterioro de la salud en aquellos contextos sociales caracterizados por una mayor desigualdad.

Así, desde el inicio de la Gran Recesión, las personas que se encontraban en una situación de vulnerabilidad previa a la crisis han visto cómo su realidad se complicaba hasta el punto de encontrarse en condiciones socioeconómicas que afectan de manera directa a su estado de salud.

> *Yo no sé cómo hacer… no más para sacar dinero. No poder medicinas y niños con alergia. Yo pago solo parte pero… pero no puedo mucho y… niños no sin medicinas y… y… asma todo tiempo (…). Yo voy a comprar por amigos o así pero… si no me prestar dinero… no sé cómo hacer* (HV-2.1; Naima).
>
> *Desde que estamos aquí, todo son problemas… problemas y problemas. ¿Ves las humedades? Pues eso lo respiramos todos los días. Mi hija me dice que le duele la cabeza y la garganta todo el rato (…) y eso tendrá moho… Al final, caemos todos malos y los niños no paran de faltar al colegio… cuando no es uno, es otro…pero claro, con frío y humedad pues… pues es lo que tenemos y ya está* (HV-3.2; Manuela).

Es importante señalar, no obstante, que el modelo 4 no supone una mejora en los indicadores de ajuste con respecto al modelo 3. Ciertamente, la interacción entre ingresos individuales y privación material en la población es empírica y teóricamente muy relevante. Por otra parte, en ambos modelos el coeficiente correspondiente a la variable "Tiempo" (es decir, la estimación lineal de la evolución de la salud durante los cuatro primeros años de la crisis) no alcanza los niveles convencionales de significación, persistiendo únicamente

el efecto cuadrático (es decir, en forma de U). Pareciera, por tanto, que la consideración de las variables de nivel agregado es útil para dar cuenta del efecto de la crisis económica en la salud, poniendo de manifiesto la relevancia de los factores contextuales operacionalizados a través de variables de naturaleza agregada en la explicación de las desigualdades entre los miembros de una sociedad.

Teniendo en cuenta todos estos extremos, se procedió a elaborar un nuevo modelo (el número 5 en la tabla 4) en el cual se eliminó la interacción entre los ingresos individuales y la privación material de la población, y se introdujo una nueva variable de nivel 3, a saber, el porcentaje de población que en cada comunidad autónoma se encontraba en situación de desempleo de larga duración. Los resultados para este modelo 5 muestran un efecto directo de dicha variable en la medida de salud. Es importante resaltar que se trata de una asociación positiva. Este resultado vendría a indicar que el crecimiento de la tasa de desempleo de larga duración se relaciona con una mejora en la salud de las personas. Podría parecer que se trata de una asociación contraintuitiva. Sin embargo, un análisis algo más detallado podría señalar en un sentido contrario. En primer lugar, es imprescindible contextualizar el crecimiento de la tasa de desempleo de larga duración tanto en el momento al que se refieren los datos como en los resultados específicos del modelo de regresión obtenido. El análisis se centra en el comienzo de la Gran Recesión y nuestros resultados sugieren que, en ese momento, la desigualdad relacionada con los ingresos y el acceso a los servicios cobraba una importancia fundamental para la salud. Por ese motivo, la privación material en el contexto social y la insuficiencia de ingresos (variable individual) constituyen dos elementos fundamentales para explicar el deterioro de la salud. Los procesos de comparación social y el estrés relacionado con el deterioro de los ingresos podrían explicar que ambas variables tengan una relación negativa con la salud.

De la misma forma, un contexto de baja intensidad laboral no permite generar un escenario adecuado para una comparación autocomplaciente, ya que dicha baja intensidad no es un proceso protagonizado por los individuos, sino por los hogares. Esta diferencia es fundamental. Recuérdese que la intensidad laboral no se mide a partir de la situación laboral de los individuos, sino por la situación laboral de los integrantes del hogar. Como señalan Fernando (HV-2.2) y Josefina (HV-2.3).

> *Todos estamos igual, no es cosa mía. Es toda España… toda España está destrozada y eso no es arreglo, pero bueno [risas]… Yo me he culpado mucho… mucho. No sé, igual debía haber aguantado lo que fuese pero… no, esto es toda España. (…) Tú sales aquí y hablas con el vecino del quinto o del sexto, y están igual o peor* (HV-2.2; Fernando).
>
> *El otro día me decía mi hermana que quien no se consuela es porque no quiere [risas]… y tiene razón la mujer. Esto… ¡digo yo que mejorará! Es que si no… no vamos a estar todos los españoles parados para siempre [risas] y sí, bueno… eso hace sentir un poco mejor… esto no es solo cosa tuya… se han cargado el país* (HV-2.3; Josefina).

Es decir, como ilustran los discursos anteriores, el crecimiento del desempleo de larga duración en un contexto de crisis facilita una comparación positivamente sesgada de la propia situación. Es de esperar que este proceso tenga un sentido contrario en momentos de crecimiento económico y mercados de trabajo caracterizados por la generación de empleo. En un contexto de ese tipo, las situaciones individuales problemáticas soportan en mucha menor medida un sesgo autocomplaciente o procesos de comparación social *amables* con el individuo. Dicho de otra forma, y tal y como ponen de manifiesto estudios previos, en contextos de crisis del mercado de trabajo las altas tasas de desempleo facili-

tan una comparación autocomplaciente de la situación individual[5], propia, de desventaja (especialmente, de desventaja laboral) (Dooley, 2003; Martikainen y Valkonen, 1996). Ahora bien, un escenario de alta privación material, como es el caso de alguna de las familias participantes en este estudio, no facilitaría en ningún caso una comparación autocomplaciente de las propias dificultades para el acceso al consumo y a los servicios en el hogar –más bien al contrario, pueden sugerir una situación de dificultad extrema en los elementos básicos de la vida cotidiana–. Tal y como indican los discursos de Saray (HV-3.3) y Ramona (HV-4.1), ya no hay cabida para la comparación autocomplaciente. La situaciones de carencia repetidas y cada vez más intensificadas dificultan el bienestar diario y la garantía de la salud, física y mental.

> *¡A mí me da igual que sea una cosa de todos o como mierda quieran llamarlo! Ya no es que no pueda con unas zapatillas de marca o… o yo que sé, un… una bici... ¡es que no da para pagar la calefacción o el agua! Es que bromeamos por quitarle cosa al asunto… pero es que no se puede vivir racionando la leche o el arroz* (HV-3.3; Saray).
>
> *El otro día me llaman de esto de… de… de lo del gas. Bueno, me mandan una carta de estas de que van a proceder a cortar. Creo que era de luz… sí, de luz o… no sé, debo unas cuantas (…). Pues que me dicen que o pago las tres facturas o que me cortan (…). Tengo hasta el miércoles (…). ¿Cómo voy a pagar? ¡Si en mi cuenta hay 57 céntimos! ¿Qué hago sin luz con los niños? Es que ya no puedo ni caldear el cuarto en la hora del baño* (HV- 4.1; Ramona).

En segundo lugar, la bibliografía relativa al impacto de los ciclos económicos en la salud pone de manifiesto que los momentos iniciales de las crisis parecen tener un impacto positivo en la salud de la población (véase el Capítulo 1). Precisamente, estos estudios utilizan con gran frecuencia como indicador de crisis el incremento en las tasas de desempleo. De esta manera, nuestros resultados no son ajenos a la evidencia empírica disponible y las explicaciones manejadas en su análisis pueden ayudar a dar cuenta de nuestros resultados. Más importante aún, es posible que la población perciba como un resultado esperable de la crisis el incremento del desempleo, y por eso el aumento rápido de las tasas de paro forma parte del escenario predecible en un momento de recesión. Los resultados mostrados en la tabla 4 se refieren a los primeros años de la crisis y, en ellos, las tasas de desempleo tienen una relación positiva con la salud. Como ocurre en el caso de los participantes.

> *Al principio estabas bien y… y eso, animada porque, porque bueno, ya hemos pasado otras crisis y esto se iba a solucionar pero… pero no sé. Yo pensaba que mi trabajo iba a estar ahí pero… me despidieron (…). Bueno, a mí y al 60% de la plantilla. Tal cual. Pero bueno, pensaba que te iba a salir algo rápido y te animabas* (HV-2.3; Josefina).
>
> *Así como ahora, no se encontraban mis hijos, eso está claro. Ahora como me dice Carlitos, hay días que no sé ni cómo se levanta de la cama. Me imagino que será como pensábamos todos, que esto iba a ser temporal y que… todo mejoraría pero… son muchos años igual. Muchos, muchos. Mi Carlitos lleva mucho tiempo así* (HV-1.2; Carmen).

5 Todo lo dicho, por tanto, es compatible con la existencia de un efecto negativo en la salud de las situaciones de desempleo. No se está argumentando que altas tasas de desempleo eliminen las consecuencias negativas del desempleo en los individuos; únicamente se está señalando que el contexto sociolaboral general modula y, en su caso, amortigua los efectos perniciosos del desempleo en la salud. En el próximo capítulo se aborda esta cuestión con detenimiento.

Una hipótesis probable para momentos posteriores (por ejemplo, para el periodo 2011-2014) es que la evolución temporal de los indicadores económicos deje de facilitar una comprensión de las tasas de desempleo en general, y de larga duración en particular, como una situación transitoria resultado exclusivo de una coyuntura recesiva. Así, las altas tasas de desempleo mantenidas en el tiempo y generalizadas en la población española dejan de ser explicación suficiente para que la ciudadanía acepte y asuma su situación. Cada vez más frecuentemente dicha explicación descansa, como señalan las familias participantes en este estudio, en el escaso compromiso institucional y político para desarrollar medidas efectivas para salir de la crisis.

> *Ya son muchos… muchos años así. Creo que ya llevo por lo menos cinco… ¡no! Seis años parado… ¡seis años! Al principio pensabas… pensabas que era… que era algo temporal (…). Pero no, no mejora la cosa o al menos no para mí (…). Y mira, construyen, que veo que se hacen más pisos y para eso necesita poner ladrillo como yo digo (…). ¿Y qué estamos haciendo ahora? ¿Una nueva burbuja? ¿Pero nos están vacilando o qué? A los mandamases se les va la cabeza, no hay otra explicación* (HV-2.3; Roberto).
>
> *Decías… "tasa de empleo joven de X%" ¡una barbaridad vamos! Tú sabrás más que haces estas cosas pero… pero yo solo veo que mi hija tiene 30 años, ha estudiado y nos hemos dejado los huesos para pagarle sus estudios y mira, aquí sigue, así que… así que me da igual como esté el resto, solo quiero que mi hija tenga una oportunidad, que ya está bien. Que los políticos dejen de vacilar con reformas de empleo que solo hacen… que solo hacen mal, y que piensen en la juventud de una vez* (HV-1.1; Carmela).

Así, en un contexto de ese tipo, la existencia de tasas de desempleo elevadas generaría menos posibilidades de realizar una comparación autocomplaciente de la situación propia. Es decir, tal y como se apuntaba antes acerca de las consecuencias del mantenimiento de las situaciones de riesgo y vulnerabilidad, el sostenimiento en el tiempo de la situación de crisis genera un contexto de incomprensión de la realidad pero también, en el caso de las familias participantes en el estudio, de no resignación ante la misma.

4.4. Desigualdades sociales y calidad de vida: la Gran Recesión y el deterioro del bienestar en España

En el capítulo anterior, y específicamente en la descripción de nuestros objetivos y metodología, se puso de manifiesto la relevancia de la CdV para comprender el impacto de la desigualdad en el bienestar de las personas. Esto es así, ya que la CdV depende de diversos factores, tales como: empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que son parte del entorno social y físico de las personas (Velarde-Jurado y Avila-Figueroa, 2002). Es decir, se trata de un concepto estrechamente vinculado a la estructura social, cultural y al entorno ambiental de los individuos.

El desarrollo del concepto de CdV, principalmente desde la noción de nivel de vida, supuso considerar el acceso a bienes materiales e inmateriales. Ello implica tener en consideración la posibilidad que las personas tienen de satisfacer sus necesidades básicas, evidenciando a la vez las no satisfechas. Desde el punto de vista material, es evidente que la pobreza impide o dificulta alcanzar unos estándares de vida mínimos en las familias residentes en España. De hecho, la referencia a las dificultades existentes para hacer frente a los gastos familiares es una constante en el discurso de las familias biografiadas.

Yo es que… que no tener más para comer y no poder dar carne o… o pescado a niños. Ellos tienen que comer para crecer fuertes y… no se puede. Solo pasta, arroz, salchichas y… así todo tiempo (HV-3.1; Lama).

La cuestión es que tengo que pagar la luz. Tengo que pagar la luz si quiero vivir en mi casa, si quiero cocinar, si quiero agua caliente, si quiero que mis hijos puedan hacer los deberes cuando… cuando ya no hay luz. ¡Es que tengo que pagar! No se puede vivir sin luz o agua. Es muy… es… es una mierda tener que estar todos los días como hacer para afrontar gastos y… y comprar comida, zapatillas, libros o… todo lo que las personas necesitamos para vivir (HV-3.2; Manuela).

La casa… ¡madre mía la casa! Parece que no tuvimos suficiente con que nos quitaran una que ahora tenemos problemas para pagar el alquiler social este. De verdad, yo no me puedo ir a la calle otra vez. ¿Dónde nos metemos? ¿Cómo les digo a mis hijos otra vez que pierden su casa? (HV-2.2; Rocío).

Como ilustran los discursos anteriores, la CdV desde el punto de vista material se refiere a aspectos vinculados al "tener" y se relaciona con las condiciones materiales básicas para sobrevivir y evitar la pobreza (recursos económicos, vivienda, empleo, trabajo, salud y educación; Cardona y Agudelo, 2005). Sin embargo, en el concepto de CdV manejado en el presente trabajo cobran una relevancia fundamental los aspectos inmateriales que se vinculan con el "ser" y el "sentir". Es decir, con aquello que el desempleo, la precariedad residencial y la falta de ingresos implican para el desarrollo o mantenimiento del proyecto personal de la ciudadanía y que tiene que ver, principalmente, con tres de los seis dominios de la CdV manejados por la OMS, a saber, el psicológico, el social y el ambiental.

Desde el punto de vista psicológico, la ruptura que la Gran Recesión ha producido en la realización y mantenimiento del proyecto personal de las familias residentes en España aparece de manera fundamental. Como señalan Carmela (HV-1.1) y Pepe (HV-4.1),

Mi hija no se va a independizar nunca. De verdad, que si esto sigue así, eso no va a pasar. ¿Cómo va a poder tener su casa, sus hijos o lo que sea? ¿Cómo? Es que yo solo quiero que ella pueda hacer su vida como hicimos nosotros y… y como ha hecho mi generación (HV-1.1; Carmela).

Mi hija se fue de casa muy joven pues… yo creo que Ramona tenía como 25 cuando se arrejuntó. Y mira que estoy contento pero… no es normal que con cuarenta y tantos tenga que volver. No es normal. ¿Más de 40 años y viviendo con sus padres? Pero bueno, ¿cómo se permite esto? A mí que me lo expliquen (HV-4.1; Pepe).

Esta parte inmaterial y psicológica de la CdV no solo se vincula a la posibilidad o imposibilidad de desarrollar el proyecto personal, sino que tiene que ver con el sentimiento general de disfrutar de la vida. Es decir, encontrarse en una situación de bienestar general, tanto desde el punto de vista subjetivo como objetivo (Celemín, Mikkelsen y Velázquez, 2015), que, como bien señalaba antes Ramona (HV-4.1), se puede traducir en que "vivir es más que pagar facturas".

Lo cierto es que la realidad impulsada por la Gran Recesión está teniendo un efecto directo en la salud mental de la ciudadanía. Los sentimientos de ansiedad, depresión o incluso los pensamientos autolíticos forman parte también de los discursos de los participantes.

Yo muchas veces pensar que no querer vivir así más. O… no sé, de quitar de en medio para no ver sufrir a hijos y… no sé cómo te explicar (HV-2.1; Naima).

Nunca había necesitado medicación ni… ni terapia y… cuando te das cuenta de que no puedes con todo pues… pues no hay más huevos. Yo sé que no estoy bien y… según los informes pues… he pasado una depresión severa (HV-2.3; Roberto).

La medicación tampoco es tan mal, digo yo. La manda un médico ¿no? No sé, yo la necesito para dormir, es que si no, no duermo nada (HV-3.2; Manuela).

Vinculado a lo anterior, es preciso considerar otro de los aspectos que la amplitud del concepto de CdV abarca y que es indispensable para el bienestar emocional y psicológico de la ciudadanía, a saber, las relaciones sociales. Las relaciones sociales se convierten en uno de los indicadores fundamentales referidos por los participantes del estudio para evaluar su realidad. La frecuencia con la que se relacionan con sus amistades, el tiempo que comparten con otras personas o la posibilidad de tener gente en la que confiar alrededor, adquieren una importancia fundamental.

Tener vida otra vez, o poco a poco y… no salgo por ahí mucho pero… retomas tu vida, sales de la habitación y… ves más gente y… es mejor, sí. Tienes una obligación más allá de la niña y… eso es vida también. Quiero a mi hija, claro [risas] pero… no solo quiero estar encerrada en casa con ella, quiero poder salir con ella o… o volver a quedar con mis amigas para el café de las mañanas (HV- 3.3; Saray).

Yo ya te digo, al final la gente deja de llamarte porque… porque siempre es "no". Nunca puedes salir que… que no tienes para salir toda la familia. Mira, nosotros antes todos los domingos… todos los domingos cogía a Rocío y a los niños y nos íbamos a comer por ahí con otros amigos pues… hace mucho que no y… [risas] ¡Coño! Lo echo de menos (HV-2.2; Fernando).

Como apunta el discurso de Fernando (HV-2.2), la Gran Recesión ha limitado las posibilidades de muchas familias españolas para mantener o establecer nuevas relaciones sociales. Ello conlleva un detrimento importante del bienestar y CdV de la ciudadanía, algo que es aún más relevante cuando lo que se complica son las relaciones que se establecen en el marco del hogar familiar.

Nos hemos dado cuenta de que… de que así no podíamos seguir estábamos… estábamos trastornados ya el uno con el otro o sea… gritos por todo, discusiones todos los días, más gritos o… (…). Nos planteamos la separación pero… no sé, hemos decidido aguantar pero… cambiando los dos y... no sé (HV-2.3; Josefina).

Lo peor de todo es ver cómo el paro no solo se llevaba pues… el dinero o sea, que se lo llevaba todo, todo. Mi relación con mi mujer y mis niños y… no sé si aguantaremos mucho así porque la situación en casa es insoportable a veces. Ya a veces de los nervios… ya ni gritamos, ni nos hablamos casi (HV-2.2; Fernando).

Sin embargo, es posible plantear que en el contexto de las desigualdades sociales las personas puedan percibir que disponen de ciertas condiciones o dominios de CdV. Como se ha señalado anteriormente, el concepto tiene un sustrato subjetivo relevante en su interpretación. En esta línea, Boyer *et al.* (2014) señalan que la percepción de la CdV dependerá del contexto cultural, económico y del sistema de valores de las personas, así como de sus objetivos, expectativas e inquietudes.

En el caso concreto de los participantes del estudio, esta mejora percibida de la CdV aparece cuando en el contexto de la crisis ha tenido lugar el escape de relaciones sociales y, especialmente, familiares, de tipo opresivo o violento. Como señalan Lama (HV-3.1) y Manuela (HV-3.2),

Yo ahora… ahora mejor que antes. Mucho mejor. Mi marido… no bueno conmigo y… desde separación nueva vida para mí. Vale que… que menos dinero en casa pero… yo tranquila con mis

niños y… puedo ver amigas y buscar trabajo y… ser feliz yo sola. Ahora para mí mucho mejor (HV-3.1; Lama).

Estamos jodidos. Jodidos pero contenta. El padre de mis hijos va por su lado y yo… y yo por el mío. No quiero saber nada (…). Al final tome la decisión de sacar a mis hijos de ahí y… la crisis trajo cosas malas que… que transformó a mi marido pero… pero yo me transformé también y saqué fuerzas para tirar (HV-3.2; Manuela).

Además, a la hora de analizar la valoración que las personas hacen de su bienestar, es preciso considerar si las personas tienen la capacidad de transformar sus recursos, especialmente aquellos vinculados a las relaciones sociales y a otros aspectos emocionales (Boyer *et al.,* 2014). Abundando en esta línea, Watson, Maître, Whelan y Russell (2017) afirman que los ingresos y, de manera más amplia, los recursos, son instrumentalmente relevantes para lograr la CdV, ya que condicionan las oportunidades y opciones para que una persona pueda desenvolverse, desarrollarse, hacer y ser. En este sentido, los recursos inmateriales, especialmente el apoyo social, adquieren una importancia fundamental.

Yo lo que me llevo de todo esto es la unión con mis padres o sea… el contar con ellos en lo bueno y en lo malo. Mis hermanas están ahí claro pero… como el apoyo de mis padres conmigo y con mis hijos no hay ninguno, la verdad. Si ellos no me sostiene yo… (…). Ya no es solo el dinero, ¿sabes? Es… es pues eso, sentarme en la cocina a hablar con mi señora madre (HV-4.1; Ramona).

En realidad te das cuenta de que… de que la familia se tiene que apoyar y… y que si esto ha traído algo positivo es que mis hijos están más unidos unos con otros. De verdad, que si se veían cada mucho, ahora todas las semanas estamos todos juntos y… hablamos y reímos y… hacemos muchos números pero… [risas], los hacemos juntos (HV-1.2; José).

Me he dado cuenta que en muchos sentidos tengo suerte. Pobre pero afortunada [risas]. Descubres que hay gente que te falla pero… pero que mucha otra que no esperabas te ayuda y… por ejemplo yo… tengo una vecina con la que jamás había hablado y… ahora se ha convertido en una de mis mejores amigas y… solo por pedirle desesperada un brick de leche para el desayuno de Abigail (HV-3.3; Saray).

Así, aunque las poblaciones económicamente desfavorecidas tiendan a reportar menores indicadores de CdV, se ha comprobado que disponer de redes de apoyo social puede mejorar esta situación, sobre todo en lo que se refiere al apoyo emocional (Caron, 2012). Ello confirma la propuesta clásica sobre el papel del apoyo social como elemento amortiguador fundamental del estrés (Cutrona y Russell, 1990). Así, cuando se plantean situaciones complicadas o difíciles de controlar que arrojan a las personas a un estado de shock, el apoyo emocional se convierte en el factor básico que permite resolver o mitigar los efectos negativos de la situación desfavorable.

Además del dominio psicológico y social, el domino ambiental juega un papel fundamental. Ya se ha hecho referencia al mismo cuando se ha analizado una de las consecuencias directas de la crisis, a saber, la imposibilidad de las familias residentes en España para afrontar los gastos diarios y confrontar situaciones de privación material. Sin embargo, cuestiones de carácter inmaterial vinculadas al ocio y participación social también adquieren una relevancia fundamental en los discursos de las familias participantes. Así, el ocio y el disfrute del tiempo libre se articulan como elementos centrales a la hora de comprender el efecto que la Gran Recesión ha tenido en la CdV de las familias participantes.

¿Sabes lo que echo muchísimo de menos? La cervecita que me tomaba de vez en cuando con los compis después de currar (HV-2.3; Roberto).

Farah dice que… dice que quiere Zoo. Una vez en Zoo y… yo no puedo llevar ya más. No ahora. Ella pide ver animales en móvil todos días y… yo quisiera llevar a Zoo y esos sitios a mis hijas pero… no poder. Cuando tenga trabajo puedo… (HV-2.1; Naim).

Lo que más me duele es lo de los cumpleaños. O sea… como los niños no van que no podemos pagar regalos pues… ya les dejan de invitar… ¡que son niños! ¿Qué culpa tienen ellos? (HV-3.2; Manuela).

Desde el punto de vista ambiental, el entorno en el cual las personas desarrollan su vida también se convierte en un elemento relevante. Esto es especialmente importante si se considera que, como apunta la tesis de Wacquant (2007), la población que se encuentra en situación de pobreza y exclusión social tiende a vivir en espacios menos adecuados para la satisfacción de sus necesidades personales, sociales, económicas y emocionales.

Lo cierto es que la realidad de la ciudadanía española con respecto a la vivienda se ha constituido como uno de las principales problemáticas de la Gran Recesión. Los desahucios y ejecuciones hipotecarias, que se han incrementado a un ritmo sin precedentes desde el año 2008, son reflejo de las dificultades existentes en España para garantizar algo tan básico como el contar con un lugar en el que vivir. Las familias españolas, cada vez con mayor frecuencia, se han visto expuestas a un mercado inmobiliario que no hacía sino dejar claro que la vivienda se erige como un elemento de inversión alejado de las instituciones de bienestar. En el caso de este estudio, la exclusión y problemáticas residenciales son generales para todas las familias participantes. Ya sea por desahucio, ejecución hipotecaria u ocupación, la realidad residencial analizada es realmente compleja.

Yo me acuerdo que cuando entré aquí estaba muerta de miedo, o sea… muerta. Me abrió la puerta un amigo y me dijo… "hala, es de un banco". No teníamos luz ni nada y hubo que engancharla y… fue un desastre y yo solo pensaba en qué le estaba enseñando a mi hija y es que… necesitaba donde vivir y… aquí estamos (HV-3.3; Saray).

Jamás pensé que podía perder la casa. Jamás. Todo iba bien, si es que vivíamos bien y todo se pagaba y de repente… es que yo ahora lo recuerdo y fue de la noche a la mañana. De repente una carta del banco y a la calle. Menos mal que nos acogieron mis padres un tiempo y… y luego pues… Roberto ocupó un piso y conseguimos el alquiler al final pero…en este barrio de mierda (HV-2.3; Josefina).

Lo cierto es que las políticas residenciales y de vivienda de grandes ciudades como Madrid tienden a segregar a la población en zonas determinadas. Así, la pobreza y la exclusión social se concentra y limita ante los ojos de una ciudadanía que ve deprimirse no solo sus viviendas, sino también el entorno en el que se encuentran y, con ello, sus posibilidades de mejorar las condiciones en las que viven.

¿Pero tú te crees que se puede vivir así? ¿Has visto esas manchas? Son humedades. Humedades que el banco no arregla y… ¡coño! Que estoy pagando. Que sí, que es un alquiler social y… que se supone que está bien de precio pero… pago, pago como cualquiera (HV-3.3; Saray).

En este barrio no hay nada, pero nada y lo que hay, se cae a cachos, la verdad. El polideportivo… el polideportivo es para verlo, la biblioteca igual, las calles no hay adoquín en su sitio y… y vamos, que no sé cómo nos tienen así (HV-Rocío, 2.2).

La vivienda no solo tiene una dimensión física, es decir, no se constituye solo como un techo bajo el que vivir, sino que a través de la vivienda se satisfacen todo tipo de necesidades que dirigen de manera directa a garantizar la CdV de la ciudadanía. La vivienda se hace hogar y el hogar es refugio físico y psicológico, el lugar en el que poder establecer relaciones significativas y recíprocas, donde establecer los límites del propio espacio y donde adquirir el sentido de la identidad y pertenencia que proporcionan tanto el hogar

como las relaciones y vínculos que en él se establecen (Somerville, 1992). Pero además, es el punto de anclaje para la participación social y el acceso a los derechos sociales. O al menos, así debería ser. Por ello, la participación social constituye una dimensión fundamental en la definición la CdV pero también de los procesos de exclusión social (Bayram, Bilgel y Gonul Bilgel, 2012). Así, la participación social tiene un papel fundamental como elemento protector frente a la pobreza y la exclusión social y, por ende, como garante de la CdV de la ciudadanía, tal y como señalan Bayram *et al.* (2012).

En resumen, los resultados analizados en el presente capítulo contribuyen a la comprensión del papel jugado por las desigualdades sociales en la salud y CdV de la población española durante la Gran Recesión. Destacan, al menos, tres aspectos a tener en cuenta. En primer lugar, la constatación de la relevancia de considerar procesos relacionados con la desigualdad y que operan en niveles analíticos diferenciados pero complementarios. La importancia del contexto general de la desigualdad, de la distribución de los recursos y la estructuración de las desigualdades para la salud de las personas queda reflejada en el impacto de las "tasas" de privación material y baja intensidad laboral, que configuran una caracterización de las desigualdades socioeconómicas durante la Gran Recesión en España. Este efecto es del todo compatible con el efecto específico de la diferencia de ingresos entre individuos y hogares, que queda reflejada en la variable "quintil de ingresos" en nuestros análisis de datos. En segundo lugar, es fundamental constatar que ambos procesos, individuales y sociales, interactúan para generar efectos significativos para la salud. En concreto, nuestros resultados sugieren que el impacto de la desigualdad de ingresos en el nivel individual durante la crisis económica está influido y amplificado por la distribución social de la carencia material, de manera que la privación material supone una diferencia favorable en términos de salud para todos los quintiles con respecto al grupo/quintil con menos ingresos. En este sentido, los procesos de exclusión social que sugieren la expulsión de las personas de la lógica del bienestar se ve claramente reflejada en nuestros datos. En tercer y último lugar, los resultados resumidos en este capítulo ponen de manifiesto que indicadores sintéticos (y clásicos) de distribución desigual de los ingresos como son el índice de Gini o la tasa de pobreza no parecen constituir variables significativas en el análisis del papel de las desigualdades en la salud durante la crisis económica en España. En su lugar, otras variables relacionadas con la exclusión social y que no constituyen una medida directa de la diferencia de ingresos, aparecen como especialmente relevantes. Es el caso de la privación material, que no mide ingresos sino una dimensión complementaria, es decir, la capacidad de acceder al consumo y/o determinados servicios considerados esenciales colectivamente. Igualmente, la intensidad laboral y su distribución e impacto en términos sociales (agregados) constituyen una variable que contribuye a explicar las desigualdades sociales en salud de manera significativa. Ambas medidas ayudarían a entender el impacto de la exclusión social en la salud durante la crisis. Esa contribución se detecta en modelos de regresión en los cuales la tasa de pobreza no tiene un efecto significativo. En su conjunto, esta situación podría sugerir un cambio en los ejes de relación entre las desigualdades socioeconómicas y la salud, al menos en contextos de recesión económica. De forma más amplia, es posible que los ejes fundamentales de la desigualdad hayan cambiado y que su efecto se haya hecho especialmente evidente durante la Gran Recesión. Esta línea de reflexión, es decir, la hipótesis acerca de la existencia de un cambio en los procesos protagonistas de las desigualdades sociales y una modificación consecuente de la relación entre desigualdades sociales y salud, constituye el eje temático del próximo capítulo.

3

Exclusión, mercado de trabajo y desigualdades sociales: impacto en la salud

1. La exclusión social como el escenario contemporáneo de las desigualdades socioeconómicas

En el capítulo anterior se ha abordado el papel jugado por las desigualdades socioeconómicas en el impacto de la Gran Recesión en la salud y la CdV de la población en España. Los resultados obtenidos, tanto en los análisis de datos secundarios como en el análisis del material cualitativo, ponen de manifiesto la importancia de estas desigualdades no solo desde el punto de vista de su distribución entre individuos, sino que también señalan la relevancia de la distribución de las desigualdades en las sociedades y entre sus grupos. En este punto, conviene enfatizar la relevancia que en nuestros resultados han cobrado procesos relacionados con la desigualdad que no responden plenamente a los patrones tradicionales. En este sentido destaca, por un lado, la centralidad de conceptos como el de privación material o la importancia de la intensidad laboral en el contexto social para dar cuenta de las desigualdades en salud y CdV que invitan a plantear la incidencia de los diferentes ejes de desigualdad en la actualidad. Por otro lado, no se puede dejar de lado la importancia del funcionamiento de procesos emergentes que articularían las desigualdades sociales.

Por ello, el manejo del concepto de exclusión social es prácticamente inevitable cuando nos referimos a las sociedades actuales. De hecho, el uso de la noción de exclusión ha cobrado gran vigor en las Ciencias Sociales. En un sentido amplio, podemos señalar que a través de este concepto se hace referencia al resultado de dinámicas de desigualdad emergentes en las sociedades contemporáneas. Conviene enfatizar que se trata de un tema recurrente en la bibliografía reciente sobre estratificación social, bibliografía en la cual, al menos aparentemente, subyace la idea de un incremento reciente en la brecha de la desigualdad. Dicho de otra manera, diversas aportaciones señalan que las últimas décadas han traído consigo una ampliación significativa de las desigualdades en el reparto de los recursos y de la riqueza –en su dimensión material y simbólica– socialmente generados. En resumen: las sociedades contemporáneas serían sociedades más desigualitarias. Este argumento se aplica con intensidad redoblada al análisis de la Gran Recesión, un momento de crisis económica que habría traído consigo un incremento notable de las desigualdades socioeconómicas.

Ahora bien, esta perspectiva, ampliamente difundida, ¿goza de un sustento empírico sólido? Para dilucidar esta cuestión conviene situarse en una línea argumental que incorpore de manera decidida una perspectiva sociohistórica. Es el caso de la línea de trabajo desarrollada por Milanovic, Lindert y Williamson en una serie de artículos que se ocupan del análisis de la pobreza y las desigualdades de ingreso doméstico en las sociedades preindustriales con el objetivo de evaluar la dimensión y amplitud de la brecha asociada con los ingresos en las sociedades contemporáneas (Milanovic, Lindert y Williamson, 2008, 2011). En su trabajo de 2008, titulado "Desigualdad Antigua" (*Ancient Inequality*), los autores proponen una reconsideración del índice de Gini con el objetivo de incorporar aspectos como el poder y el conflicto en el análisis económico de las desigualdades sociales. De esta manera, se establece una comparación entre la desigualdad potencial, medida a través del indicador denominado "frontera de desigualdad posible" (IPF, *Inequality Possibility Frontier*), y la desigualdad actual a través del indicador denominado "razón de extracción" (IER, *Inequality Extraction Ratio*). Los autores aplican estos principios al análisis de un amplio rango de sociedades, desde la Roma del siglo I hasta la India colonial de los años 40. Estas sociedades son comparadas con un amplio número de sociedades contempo-

ráneas (años 1999 y 2000), incluyendo ejemplos pertenecientes a todos los continentes, España entre ellos.

Para calcular la desigualdad potencial se incorporan dimensiones como el ingreso mínimo para asegurar la subsistencia, el ingreso medio general, el tamaño de las sociedades consideradas y la proporción de personas que pertenecerían a una clase favorecida. El tamaño de la desigualdad potencial, es decir, la capacidad de apropiación del plusvalor por parte de los grupos privilegiados, aumenta de manera directa con el desarrollo económico, de manera que las sociedades más desarrolladas mostrarían mayores potenciales de explotación y desigualdad. Precisamente es esta dimensión la que se considera al calcular la razón de extracción, es decir, la proporción de desigualdad potencial que se traduce en desigualdad empírica. Los resultados de aplicar esta corrección del índice de Gini ponen de manifiesto que el *potencial* de desigualdad traducido en desigualdad real era notablemente mayor en las sociedades tradicionales que en las contemporáneas. Más aún, podemos deducir de los datos elaborados por los autores que el análisis histórico de las desigualdades sugiere que estas se han reducido de manera significativa en las sociedades que protagonizan el proceso de industrialización a partir del siglo XIX. Así, el desarrollo económico, a pesar de incrementar la desigualdad potencial y las posibilidades de apropiación por parte de los grupos positivamente favorecidos (en términos más amplios, la explotación), se asocia con una reducción significativa de las desigualdades, incluso en aquellas sociedades contemporáneas más desigualitarias.

Lo que se pone de manifiesto a través de estudios como el citado es que nunca en la historia de las sociedades humanas la desigualdad ha sido menor que en las sociedades contemporáneas. Parece evidente que esta línea de trabajo destaca una tendencia de la máxima importancia no solo para el análisis en términos históricos, sino también para la consideración de la estratificación social en las sociedades contemporáneas. Ahora bien, y como no puede ser de otra manera, existen limitaciones a resaltar. La más importante de ellas tiene que ver con la capacidad de este tipo de estudios para el análisis de casos y ciclos históricos específicos. Dicho de otra manera, la amplitud de la perspectiva impide un análisis detallado de las concreciones y particularidades históricas. Estudios que se inscriben en la misma línea que los mencionados sugieren esta posibilidad. Así, por ejemplo, Sala-i-Martín (2005), en la Universidad de Columbia, respalda la conclusión citada a través de la consideración de la distribución mundial de los ingresos entre los años 1970 y 2000. Su trabajo concluye que la reducción de la desigualdad en dicho indicador constituye una tendencia clara a nivel mundial, estableciendo un punto de inflexión en el primer tercio del siglo XIX, momento en el cual se inaugura un ciclo de reducción de la pobreza de carácter sistemático y estable en términos históricos. Ahora bien, y como no podría ser de otra manera, esta tendencia general incorpora diferencias significativas por regiones que es necesario enfatizar. Así, China es un país clave adquiriendo un papel determinante en la reducción de la pobreza a nivel mundial, en contraste con África, continente para el cual el autor utiliza el término "tragedia", ya que puede señalarse que en él viven la mayoría de las personas pobres del mundo en la actualidad. Esta conclusión pone de manifiesto la necesidad de contextualizar nuestro análisis de la pobreza y de la exclusión social en ámbitos sociales y geográficos concretos, toda vez que la variabilidad asociada a dichos criterios es notable.

El propio Milanovic (2016), en su reciente obra titulada Desigualdad Global *(Global Inequality*), aborda el impacto de la globalización en la redistribución de la riqueza, identificando grupos sociales en función de su posición relativa en el reparto de los ingresos entre 1988 y 2008. En este sentido, el argumento consiste en que, si bien las desigual-

dades a nivel mundial se han reducido, lo cierto es que en el periodo de mayor intensidad de los procesos de globalización (entre 1998 y 2008, previo a la crisis económica), la distribución y apropiación de la riqueza ha favorecido a grupos concretos dentro de las distintas sociedades mientras que ha generado un impacto contrario en otros grupos. No se trata solo de que un reducido porcentaje de la población haya accedido a casi la mitad de la riqueza generada por el crecimiento de los ingresos durante el periodo mencionado, sino que, además, nos encontramos con un conjunto creciente de personas que han visto estancarse sus ingresos (y en algunos casos reducirse). Este grupo estaría constituido fundamentalmente por las clases medias de los países de la OCDE, en los cuales los salarios, lejos de crecer, se han visto estancados o incluso han retrocedido.

Para evitar perder de vista las coyunturas históricas de cambio y transformación de los sistemas de estratificación social, diversos autores proponen diferenciar analíticamente aquellos periodos alternativos de fuerte y sostenida actividad económica a nivel mundial (generalmente seguidos de periodos igualmente dilatados de estancamiento) –lo que podemos denominar *ondas largas* de carácter económico– de los entornos institucionales específicos dentro de los cuales se organiza el proceso de acumulación capitalista en el contexto de estructuras históricas concretas –lo que podemos denominar estructuras sociales de acumulación (Gordon, Edwards y Reich, 1986) –. En el caso del presente trabajo, el análisis se centra en los procesos sociohistóricos que desembocan en la redefinición de las desigualdades en las sociedades contemporáneas. En este sentido, no parece adecuado considerar la Gran Recesión como un momento coyuntural de reordenación de las desigualdades ajeno a los procesos económicos y sociales que se desarrollan, precisamente, durante el periodo de despegue de la globalización, es decir, desde mediados de los años 70. Dicho de otra forma, la crisis económica que estalla en 2008 podría considerarse el momento de consolidación de un modelo de estratificación social e históricamente determinado. Por ello, nuestro análisis se refiere a las sociedades económicamente desarrolladas en el contexto europeo (y específicamente a la sociedad española). En ellas, uno de los elementos definitorios de la cuestión social estaría constituido por la exclusión, de la misma forma que el desempleo surgió como problema derivado de las crisis de acumulación de finales del siglo XIX en Estados Unidos o las desigualdades de clase y la pobreza se sitúan como pieza clave de la desigualdad en la modernidad.

De esta forma, a través del concepto de exclusión haríamos referencia a la expulsión de un conjunto creciente de grupos sociales e individuos de la lógica del bienestar social y de los estándares de integración en dicho bienestar. Este proceso implicaría una ampliación de la brecha de desigualdad, cuyo origen puede cifrarse en la intensificación de los procesos de globalización y que se haría patente de manera reciente con las consecuencias estructurales de la Gran Recesión. Como decíamos antes, las sociedades contemporáneas serían sociedades más desigualitarias.

2. Fordismo y bienestar: el desempleo como eje y explicación del impacto de los mercados de trabajo en la salud

Ahora bien, ¿más desigualitarias con respecto a qué sociedades? La referencia en la bibliografía es clara: con respecto a las sociedades salariales basadas en una lógica de producción fordista. Se antoja innecesario realizar una descripción detallada del fordis-

mo, ya presente en infinidad de trabajos sobre el tema. Baste enfatizar algunos aspectos de especial relevancia. El fordismo constituye el modelo productivo europeo típico tras la Segunda Guerra Mundial. En dicho momento histórico, las sociedades basaban su dinámica económica en la fabricación en masa. Era el momento de la cadena industrial, en la cual se generaban largas series de productos homogéneos, poco diferenciados. Estos productos desembocaban en grandes mercados de masas con un amplio consumo de objetos industriales estandarizados y a precios asequibles para el gran público (Alonso, 2000a; Díaz Salazar, 2003).

El acceso a dicho consumo se fundamentó en la importancia del factor salarial. El modelo fordista generó un periodo de crecimiento económico basado en una mano de obra abundante. Era el momento del empleo masivo, en un contexto en el cual la fuerza de trabajo se convirtió en un factor productivo fundamental para el sostenimiento de la producción y el consumo, ya que el empleo masivo permitió la ampliación de los mercados al situar a los trabajadores en disposición de acceder a los mismos. Este papel del esfuerzo laboral (Alonso, 2000b) desembocó en un compromiso concreto de regulación de la mano de obra a través de las instituciones propias del estado de bienestar. En este contexto, la capacidad empresarial para gestionar dicha mano de obra se encontraba seriamente limitada, al tiempo que las condiciones de trabajo entraban en una dinámica de mejora (Prieto, 1999). El trabajo, por tanto, se asociaba a ciclos biográficos largos y persistentes, constituyendo así una norma social de empleo según la cual la fuerza de trabajo de cada individuo era adquirida por un único empleador a través de un vínculo contractual de duración indefinida. En resumen, las empresas reproducían en una fuerza de trabajo estable su propia estabilidad en la producción y en el mercado.

En la relación salarial convergían los distintos factores responsables del crecimiento económico: la producción, que es producción basada en fuerza de trabajo; el consumo, ampliado gracias a la capacidad adquisitiva generada por el empleo masivo; y la acción del Estado, desmercantilizadora, redistributiva y reguladora del conflicto laboral. Todo ello explica la centralidad del trabajo y del empleo en las sociedades fordistas. Así, el trabajo se convirtió en un valor central en un sentido económico y simbólico-cultural, tanto en términos colectivos como en su papel articulador de la construcción de la identidad psicosocial. Dicho de otra forma, empleo y trabajo constituían piezas centrales tanto para las sociedades como para los individuos. En este contexto, no es de extrañar la importancia que adquirió el estudio del impacto de la clase social en la salud y cuyo reflejo y resultado puede apreciarse en el Estudio Whitehall y en el Informe Black, analizados en el capítulo 2. Si se permite la expresión, nos situamos en la época dorada de la explicación en términos de clase del gradiente social en salud. Y también –y es preciso enfatizar este punto– en el momento en el cual el desempleo se convirtió en el eje alrededor del cual giraba la investigación sobre el papel del estatus de empleo en la salud de las personas.

De hecho, el desempleo es sin duda la dimensión del mercado de trabajo que mayor atención ha recibido en el ámbito de la Sociología y de la Psicología Social de la Salud. El pormenorizado relato que Jahoda, Lazarsfeld y Zeisel (1933) realizaron a comienzos de la década de 1930 de los efectos sociales y psicológicos del cierre de la fábrica textil en torno a la cual giraba la vida en la comunidad austriaca de Marienthal constituye un punto de referencia clásico y especialmente influyente a partir de los años 70 (cuando se publicó la edición en los Estados Unidos) y claramente durante los años 80 (Jahoda, 1982). En este momento se renovó el interés por el estudio de Jahoda y su grupo de investigación, como

consecuencia de la crisis de empleo que dio lugar a las mayores tasas de desempleo soportadas por las economías industrializadas hasta ese momento tras la Segunda Guerra Mundial. No es de extrañar que en ese contexto aparecieran nuevos estudios acerca de los efectos de los cierres de plantas o fábricas (Kasl, Gore y Cobb 1975) que establecen un vínculo causal entre la pérdida del empleo y el deterioro de la salud.

Desde entonces, la teoría elaborada por Jahoda (1982) para dar cuenta del impacto negativo del desempleo en la salud se constituye, con seguridad, en la referencia más citada. Además, su esquema explicativo ha marcado claramente la perspectiva sociológica en el estudio de la relación entre trabajo y salud. Esta centralidad en la agenda de investigación se debe al carácter sociopsicológico de la *teoría de la privación*. Adoptando la terminología funcionalista de R. K. Merton, Jahoda (1982) señala que el empleo es una institución social cuya función *manifiesta* consiste en proporcionar los ingresos necesarios para la reproducción de la fuerza de trabajo. Pero, además, la organización y las reglas que gobiernan el mundo del trabajo prescriben e imponen un conjunto de categorías de experiencia que satisfacen "necesidades humanas duraderas" (Jahoda, 1982: 60). Se trata de las bien conocidas funciones *latentes* del trabajo, a través de las cuales el empleo (1) impone una estructura temporal para los días, las semanas y los años, (2) establece un contexto de experiencias y contactos regulares y compartidos que trasciende el ámbito familiar, (3) obliga a la participación en empresas y propósitos colectivos, (4) define y asigna la identidad y el estatus sociales de los individuos, e (5) impone y define una actividad regular. Según Jahoda (1988: 18), "dado el predominio del empleo como institución en la vida de las personas, la exclusion del empleo generalmente frustra esas necesidades que solo pueden ser cubiertas en la interacción social organizada, institucionalizada y con un propósito compartido". En conclusión, y dado que en las sociedades industriales solo el trabajo remunerado puede satisfacer tales necesidades duraderas, la carencia de empleo lleva de manera casi inevitable al deterioro en la salud de los individuos.

Este énfasis en el trabajo como un proceso social constituye una aportación de tal magnitud para la comprensión del impacto del desempleo en el bienestar y la salud que sirve para explicar la importancia de la obra de Jahoda en la teorización e investigación posterior (Gill, 1999). La teoría de Jahoda es representativa de gran parte de la aproximación sociopsicológica, constituyendo una *teoría de la salud* en el contexto del mercado de trabajo. No es exagerado señalar que esta perspectiva teórica situó el análisis del desempleo como factor etiológico en el deterioro de la salud como una línea de estudio central en la agenda investigadora. La evidencia empírica acumulada desde la publicación de los trabajos de Jahoda permite afirmar que el desempleo incrementa el riesgo de aparición de enfermedades así como la probabilidad de tener mala salud, en gran medida como consecuencia de la privación psicosociológica que supone la situación de desempleo (Batinic, Selenko, Stiglbauer y Paul, 2010; Creed y Macintyre, 2001; Ervasti y Venetoklis, 2010). En términos generales, los estudios muestran que el desempleo está vinculado con diversos indicadores de mala salud, enfermedad y condiciones médicas (Burgard, Brand y House, 2007; D'Arcy y Siddique, 1985; Turner, 1995), mortalidad (Bender, Economou y Theodossiou, 2013) y deterioro psicológico y enfermedad mental (Burgard *et al.,* 2007; Warr, Jackson y Banks, 1988).

En gran medida, el éxito de la teoría de la privación desarrollada por Jahoda se explica por su capacidad para resumir e incorporar la centralidad socialmente construida del trabajo en las sociedades fordistas; por ofrecer una teoría de la salud vertebrada por el mismo elemento a través del cual se vertebraron las sociedades fordistas –el empleo– y por

elaborar una explicación de la enfermedad –el desempleo– que coincide con la situación atípica de los individuos dentro de los mercados de trabajo. Dicho de otra forma, el papel fundamental de la teoría de la privación en la investigación sobre salud radica en que contempla dicho proceso como el resultado de la desigualdad característica en el mercado de trabajo en las sociedades salariales.

Diversos autores han cuestionado la validez de esta concepción del mercado de trabajo en términos dicotómicos, señalando que el énfasis en el desempleo como un factor etiológico suele venir acompañado de una comprensión sesgada del mercado de trabajo en términos de una separación fundamental entre empleo (cualquier empleo) y desempleo (cualquier desempleo) (Burchell, 1992; Cole, 2007). En primer lugar, existen grandes diferencias en las condiciones de trabajo correspondientes a distintas ocupaciones. Los riesgos ocupacionales implican necesariamente un efecto potencial en la salud de las personas empleadas, siendo evidente que dichos riesgos no son equivalentes en todos los empleos. En segundo lugar, la dicotomía empleo-desempleo puede haber sido útil para dar cuenta de la estructura básica de las condiciones de empleo en las sociedades salariales, pero es altamente probable que dicha clasificación sea inadecuada para las sociedades contemporáneas. No se trata solo de que sea insuficiente, sino que, además, obvia la existencia de mercados de trabajo cualitativamente y estructuralmente diferentes con respecto a los existentes hace algunas décadas.

El argumento es que, para comprender adecuadamente las consecuencias de la desigualdad laboral en la salud, son imprescindibles aproximaciones que ofrezcan una visión global del funcionamiento del *mercado de trabajo* en un contexto de análisis de las contingencias histórico-sociales. Este argumento se aplica especialmente en momentos en los cuales se producen cambios en el macrocontexto económico general. La reciente crisis económica, la Gran Recesión, constituye un ejemplo perfecto de dicho contexto de cambio, de zozobra de los patrones de desigualdad. Más aún, es posible que dicho cambio no sea el resultado coyuntural de la Gran Recesión, siendo preciso considerar esta crisis económica en el marco de procesos de transformación socioproductiva de mayor duración y calado. En este sentido, es de esperar que los efectos de la crisis en los ejes de estratificación social tengan su reflejo en un número de indicadores sociales, incluyendo la distribución de la salud. La comprensión de dicho reflejo pasa por un análisis de la estratificación social en general, y de los mercados de trabajo en particular. Al análisis de dicha secuencia se dedica el próximo epígrafe.

3. Cambios en el mercado de trabajo y salud

El fordismo, entendido como modelo social y productivo, mantuvo su funcionalidad durante décadas. No obstante, ya desde los años 70 diversos analistas y científicos sociales identificaron procesos de cambio que incidirían –y de hecho incidieron– en los elementos centrales del modelo salarial de sociedad. En este sentido pueden entenderse las contribuciones de autores como Alain Tourain (1971), Daniel Bell (1976), Harry Braverman (1974) o Manuel Castells (1976) en los años 70. También en esta línea podemos citar análisis posteriores, como los elaborados por Jeremy Rifkin (1996), Ulrick Beck (1998), André Gorz (1995), Robert Castel (1997), Tezanos (2001a) o Alonso (2000b). A pesar de las diferencias existentes en las propuestas de cada uno de los autores, lo cierto es que existe un consenso significativo en torno a una cuestión fundamental, a saber, los fundamentos

productivos están sujetos a procesos de cambio con claras consecuencias en la esfera laboral, y específicamente, en los mercados de trabajo.

Los factores asociados a estos cambios son numerosos y su análisis detallado no es el objetivo de este trabajo. Baste señalar que las crisis económicas consecutivas que se desarrollan a partir de los años 70 inauguran un ciclo en el cual el crecimiento económico y la evolución de los indicadores macroeconómicos comienzan a independizarse del empleo. De esta forma, se hace posible un crecimiento económico que no viene acompañado de un crecimiento del empleo en la medida en la cual ambos factores estaban interrelacionados durante el apogeo fordista. Esta realidad parece constituir un indicador de profundos cambios en la dinámica productiva, cambios que tendrían su explicación en la intensificación de los procesos de globalización basados en una revolución tecnocientífica (Lamo de Espinosa, 1996, 2010; Tezanos, 1998, 2001b)

En este contexto, las empresas han modificado sus estrategias en un intento por incrementar la productividad y maximizar las recompensas de su actividad en este nuevo contexto. Nos encontramos con un sistema tecnificado, con una tendencia a la robotización que convierte el proceso productivo en un proceso intensivo en capital y conocimiento. La actividad productivo-empresarial se basa cada vez más en dos estrategias interrelacionadas: la *externalización* de aquellos aspectos no centrales de la producción y la *descentralización* de la misma. Las empresas manejan una necesidad de competitividad que, en el contexto actual, es encarada a través de la *flexibilidad*. Las razones que fundamentan esta estrategia de flexibilidad tienen que ver con la nueva dimensión de los mercados así como con las posibilidades que ofrece el desarrollo actual de la tecnología (véase Huertas, 2003). Se trata de *empresas* flexibles en el marco de *mercados* flexibles que requieren una *producción* flexible para abastecer una demanda de *consumo* cada vez más flexible (segmentado, variado, alejado de la uniformidad fordista).

Parece claro que este sistema desintegrado en múltiples flexibilidades requerirá, necesariamente, *fuerza de trabajo* también flexible. Esta flexibilización implica una transformación o quiebra de la norma de empleo que surgió con el modelo fordista de producción (Cachón, 2000). En el contexto actual estaríamos asistiendo a lo que algunos autores denominan *informalización del trabajo* (Gallino, 2002), tesis según la cual nos encontramos con que ciertos procesos, rasgos, características y condiciones típicas del mercado de trabajo y del empleo son sustraídas a la esfera formalizadora característica de las sociedades salariales. Lo que se bosqueja es un escenario de retorno, para un conjunto de ocupaciones más o menos amplio, a un contexto laboral "preformal". Es decir, un resurgir de áreas laborales no formalizadas en estructuras institucionales que definan aspectos tales como las condiciones en las que se desempeña el trabajo (incluyendo horarios, turnos, formas de empleo, protección contra la enfermedad y los accidentes, etc.).

En resumen, las tesis en torno a la informalización del trabajo suponen una redefinición de la problemática ligada al mismo de forma que, en el contexto laboral contemporáneo, la cuestión social comienza a señalar las *condiciones de empleo* como el aspecto fundamental a tener en cuenta. Dada la flexibilización del conjunto producción–consumo/mercados–trabajo, comienza a aparecer una diferenciación fundamental entre los asalariados relacionada con el hecho de tener un contrato temporal o permanente, a tiempo completo o parcial. Se trata de la emergencia de las condiciones de empleo como eje problematizador fundamental del trabajo en las sociedades contemporáneas (véase Prieto, 1994) y, en concreto, de la definición de la *precariedad laboral* como el principal eje de desigualdad en los mercados de trabajo (Antón, 2006; Laparra, 2006). El concepto de

precariedad ha estado tradicionalmente relacionado con el análisis de la inestabilidad. En efecto, es habitual una lectura de la precariedad en el empleo en términos de temporalidad, parcialidad y desempleo (véase Torns, 2000). Como puede apreciarse, serían aquellos empleos que se alejan de la norma de empleo fordista los que constituirían empleos precarios o atípicos (véase, entre otros, Cebrián y Moreno, 2001; Díaz Salazar, 2003).

Este punto es especialmente importante, pues si en algún punto podemos encontrar consenso al referirnos a la noción de exclusión, es en relación a su anclaje y origen laboral (Gil Villa, 2002; Gough y Eisenschitz, 2006; Jordan, 1996; Laparra y Pérez, 2008). La exclusión puede producirse en diversos ámbitos (cultural, institucional, relacional, normativo, civil, político, etc.), pero en la práctica totalidad de las aportaciones y estudios al respecto se señala como uno de los ejes fundamentales de la exclusión la dimensión laboral. Con ello, como resultado de la operación de factores ligados al mercado de trabajo y a la producción, las desigualdades sociales estarían ampliándose y cambiando en cuanto a sus determinantes. No obstante, centrar el debate en la cuestión de la precariedad laboral, y por tanto, circunscribirlo a la inestabilidad en el empleo, supone una limitación para el análisis de los mercados de trabajo característicos de las sociedades contemporáneas económicamente desarrolladas. Tal vez una perspectiva más fructífera consista en establecer la discusión en torno al eje de la flexibilidad, toda vez que este parece describir más adecuadamente las dinámicas sociales en general, y no solo las relacionadas con el ámbito laboral. Esta visión es totalmente compatible con algunas de las propuestas recientes en relación con los elementos constitutivos de las sociedades contemporáneas (por ejemplo, la metáfora líquida utilizada por Bauman (2003, 2007) o a la conceptualización realizada por Beck (1998, 2002) de las sociedades contemporáneas como sociedades del riesgo).

Ciertamente, la precariedad supone un reflejo de este proceso de flexibilización de la producción y del consumo que hemos descrito. No obstante, parece adecuado considerar esta problemática en un marco más amplio. Tal y como señalan los profesores Prieto, Ramos y Callejo (2008: XVI), nos encontramos ante la "ruptura de la pauta histórica que venía siguiendo el orden temporal del trabajo asalariado desde finales del siglo XIX. Con escasos y coyunturales desvíos, esa pauta se distinguía por una tendencia casi permanente hacia la reducción, homogeneización y regulación de las jornadas laborales y hasta de la biografía profesional". La referencia a esta ruptura en dicha pauta histórica tampoco se ajustaría a las tesis del fin del trabajo (Castillo, 1998, 2005), sino más bien a una reconstrucción de su dinámica temporal. Esta reconstrucción, basada en la flexibilidad y en cierta medida en la incertidumbre, implica una necesidad patente para las Ciencias Sociales en general, a saber, la necesidad de adaptar nuestras herramientas analíticas para el estudio de una tipología emergente de trayectorias laborales con un alto nivel de complejidad. Esto es así, ya que nos encontramos en un momento de transición en el cual, junto con la norma laboral tradicional de compromiso fordista, han surgido normas emergentes basadas en la flexibilidad, ya sea autónoma o heterónoma, así como nuevas formas de desempleo, también emergentes, que ya no supondrían una ruptura conceptual y empírica con respecto a la noción de empleo. Así, por ejemplo, autores como Santos, Montalbá y Moldes (2004) sugieren incorporar la noción de paro flexible, entendiéndolo como un momento más del empleo, de manera que la dualidad del continuo empleo-desempleo parece estar en cuestión: ya no serían bloques separados, sino una única realidad entendida de forma dinámica.

En el ámbito del presente trabajo, esta profunda redefinición de la lógica laboral permite hipotetizar que la relación entre el estatus de empleo de los individuos y su salud también es objeto de redefinición en las sociedades contemporáneas. En efecto, si la dife-

renciación entre empleo y desempleo deja de constituir el eje en torno al cual se articula la relación individual y colectiva con el trabajo, entonces, la relación entre trabajo y salud ya no responderá tampoco a dicha dicotomía. Por el contrario, implicará por necesidad una complejidad derivada de la flexibilidad característica de los mercados de trabajo. De hecho, a partir de la década de 1980 y, sobre todo, de 1990, comienzan a surgir estudios que tratan de incorporar esta realidad a sus diseños. Dicho de otra forma, la profunda reestructuración y el aumento de la complejidad de los mercados de trabajo va a quedar reflejada en la conceptualización de la noción de estatus de empleo y el desarrollo de indicadores y variables adaptadas a su redefinición en la investigación sobre salud. En sus trabajos pioneros, Dooley, Fielding y Levi (1996) llaman la atención sobre este punto, señalando que una "epidemiología que se limita a una medida dicotómica del estatus de empleo puede llevar a obviar los efectos del empleo inadecuado. Incluso las investigaciones cuyo foco de atención primario sigue siendo la pérdida del empleo se beneficiarían de un constructo de empleo más amplio" (Dooley, 2003: 1750). Dooley propone que los polos sean las categorías "empleo óptimo" y "desempleo", entre las cuales se sitúan diversos niveles de empleos inadecuados tanto desde el punto de vista económico como desde el punto de vista psicológico (Grzywacz y Dooley, 2003). Independientemente de la propuesta concreta de operacionalización, el objetivo es expandir el continuo empleo-desempleo para construir indicadores que permitan dar cuenta de la creciente complejidad de las situaciones de empleo emergentes y el impacto de este nuevo escenario sociolaboral en distintos indicadores de bienestar y deterioro.

Todo ello se va a concretar en numerosos estudios que desde la década de los 90 se ocupan del efecto de las formas atípicas de empleo en la salud. Así, se ha documentado el impacto negativo en la salud física y mental de las situaciones de subempleo por insuficiencia de horas de trabajo y/o de salario (Friedland y Price, 2003; Page *et al.,* 2013). La inseguridad en el empleo se ha relacionado con un empeoramiento en diversos indicadores de salud física y mental (Ferrie *et al.,* 1995; László *et al.,* 2010; Menéndez *et al.,* 2007). El empleo temporal y *fixed-term* se ha relacionado con mayor incidencia de accidentes de trabajo (Benavides *et al.,* 2006; Tompa, Scott-Marshall y Fang, 2008), mayor presencia de problemas de salud (Benach *et al.,* 2004; Ferrie *et al.,* 2008), peores puntuaciones en *self-rated health* (Virtanen *et al.,* 2005; Virtanen, Janlert y Hammarström, 2011), peor salud mental (Virtanen *et al.,* 2011; Vives *et al.,* 2013) e incluso con mayores tasas de mortalidad por causas específicas, sobre todo por consumo de tabaco y alcohol (Kivimäki *et al.,* 2003). En resumen, subempleo, inseguridad en el empleo y empleo temporal constituyen algunos de los principales indicadores utilizados para analizar la relación entre trabajo atípico y salud, constituyendo un ámbito de estudio especialmente activo desde los años 90.

4. Mercado de trabajo y salud durante la Gran Recesión en España

La crisis económica de 2008/9, por su alcance global y la profundidad de sus efectos, supone un hito fundamental en el estudio de la relación entre estatus de empleo y salud. Lamentablemente, el caso español constituye uno de los más relevantes para la comprensión del papel que la transformación de los mercados de trabajo durante las décadas previas a la crisis económica jugó en los efectos de esta en indicadores sociales clave –entre los que se cuenta la salud–. Por tanto, para evaluar adecuadamente el impacto de la Gran

Recesión en la salud como consecuencia de su efecto en el mercado de trabajo en España, primero es preciso plantear algunos elementos descriptivos de dicho mercado de trabajo.

Durante la fase de expansión de la economía, y especialmente entre 1997 y 2007, España experimentó un crecimiento del PIB sostenido y por encima de la media europea. Este modelo de crecimiento se basó en un incremento intensivo del trabajo de manera que, en 2006 y 2007, las tasas de paro se redujeron a su nivel más bajo en la historia reciente (8.5%), aunque siempre por encima de la media europea. Este modelo de crecimiento está basado en una profunda segmentación del mercado de trabajo. En España, esta segmentación puede comprenderse como resultado de una política de desregulación del mercado de trabajo con dos niveles, cuyo origen puede cifrarse en la reforma laboral de 1984. Esta se basó en la expansión de los contratos temporales y el uso de contratos por tiempo determinado no causales, todo ello como medida de promoción del empleo. Igualmente, eliminó las barreras existentes para el uso de contratos temporales, que hasta ese momento solo podían aplicarse en actividades económicas de naturaleza estacional. Los contratos temporales experimentaron un vertiginoso crecimiento, estableciéndose un segmento flexible equivalente a un 30% de las personas ocupadas, en el cual comenzaron a producirse la mayor parte de las transiciones hacia el empleo y hacia el desempleo. Se trata de un proceso de creciente diferenciación de manera que, "a medida que el segmento de trabajo temporal aumentaba de tamaño, también aumentaba en inestabilidad interna, mientras que el fenómeno contrario se dio para el núcleo de empleos permanentes que se fue haciendo más pequeño, más seguro y más impenetrable" (Polavieja, 2003: 510). Este periodo de desregulación y segmentación parece alcanzar un equilibrio de alta segmentación a principios de la década de 1990, descrito como el predominio de la flexibilidad en el margen (Davia y Hernanz, 2004). Es decir, por la existencia de un segmento periférico claramente diferenciado en el que se concentra la volatilidad del mercado de trabajo. Esta importancia de la temporalidad como mecanismo de segmentación se ha consolidado como el rasgo distintivo del mercado de trabajo en España, mostrando una notable resistencia al cambio. Así, las reformas de 1997, 2001 y 2006 tenían el objetivo explícito de reducir la tasa de temporalidad a través de la introducción de un contrato de promoción del empleo permanente.

Sin embargo, esta reforma no tuvo efectos significativos en la incidencia de la temporalidad a medio o largo plazo, sugiriendo la existencia de un estado constante de la temporalidad (Sala y Silva, 2009) que, junto con la flexibilidad numérica, constituyen elementos característicos de la segmentación del mercado de trabajo en España. Estos procesos, además, tienen lugar en un contexto de alto desempleo relativo y vienen asociados a una relevante discriminación salarial para los trabajadores en el segmento periférico. Se trata de un mercado de trabajo altamente segmentado que constituyó un factor clave para comprender el fuerte crecimiento económico que precede a la Gran Recesión en España. Este crecimiento, a su vez, reforzó los mecanismos de segmentación laboral hasta el punto de que, en 2007, un tercio de las personas empleadas tenían contratos temporales. A ello hay que unir una característica emergente de la segmentación en España: el rápido crecimiento de los trabajadores autónomos en general y en el sector de la construcción en particular (incluyendo una proporción de falsos autónomos difícil de cuantificar). En general, puede afirmarse que en los años previos a la crisis encontramos en España un segmento laboral periférico mucho más desarrollado que en la mayor parte del resto de las economías europeas.

Autores como Lallement (2011: 632) defienden que el ajuste en el ámbito del empleo en España durante los primeros años de la Gran Recesión tuvo lugar a través de un incremento de la segmentación del mercado de trabajo, es decir, profundizando en la flexibilidad en el margen y enfatizando tanto la protección para la fuerza de trabajo central como la problematización del segmento periférico del mercado de trabajo. Los datos sugieren que esta interpretación es correcta. Desde 2008 hubo un incremento vertiginoso de las tasas de desempleo, que alcanzaron su máximo en 2012 al superar el 25%.

En el contexto de la UE, "la destrucción neta de empleos por tiempo determinado fue el resultado de los procesos en dos sectores (manufactura y construcción) y un país (España). Si excluimos a España, la categoría de empleos por tiempo determinado se incrementó en unos 250.000 trabajos en la UE durante la crisis" (Hurley, Storrie y Jungblut (2011: 47). De hecho, de los trabajos perdidos en España en 2008 y 2009, el 90% fueron temporales, a lo que hay que unir una reducción significativa de los trabajadores autónomos. Todo ello pone de manifiesto que la velocidad del ajuste en el empleo en España fue muy superior a la de la mayoría de los países de la UE, reflejando la gran flexibilidad que caracteriza al mercado de trabajo, que, además, procedió a dicho ajuste manteniendo una proporción de trabajadores/as temporales superior al 23%. Durante el mismo periodo citado, la tasa de desempleo de larga duración (es decir, superior a un año) aumentó desde el 1.8% al 11.1%. En este contexto, parece inevitable que el estatus de empleo sea fundamental para comprender los efectos de la Gran Recesión en la salud de la población en España. Dicho de otra forma, es fundamental comprender la medida en la cual el estatus de empleo en un contexto de mercado de trabajo altamente segmentado ha influido en las diferencias en los indicadores de salud disponibles en España durante la crisis.

4.1. Gran Recesión, mercado de trabajo y salud en España: un análisis empírico

Con este objetivo en mente, a continuación, se expone un análisis de los datos disponibles en la ENS en España, coordinada por el Ministerio de Salud de España y diseñada y ejecutada por el INE. Esta encuesta recoge una amplia variedad de información en torno al estado de salud y la utilización de los servicios médicos de la población, así como una adecuada descripción socioeconómica de la misma. Para ello, emplea una muestra representativa de la población a nivel nacional realizada a través de un muestreo estratificado. Las dos ediciones utilizadas en este trabajo corresponden a los años 2006 y 2012, es decir, inmediatamente antes e inmediatamente después del desarrollo de la Gran Recesión. En ambos casos se restringió la muestra analítica para el presente estudio a las personas de 16 o más años que habían completado su etapa formativa. No se incluyeron estudiantes y personas dedicadas en exclusiva al trabajo reproductivo de manera estable, dado que no operan ni han operado en la economía de mercado. También se excluyó a los capitalistas, dado el escaso número de casos en la muestra. En consecuencia, el tamaño de la muestra fue de 22.558 en 2006 y 16.534 en 2012.

El cuestionario de la ENS incluye un amplio número de variables. Para nuestro análisis de datos, las variables independientes centrales fueron el estatus de empleo, la clase social y la educación. Además, se incluyeron indicadores del sexo, la edad, el estatus matrimonial (codificado en una variable ficticia donde el 1 equivale a casada o viviendo en pareja) y el tamaño de la población (metropolitano o mayor de 500.000 personas, de

100.000 a 500.000, de 10.000 a 100.000, menos de 10.000 habitantes). Estas variables se utilizaron como variables de control. A continuación, se describen las variables independientes anteriormente mencionadas:

Estatus de empleo (EE). Para dar cuenta de la complejidad sociolaboral, se construyó una variable que agrupa a la muestra en función de la relación de los individuos con el mercado de trabajo. La construcción de esta variable responde al objetivo de realizar un análisis del mercado de trabajo consistente con las transformaciones recientes del mismo y adecuar la operacionalización al contexto específico que se analiza. Por ello, la variable incluye algunas de las situaciones más relevantes en el marco de los procesos de segmentación y flexibilización del mercado de trabajo que han sido descritos anteriormente, recogiendo las situaciones que mayor protagonismo cobraron y/o que más intensas variaciones experimentaron en las dos últimas décadas. En total, se diferenciaron un total de seis situaciones posibles, que se trataron como variables ficticias: (1) personas que tienen un contrato estable de duración indefinida (trabajo permanente, categoría de referencia); (2) trabajadores/as temporales, con contrato de duración determinada o indeterminada (por obra o servicio, por circunstancias de la producción, etc.); (3) trabajadores/as por cuenta propia y profesionales autoempleados/as; (4) personas desempleadas durante menos de un año; (5) personas desempleadas por un año o más tiempo (desempleo de larga duración) ; y (6) personas jubiladas.

Clase social (CS). La medida de clase social que utilizamos se basa en el análisis de clase neoweberiano formulado por Goldthorpe (Erikson, Goldthorpe y Portocarrero, 1979; Erikson y Goldthorpe, 1992). Este esquema conceptual contempla 11 posiciones de clase, o un esquema resumido de 7 posiciones. Las diferentes posiciones de clase se definen según la situación de mercado y la situación de empleo de las ocupaciones existentes. De esta manera, el esquema de clase de Goldthorpe identifica clases sociales a partir de la jerarquía de autoridad y la autonomía en el trabajo, de la cualificación asociada a la ocupación y del carácter manual o no manual del trabajo desarrollado. Este esquema constituye el fundamento teórico de la *European Socio-economic Classification* (Rose y Harrison, 2010), cuya adaptación a España (Domingo-Salvany *et al.,* 2013) ha sido utilizada en el presente trabajo. El esquema de clases sociales utilizado en la presente investigación reduce el número de clases sociales a cinco. Los desempleados fueron clasificados por su último empleo y los jubilados por su empleo principal durante la vida activa.

La clase I incluye directores y gerentes de establecimientos que tienen bajo su autoridad asalariados y requieren para el desempeño de sus funciones una cualificación universitaria. La clase II agrupa las ocupaciones intermedias, es decir, asalariados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión de servicios. También incluye a pequeños propietarios que no pueden contratar fuerza de trabajo. Ejemplos de ocupaciones en esta clase son técnicos sanitarios y de laboratorio, agentes y representantes comerciales, empleados de bibliotecas y archivos, empleados contables y financieros, empleados de apoyo a la producción y de transportes, asistentes administrativos especializados o técnicos en operaciones de tecnologías de la información. En cuanto a la "pequeña burguesía", incluye a los propietarios de pequeños alojamientos, propietarios de pequeños comercios, cocineros y camareros propietarios de negocio. La clase III recoge a los supervisores de trabajadores manuales y a trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas. Como ejemplos podemos citar a técnicos de control de procesos, técnicos de ciencias naturales, supervisores de industrias manufactureras y de construcción, carpinteros, fontaneros, instaladores de tuberías, electricistas, mecánicos y ajustadores de maquinaria y

de precisión en metales, conductores de transporte ferroviario y maquinistas. La clase IV incluye a trabajadores cualificados del sector primario y a trabajadores semicualificados de otros sectores de la producción. Ejemplos de ocupaciones en esta clase son auxiliares de enfermería, farmacia y otros servicios de la salud, cuidadores de personas, cocineros y camareros asalariados, vendedores en tiendas y almacenes, trabajadores cualificados en huertas, invernaderos y jardines, trabajadores cualificados en actividades pesqueras y agropecuarias, operadores de máquinas para fabricar productos textiles, alimentarios, operarios de máquinas de lavandería y tintorería, y conductores de autobuses, taxis y tranvías. Por último, la clase V agrupa a trabajadores no cualificados, generalmente manuales, como por ejemplo, personal de mantenimiento y limpieza en edificios, oficinas y hoteles, conserjes, ayudantes de cocina, empleados domésticos, peones agrícolas, ganaderos, pesqueros, peones de la construcción y de la industria.

Nivel Educativo (NE). Esta variable fue codificada como un conjunto de variables ficticias con 5 categorías: estudios por debajo de secundaria (categoría de referencia), diploma de secundaria, diploma de bachillerato, formación profesional y estudios universitarios. Esta división refleja fielmente el sistema educativo en España y establece los principales hitos con consecuencias diferenciadas en términos laborales y ocupacionales. Similares agrupaciones se han utilizado con éxito en estudios realizados con población española (Muntaner *et al.* 2003).

En cuanto a la salud, su operacionalización se benefició de la incorporación de dos indicadores en el cuestionario de la ENS en 2006 y 2012. Estas variables, además, reflejan sus dimensiones mental y física. En primer lugar, el *deterioro psicológico* se evaluó a través del *Goldberg's General Health Questionnaire* (GHQ, Goldberg, 1978), en su versión de 12 ítems. Este instrumento estima el deterioro en la salud mental a través de la definición que una persona hace de su propio estado, especialmente en lo que tiene que ver con ciertos estados psicológicos y emocionales que se asocian con el *distress*. Consiste en 12 ítems para los cuales los participantes evalúan la ocurrencia de las situaciones expresadas en cada uno (por ejemplo, ¿últimamente ha sido capaz de concentrarse bien en lo que estaba haciendo? O ¿últimamente ha pensado que es usted una persona que no tiene valía?) en una escala de respuesta de cuatro puntos con un rango que va de "menos de lo usual" (0) a "mucho más que lo usual" (3). Altas puntuaciones en el GHQ implican un mayor deterioro psicológico. Este cuestionario ha sido validado y es ampliamente utilizado en la investigación internacional sobre salud mental, incluyendo numerosas investigaciones con población española (Lobo, Pérez-Echeverría y Artal 1986; Sánchez-López y Desch 2008).

En segundo lugar, se utilizó como indicador de salud una medida autoevaluada coincidente con la descrita anteriormente en el marco de la ECV y utilizada en el capítulo 2 de este trabajo. Como se recordará, el ítem empleado mide la autoevaluación de la salud en una escala de uno a cinco, variando desde "muy mala" a "muy buena" (a valores más altos le corresponden una mejor evaluación de la salud).

Los principales resultados se exponen en las tablas 5 y 6. La tabla 5 muestra las puntuaciones medias (y las correspondientes desviaciones típicas) para las medidas utilizadas en nuestro estudio (salud autoevaluada y deterioro psicológico), en función del EE. Esta distribución permite analizar la evolución de los indicadores de salud entre 2006 y 2012 para cada uno de los EE definidos en nuestra variable independiente. Además, se incluye un estadístico de contraste para determinar las situaciones de empleo entre las cuales existen diferencias significativas en las medias correspondientes a las variables dependientes. Se utilizan como referencia los empleos indefinidos.

Estas diferencias, sin embargo, cobran mayor sentido en el marco de la tabla 6, donde se presentan los resultados de un análisis de regresión correspondiente a tres modelos diferentes. El primer modelo examina el efecto del EE ajustando el análisis según nuestras variables de control (sexo, edad, tamaño del municipio de residencia, estado civil/convivencial). El segundo y el tercer modelo añaden las variables CS y NE con el objetivo de comprobar que la asociación del EE con las dos medidas de salud utilizadas se mantiene. Centrándonos en la salud autoevaluada, el principal cambio al comparar los resultados para 2006 y 2012 es que en este último año (tal y como se aprecia en la tabla 5) no hay diferencias significativas en las puntuaciones en salud para las personas desempleadas durante menos de un año, teniendo en cuenta todas las categorías restantes de EE donde se tiene un empleo.

TABLA 5. Puntuaciones medias y desviación típica para las variables "Salud autoevaluada" y "Deterioro Psicológico (GHQ)", según el estatus de empleo

	Indefinidos	Temporales	Autónomos	Desempleados - 1 año	Desempleados + 1 año	Jubilados/as	*F*	Range
				2006				
Salud	3.91 (.78)	3.86[e,f] (.79)	3.85[e,f] (.81)	3.79[a,e,f] (.85)	3.53[a,b,c,d,f] (.86)	3.19[a,b,c,d,e] (.93)	693,92***	1-5
Deterioro Psicológico (GHQ)	1,13 (2.11)	1.43[a,c,d,e,f] (2.30)	1.17[a,b,d,e,f] (2.01)	1.90[a,b,c] (2.87)	2,06[a,b,c,f] (2.87)	2,12[a,b,c] (3.12)	133,32***	0-12
				2012				
Salud	4.04 (.72)	4.04[e,f] (.72)	4.00[e,f] (.74)	4,01[e,f] (.77)	3,74[a,b,c,d,f] (.87)	3,29[a,b,c,d,e] (.93)	603.46***	1-5
Deterioro Psicológico (GHQ)	1.00 (1.94)	1.17[d,e,f] (2.15)	1.33[a,d,e,f] (2.90)	1.84[a,b,c,e] (2.82)	2.43[a,b,c,d,f] (3.28)	1.87[a,b,c,e] (3.14)	103.31***	0-12

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; *** $p \leq .001$

[a] diferente ($p \leq .05$) de personas en un trabajo indefinido; [b]diferente de personas en un trabajo temporal; [c]diferente de trabajadores/as autónomos

[d] diferente de personas en desempleo menos de un año; [e]diferente de personas en desempleo un año o más; [f]diferente de personas jubiladas

Estos resultados son consistentes con los obtenidos en los análisis de regresión. En efecto, las variaciones en los modelos mostrados en la tabla 5 pueden ser interpretados como un cambio estructural con respecto a 2006, tal y como sugieren los resultados del test de Chow [$F(20,39052)=14,87$; $p \leq .01$]. En este sentido, el coeficiente para aquellos que están fuera del empleo durante menos de un año no es significativo en 2012 después de considerar la clase social y el nivel educativo (modelo 3). En contraste con los datos para 2006, solo los coeficientes para las personas en desempleo de larga duración son diferentes significativamente con respecto a la categoría de referencia (contrato permanente o indefinido). Estos resultados muestran la importancia de las transiciones hacia el desempleo y, sobre todo, la creciente relevancia de la duración del desempleo y su reflejo en la salud.

Este deterioro de la salud tiende a reflejarse en la percepción de padecer un mal estado de salud general, pero también, en la aparición de enfermedades –como en el caso de Rocío (HV-2.2) y de Juan (HV-1.1)– o en el empeoramiento de enfermedades ya diagnosticadas, tal y como ocurre en el caso de Lama (HV-3.1).

> *Me siento mala todo el tiempo. No sé cómo explicarte. De repente, migrañas todo el tiempo (…). Pero es que Fernando no para de tener lumbo… lumbo "no sé cuántos". Por suerte… por suerte los niños no son más que resfriados, pero nosotros no levantamos cabeza desde que empezamos a dar bandazos con el curro ¡coño!* (HV-2.2; Rocío).
>
> *Yo te digo que a mí la mononucleosis casi acaba conmigo. Fueron dos meses… ¡madre mía! Es que… es que nunca había estado así (…). Que te diga Carmela, fue una cosa que… que en fin. Yo te digo que si hubiera estado bien, esto… no sé, estable o yo que sé, no me hubiera pegado tan fuerte pero claro… el cuerpo responde a todo y así pasó, todo el rollo no saber qué iba a pasar y… dos meses sin salir de la cama* (HV-1.1; Juan).
>
> *Esto mi enfermedad… mal, muy mal. Yo muchos ingresos porque dice médicos que tiene que ver con cabeza, ¿sabes? Con que yo esté tranquila y… y sin sustos. Con susto la piel… no sé cómo te explicar, es como que me pica mucho y quema y… tiene que ir a hospital y pinchar y estar unos días allí (…). Con lo de piso yo… yo muchas veces a hospital* (HV-3.1; Lama).

Por otro lado, destacan los resultados obtenidos en el caso de las personas jubiladas en el indicador de salud percibida, reduciéndose la brecha entre estas y la categoría de referencia en los análisis (empleo indefinido). En este sentido, mientras que las puntuaciones medias en salud de las personas jubiladas en 2006 eran un 28% menores que las de aquellas con un contrato indefinido, en 2012 esta diferencia cae al 14%.

En realidad, como se verá más adelante, la mejora de la población jubilada en su relación con la salud se vincula especialmente al bienestar psicológico. Sin embargo, los participantes del estudio también refieren una mejora de la salud autopercibida, estrechamente relacionada con la introducción de mayor actividad ante la necesidad de encargarse del bienestar de sus hijos, y sobre todo, de sus nietos menores de edad.

> *Yo la verdad es que…es que esto ha sido duro, pero en parte ¿cómo te explico? Así como que me siento joven [risas] (…). ¡Ojalá ellos pudieran vivir sin problemas! Pero la verdad es que yo… nosotros hemos ganado mucho, mucho, mucho (…). Mucho tiempo con los niños y sobre todo… movernos todos los días, estar más ágiles o… o no sé, como más vitales. Si no pienso en el dinero [risas], yo diría que hemos rejuvenecido, ¿o no?* (HV-1.2; José).
>
> *Yo veo mejor a mi madre. ¡Pero mucho mejor! Ella me lo dice, que se siente mejor y… y menos cansada. Si es verdad que es mucho trabajo, encargarse de mis hijos y además, de mi padre, ¡que yo no sé cómo puede con todo! Pero ella está… está no sé, más cargada de energía o algo así* (HV-4.1; Ramona).

A pesar de la relevancia de los resultados obtenidos para la medida de salud autoevaluada, lo cierto es que el papel jugado por el estatus de empleo es incluso mayor para la explicación del deterioro psicológico. La variación de las puntuaciones de esta variable durante la crisis económica refleja patentemente las dinámicas de cambio y segmentación características del mercado de trabajo en España durante las últimas décadas (de nuevo los resultados para 2012 sugieren la existencia de un cambio estructural, tal y como sugiere el test de Chow [$F(20,37976)=5,38$; $p \leq .01$]).

Las diferencias entre los resultados para los dos momentos analizados muestran que durante la Gran Recesión se produjo un incremento significativo del deterioro psicológico entre los desempleados.

Ciertamente, el desempleo en España se ha intensificado a un ritmo sin precedentes desde el año 2007. Si en 2007 el paro afectaba a alrededor del 8% de la población, un año más tarde la tasa de población parada era superior al 11% (11.25%), situándose en el año 2013 en el 26.09%. Desde el año 2013 la población desocupada se ha visto progresivamente reducida. Sin embargo, el desempleo sigue afectando a más del 16% de la población española, cifras muy alejadas de las existentes en el conjunto europeo (7.6% de población desempleada para EU-28).

En un panorama como el que se acaba de describir, el análisis del impacto que el desempleo tiene en la ciudadanía resulta fundamental. Tal y como se ha señalado anteriormente, el empleo no solo tiene una funcionalidad económica sino que se erige como un elemento central para garantizar el bienestar psicosocial de las personas y, por ello, su ausencia se vincula de manera directa al malestar psicológico (Jahoda, 1982). Este proceso afecta especialmente a los parados de larga duración. Como muestran los datos analizados, la brecha con respecto a otras categorías de empleo se amplía de manera sobresaliente en 2012, con puntuaciones medias en la variable "deterioro psicológico" un 266% mayores que las correspondientes a la categoría de referencia (empleo indefinido) en nuestros análisis de regresión.

La cronificación de las situaciones de desempleo se ha convertido en una de las problemáticas más llamativas del mercado de trabajo español. De hecho, el paro de larga duración, que en el año 2016 afectaba a alrededor del 10% de la población desempleada, se constituye como uno de los elementos centrales en torno al cual se articula el material discursivo que es analizado en el presente trabajo.

> *Cómo puede ser posible, que me lo expliquen, estar desde el año… el año 2011 en paro. ¡Cómo coño es posible! He trabajado siempre, siempre, siempre. Nunca había cobrado el paro, y mira, ahora ya van para… para seis años sin trabajo (…). ¿Sabes qué es lo peor? La mierda que te sientes, así de claro. Llega un momento que… no sé, has entrado como en una rueda de… de volverte loco… pero loco de verdad* (HV-2.3; Roberto).
>
> *Es un poquito de humillante, un poquito. Yo… yo mantengo a familia y… no trabajar no cosa buena. Siempre trabajo, siempre trabajo y… ahora no trabajo por muchos años (…). Cuatro años de no trabajar. Yo sentir mal por eso, por eso y por familia que no tiene para pagar* (HV-2.1; Naim).

La situación cuando el desempleo se afronta con prestación también complica el bienestar psicológico de la población. De hecho, la entrada en el sistema de prestaciones por desempleo si bien ha sido fundamental para garantizar el bienestar de las familias residentes en España, constituye el inicio de una precariedad que sitúa a la ciudadanía cada vez más cerca de los procesos de exclusión social.

Yo siempre he pensado… he pensado que cobrar el paro es algo que… que no. Yo trabajo, o sea, he trabajado siempre y no quiero ayuditas ni limosnitas. Quiero trabajo (…). Ir a sellar el paro para que no te quiten lo que cobras es… es de humillarte total. Hacer la cola y esperar… no quiero sentirme así cada tres meses (HV-2.3; Roberto).

Que si el paro, que si el subsidio, que si el RAI, que si el PREPARA… ¿preparar para qué? Para la Renta Mínima, para eso. Eso es lo que ahora tengo. Lo he cobrado todo. Y ahora, a vivir de más ayudas (…). ¿Pero esto qué es? (…). Yo de verdad que te digo que no puedo más. Que esto no… esto no hay quien lo aguante. Mira, yo no sé el tiempo que hace ya que duermo sin pastillas. O sea, yo, que siempre he dormido como nadie, ahora a vivir de Lexatines (HV-3.2; Manuela).

En definitiva, como consecuencia, aparecen diferencias entre desempleados en función de la duración del desempleo que en 2006 no existían. De manera relacionada, en 2012 desaparece la desventaja que en términos de bienestar psicológico implicaba tener un trabajo temporal con respecto a las situaciones laborales más estables, y al contrario, la volatilidad de la condición de los trabajadores autónomos encuentra su reflejo en la salud mental tras el impacto de la crisis y la rápida respuesta del mercado de trabajo en España. De hecho, la asociación entre temporalidad en el empleo y autoempleo, por un lado, y bienestar psicológico, por otro, se invirtió durante la crisis, despareciendo la ventaja relativa de los autónomos con respecto a los contratados de manera temporal hallada en 2006.

Esto no resulta extraño si se considera que durante la Gran Recesión, la crisis del empleo afectó especialmente a los dos sectores económicos en los que el trabajo por cuenta propia se encontraba más extendido, a saber, la construcción y la hostelería.

Como en el caso de Fernando (HV-2.2) y Roberto (HV-2.3), muchos ciudadanos vieron cómo el descenso de los ingresos proporcionados por sus negocios se asociaba a un crecimiento del malestar psicológico vinculado a procesos depresivos.

Yo cuando cerré la empresa… creo que después de la muerte de mi madre, es… es una de las cosas más jodidas que he hecho, en serio (…). O sea… lo del autónomo en este país… es… es imposible. O sea, no se podía seguir pagando o sea, ya no había más que hacer pero si tenías que seguir pagando (…) fue muy doloroso y yo creo que… creo que lo tengo ahí aún y ya son años que han pasado (HV-2.2; Fernando).

Yo ya, cuando vi que esto se ponía feo empecé con mucha… no sé, como con muchos nervios (…). La verdad que no sé, veía que Roberto ya no… ya no salía casi a sus reformas y… y…, que estaba hecho polvo, la verdad. Entramos en un espiral de… en fin, que al final… al final salimos ¡salimos con pastillas, claro! Que eso él no lo cuenta que le da vergüenza pero… yo es una depresión y… vamos, que la arrastra desde 2011 (HV-2.3; Josefina).

TABLA 6. Coeficientes de regresión no estandarizados (OLS) para las medidas "Salud Autoevaluada" y "Deterioro Psicológico (GHQ)" en los datos de la Encuesta Nacional de Salud, ediciones 2006 y 2012

	Salud Autoevaluada						Deterioro psicológico (GHQ)					
	2006			2012			2006			2012		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Estatus de Empleo (Referencia: Indefinidos)												
Temporales	-.084*** (.019)	-.029 (.019)	-.013 (.019)	.075** (.023)	.037 (.023)	.025 (.023)	.223*** (.057)	.152** (.057)	.126* (.058)	,168* (.075)	,118 (.075)	.098 (.076)
Empresarios y autónomos	-.023 (.019)	-.056** (.019)	-.014 (.020)	.005 (.023)	.027 (.023)	.003 (.023)	.085 (.059)	.126*** (.060)	.062 (.060)	,377*** (.076)	,409*** (.076)	.370*** (.077)
Personas en paro - 1 año	-.153*** (.028)	-.099*** (.028)	-.081** (.028)	.110*** (.025)	.062* (.025)	.042 (.025)	.734*** (.086)	.671*** (.087)	.642*** (.087)	,907*** (.082)	,844*** (.083)	.812*** (.084)
Personas en paro + 1 año	-.308*** (.036)	-.259*** (.036)	-.229*** (.036)	.284*** (.025)	.236*** (.025)	.208*** (.025)	.771*** (.109)	.712*** (.109)	.665*** (.109)	1,402*** (.080)	1,343*** (.081)	1.298*** (.082)
Personas jubiladas	-.398*** (.022)	-.370*** (.022)	-.332*** (.022)	.228*** (.025)	.197*** (.025)	.143*** (.025)	.737*** (.066)	.715*** (.067)	.662*** (.067)	,267*** (.081)	,237** (.081)	.175* (.082)
Mujer	-.163*** (.011)	-.160*** (.012)	-.164*** (.012)	.126*** (.013)	.130*** (.013)	.135*** (.013)	.646*** (.035)	.627*** (.036)	.635*** (.036)	,522*** (.041)	,524*** (.042)	.531*** (.042)
Edad	-.010*** (.001)	-.010*** (.001)	-.008*** (.001)	.016*** (.001)	.016*** (.001)	.015*** (.001)	.005** (.002)	.005** (.002)	.003 (.002)	,016*** (.002)	,016*** (.002)	.014*** (.002)
Tamaño de la población (Referencia 500.000+)												
100.000 - 500.000	-.079*** (.021)	-.073*** (.020)	-.067** (.020)	.044* (.021)	.026 (.021)	.013 (.021)	-.083 (.063)	-.087 (.063)	-.098 (.063)	,194** (.069)	,172* (.069)	.156* (.069)
10.000 - 100.000	-.122*** (.020)	-.099*** (.020)	-.077*** (.020)	.078*** (.021)	.046* (.021)	.023 (.021)	-.021 (.061)	-.045 (.061)	-.078 (.062)	,227*** (.067)	,187** (.068)	.160* (.068)
10.000 -	-.108*** (.021)	-.077*** (.021)	-.043* (.021)	.059** (.022)	.008 (.022)	-.023 (.022)	-.141* (.063)	-.179** (.064)	-.229*** (.064)	,097 (.071)	,033 (.072)	-.002 (.073)
Casados/as	-.025* (.012)	-.027* (.012)	-.027* (.012)	-.029* (.013)	-.017 (.013)	-.012 (.013)	-.248*** (.036)	-.246*** (.036)	-.246*** (.036)	-,309*** (.042)	-,291*** (.042)	-.289*** (.042)

Clase Social (Referencia: Clase I)												
Clase social II		-.121***	-.039*		.082***	.034		.184***	.052		,030	-.038
		(.017)	(.019)		(.020)	(.021)		(.053)	(.059)		(.065)	(.069)
Clase social III		-.220***	-.088***		.163***	.086***		.187***	-.020		,106	-.002
		(.019)	(.022)		(.022)	(.024)		(.057)	(.066)		(.072)	(.078)
Clase social IV		-.229***	-.104***		.217***	.121***		.204***	.005		,227***	.096
		(.019)	(.022)		(.018)	(.021)		(.059)	(.068)		(.060)	(.069)
Clase social V		-.302***	-.157***		.244***	.132***		.468***	.242***		,314***	.163*
		(.020)	(.023)		(.022)	(.025)		(.060)	(.070)		(.072)	(.082)
Nivel educativo (Referencia Inferior a secundarios)												
Estudios Secundarios			.082***			-.135***			-.011			-.078
			(.020)			(.019)			(.062)			(.061)
Estudios Bachillerato			.195***			-.218***			-.229***			-.217**
			(.020)			(.025)			(.061)			(.082)
Estudios FP			.114***			-.204***			-.187**			-.245**
			(.020)			(.024)			(.060)			(.078)
Estudios Universitarios			.271***			-.276***			-.399***			-.319***
			(.021)			(.026)			(.066)			(.085)
Constante	4.508***	4.639***	4.326***	1.154***	1.056***	1.392***	.817***	.687***	1.125***	,084	,009	.383**
	(.030)	(.032)	(.040)	(.034)	(.035)	(.046)	(.091)	(.097)	(.122)	(.111)	(.117)	(.152)
R^2	.150	.161	.170	.190	.200	.206	.048	.051	.053	.049	.051	.052

Por último, tal y como se avanzaba anteriormente, conviene resaltar que el tamaño de las diferencias en las puntuaciones medias en deterioro psicológico cae de manera notable para las personas jubiladas, convirtiéndose en tan solo un 19% superiores que las puntuaciones para las personas en la categoría de referencia (la diferencia era de un 94% en 2006). Más aún, durante la crisis los jubilados dejan de ser el grupo más afectado por el deterioro psicológico, emergiendo una posición de ventaja relativa con respecto a las personas en desempleo de larga duración que en 2006 no existía.

Ello tiene que ver con el hecho de que la población jubilada se ha constituido en muchos casos como elemento central para garantizar el bienestar de sus familias. Esta mejora del bienestar psicológico, en el caso de los participantes del estudio, se vincula al hecho de que la crisis ha conllevado una reagrupación o acercamiento con respecto a sus hijos y nietos.

> *Yo estoy feliz de tenerles en casa todos los días a comer. De verdad que pensaba que ya se había acabado, pero… mira, todos otra vez a la mesa y yo… encantada de cocinar para mis niños [risas]. Es que antes pues era… pues no sé, nos visitábamos todas las semanas y así pero ahora… ahora puedo disfrutar de ellos siempre y bueno, ojalá encontraran trabajo todos y eso pero… yo por un lado estoy… estoy muy feliz de esto* (HV-1.2; Carmen).
>
> *Yo lo siento mucho por mi hija, claro, y… y es duro vivir todos aquí cuando… cuando ya los hijos se hacen mayores tienen que volar y… (…). Yo quiero una casa para la niña y los niños, con su espacio, claro y… pero la verdad, me encanta ir al cole a por ellos y darles la merienda es… es el momento feliz del día* (HV-4.1; Pepe).

Conviene resaltar que este bienestar psicológico no siempre aparece. Es decir, su incremento tiene que ver con la situación familiar inicial a la crisis y con la forma de convivencia que la Gran Recesión ha impulsado, o no. En este sentido, la crisis ha supuesto una paralización de los procesos de emancipación de la población joven en España, que según datos de Eurostat, ronda los 30 años. Como para tantas otras familias residentes en España, en el caso de Carmela y de Juan (HV-1.1.) esta realidad supone un elemento central en la reducción de su bienestar.

> *A mí es que me mata verla aquí todos los días y… y volviéndose loca por que le salga algo de trabajo, de verdad (…). ¡Es que nos hemos hipotecado para pagarle sus estudios! Ella se ha matado a estudiar y ahora… ni trabajo y parece que… que ni vistas de tenerlo. O sea… ¿cuándo va a tener ella su casa? ¿Cuándo va a poder salir de aquí? Eso es lo que me quita el sueño y lo que… lo que nos desvela* (HV-1.1; Carmela).
>
> *Yo veo que… que no, que cada vez tiene más… más no, menos posibilidades de independencia. Los trabajos que le salen son… son de becas y con 500 euros dime tú cómo va a pagar un alquiler. Es que no se puede, de verdad que no se puede. Y ¡ojo! Que no la quiero echar de casa que no es eso, pero tiene 30 años ya, y tiene que hacer su vida. Yo creo que la juventud de ahora, o sea, que no, que no tienen casi futuro de eso de… de volar solos* (HV-1.1; Juan).

La realidad que vive Carlota, la hija de Juan y Carmela (HV-1.1) no es un caso aislado. La crisis socioeconómica ha terminado definitivamente con la lógica que estructuraba las biografías en torno a tres etapas progresivas –educación, producción y jubilación–, asociadas a edades encadenadas y normalizadas –juventud, adultez y vejez– (Alonso, 2004).

La encuesta realizada en 2011/12 incluye como novedad una medida de CdV relacionada con la salud ampliamente utilizada. Se trata del cuestionario EQ-5D (EuroQol

Group, 1990), una medida estandarizada de CdV. Este instrumento es utilizado internacionalmente como medida genérica de salud (Devlin y Krabbe, 2013). Las puntuaciones en el EQ-5D solo están disponibles para la muestra de 2012. La versión utilizada en el presente estudio es la EQ-5D-5L, que ha sido desarrollada, adaptada y validada para diversos países, incluyendo España (Herdman *et al.,* 2011). El instrumento consta de dos partes. En la primera parte (denominada "sistema descriptivo EQ-5D") se describe y evalúa la CdV a partir de 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. En cada dimensión existen 5 categorías de respuesta de entre las cuales la persona debe señalar el enunciado más apropiado: sin problemas, pequeños problemas, problemas moderados, problemas graves y problemas extremos. El resultado es un perfil de 5 dígitos, siendo posible convertir dicho perfil en un índice aplicando valores de conversión específicos para cada país. Dada la disponibilidad de dicho conjunto de valores para la población española (Oemar y Janssen, 2013), se calculó el valor de dicho índice y se utilizó en el análisis de datos del presente estudio. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida en dicho índice, mejor será el estatus de salud del individuo.

La segunda parte del EQ-5D consiste en una escala visual (EQ VAS) que registra la autoevaluación de la salud de la persona entrevistada en una escala visual vertical de 20 centímetros donde los extremos son etiquetados como "la peor salud que puedas imaginar" y "la mejor salud que puedas imaginar". Las personas entrevistadas marcan con una "X" en la escala indicando cómo es la salud en la actualidad, trasladándose su valor numérico como la puntuación obtenida. Se trata por tanto de una medida de salud autoevaluada (*self-rated*), con rango de 0 a 100 puntos, donde altas puntuaciones implican una mejor autoevaluación de la salud.

La tabla 7 muestra los resultados correspondientes a los modelos de regresión calculados con el mismo esquema que el empleado en el caso de las medidas de salud autoevaluada y bienestar psicológico. Es preciso recordar que la variable CdV, medida a través del cuestionario EQ-5D, solo está disponible para la versión más reciente de la ENS. En este sentido, el principal interés de los datos reflejados en la tabla 7 reside en confirmar la adecuación de nuestros modelos analíticos en una variedad de medidas de salud. En este sentido, los resultados obtenidos para la medida EQ-VAS coinciden con los obtenidos en la medida de salud autoevaluada. De hecho, el patrón de asociación entre variables (y categorías) en las ecuaciones de regresión obtenidas es idéntico. Conviene recordar que el EQ-VAS constituye una escala de salud autoevaluada con rango 0-100 y posicionamiento espacial sobre su representación gráfica. Por otro lado, los resultados para el EQ5D-Index Value (medida genérica de salud) muestran ligeras variaciones. En este caso, al controlar por educación (modelo 3), los coeficientes para las personas en paro durante menos de un año son significativos mientras que el coeficiente para la clase III no lo es. Ambas diferencias son las únicas existentes con respecto a los resultados obtenidos para las medidas de salud autoevaluada en una escala de 5 puntos en nuestros análisis de regresión.

TABLA 7. Coeficientes de regresión no estandarizados (OLS) para las medidas de calidad de vida medidas con los instrumentos "EQ-5D-5L Index and EQ-VAS" en los datos de la Encuesta Nacional de Salud, edición 2012

	EQ-5D-5L, Index Value			EQ-VAS, Autoevaluada		
	1	2	3	1	2	3
Estatus de Empleo (Referenci: Indefinidos)						
Temporales	-.010* (.005)	-.005 (.005)	-.003 (.005)	-.937* (.472)	-,392 (.475)	-,231 (.475)
Empresarios y autónomos	-.005 (.005)	-.008 (.005)	-.005 (.005)	-.781 (.480)	-1,107* (.480)	-,808 (.483)
Personas en paro - 1 año	-.026*** (.006)	-.019*** (.006)	-.016** (.006)	-.778 (.520)	-,080 (.523)	,176 (.525)
Personas en paro + 1 año	-.029*** (.006)	-.022*** (.006)	-.019*** (.006)	-4.106*** (.508)	-3,407*** (.511)	-3,048*** (.515)
Personas jubiladas	-.050*** (.006)	-.046*** (.006)	-.037*** (.006)	-4.563*** (.509)	-4,130*** (.510)	-3,319*** (.518)
Mujer	-.048*** (.003)	-.048*** (.003)	-.049*** (.003)	-2.472*** (.261)	-2,536*** (.261)	-2,579*** (.261)
Edad	-.004*** (.001)	-.004*** (.001)	-.004*** (.001)	-.380*** (.013)	-,378*** (.013)	-,353*** (.013)
Tamaño de la población (Referencia: 500.000+)						
100.000 - 500.000	-.006 (.005)	-.004 (.005)	-.002 (.005)	-1.651*** (.432)	-1,390*** (.432)	-1,243** (.431)
10.000 - 100.000	-.022*** (.005)	-.017*** (.005)	-.013** (.005)	-2.022*** (.423)	-1,559*** (.425)	-1,248** (.426)
10.000 -	-.005 (.005)	.002 (.005)	.007 (.005)	-1.866*** (.447)	-1,123* (.453)	-,679 (.456)
Casados/as	.028*** (.003)	.026*** (.003)	.025*** (.003)	1.179*** (.264)	1,013*** (.265)	,909*** (.265)
Clase Social (Referencia: Clase I)-						
Clase social II	-	-.010* (.005)	-.004 (.005)	-	-1,040* (.411)	-,577 (.435)
Clase social III	-	-.019*** (.005)	-.009 (.005)	-	-2,191*** (.450)	-1,316*** (.490)
Clase social IV	-	-.029*** (.004)	-.015*** (.005)	-	-3,071*** (.379)	-1,899*** (.435)
Clase social V	-	-.037*** (.005)	-.020*** (.006)	-	-3,526*** (.455)	-2,095*** (.512)
Nivel Educativo (Referencia: Inferior a secundarios)						
Estudios Secundarios	-	-	.030*** (.004)	-	-	2,393*** (.384)
Estudios Bachillerato	-	-	.041*** (.006)	-	-	3,890*** (.518)
Estudios FP	-	-	.036*** (.005)	-	-	3,339*** (.489)
Estudios Universitarios	-	-	.046*** (.006)	-	-	3,796*** (.535)
Constante	1.152*** (.008)	1.165*** (.008)	1.107*** (.011)	100.449*** (.696)	101,789*** (.732)	96,775*** (.954)
R^2						

Como puede apreciarse, los datos expuestos sugieren la existencia de un cambio en el patrón de asociación entre mercado de trabajo y salud en España durante la Gran Recesión. En este sentido, parece difícil comprender adecuadamente el impacto de los procesos de segmentación laboral en el contexto de la crisis económica sin señalar su ineludible efecto en la desigualdad social en general. El aumento del desempleo y la acentuación de los procesos de segmentación anteriormente descritos, unidos a la reducción de salarios, la aplicación de políticas de austeridad y los recortes en prestaciones sociales han generado un incremento de la desigualdad asociada al trabajo. Según datos de Eurostat, entre 2007 y 2012 el riesgo de exclusión social y pobreza ha aumentado en un 5%, afectando al 28.2% de la población. Este crecimiento ha sido especialmente importante entre la población en edad de trabajar, donde la incidencia del riesgo de exclusión pasó del 20.8% a casi el 30%. De hecho, el porcentaje de trabajadores pobres se duplicó entre 2007 y 2010, de manera que la tasa de pobreza en el trabajo se situó en el 15.9%.

Esta realidad aparece ilustrada por los participantes del estudio que cuentan con empleo y que aún así, se hallan en una situación de precariedad absoluta. Ello permite confirmar que, en la actualidad, el empleo está perdiendo su importancia como elemento de protección frente a la pobreza y la exclusión social, tal y como muestran los discursos de Fernando (HV-2.2) y Ramona (HV-4.1).

> *Yo trabajo unas horitas en un bar pero vamos… unas horitas que son 50 a la semana y… 600 euros de sueldo (…). Sí, sí, 600 por 50 horas a la semana y… bueno, un contrato de 25 horas. Dime tú ahora cómo coño nos mantenemos seis persona con ese dinero (…). Pues ya te lo digo yo, no nos mantenemos y si alguien nos mantiene es Cáritas, que mis hijos comen gracias a las monjas* (HV-2.2. Fernando).
>
> *Entonces yo ahora mismo tengo un contrato de 25 horas a la semana que… que vamos, que como te dije, es un sueldo de 400 y poco de euros y… con eso pues… poco da. Estoy pagando la deuda de la tarjeta y… el resto mis padres porque si no… imposible hacerlo de otra forma* (HV-4.1; Ramona).

Todos estos procesos encuentran su reflejo en la distribución de la salud en la población residente en España. De hecho, podemos afirmar que las diferencias en salud que se producen durante la Gran Recesión son en gran medida un reflejo de los cambios en la significación que dentro del mercado de trabajo tiene cada una de las categorías que definen el estatus de empleo. En especial, conviene enfatizar que en España el mercado de trabajo en el que "impacta" la crisis económica se caracteriza por la existencia de una profunda segmentación que sitúa a una proporción significativa de la población activa en una situación de vulnerabilidad definida por las categorías de desempleo y trabajo flexible. Como señalan Josefina (HV-2.3) y Lama (HV-3.1).

> *Si es que la historia es que… que el sueldo no es que esté mal o sea, por las horas y eso pues… no está mal, pero el problema es que los contratos son por semanas o sea, te llaman las semanas que a ellos les venga bien si tienen… si tienen campañas de venta y eso. O sea yo sé que ahora esta semana trabajo, pero la que viene sé que no y… no sé cuándo me van a volver a llamar. Que ya te digo que me suelen llamar para trabajar alguna semanilla todos los meses pero… pero es que así es un sinvivir. O sea, es que no puedes estabilizarte en nada y… siempre buscando otra cosa y… dándole vueltas para ver qué vas a hacer si… si por ejemplo no te llaman en dos meses, que también me ha pasao* (HV-2.3; Josefina).
>
> *Yo trabajo… trabajo siempre de tres meses no… no más. Yo tengo… tengo que conseguir trabajo más meses. No puedo pagar todos meses si no trabajo seguido ¿sabes? Uno contrato de esos que… que ¿cómo se llama? De eso fijo y así sí poder vivir bien con mis niños* (HV-3.1; Lama).

En definitiva, esta realidad muestra la problematización del trabajo y el empleo como elementos de integración y cohesión social, como mecanismos que garantizan el acceso al bienestar y a unos ingresos suficientes, y como catalizadores de la salvaguarda de los derechos sociales.

De hecho, los mecanismos de segmentación característicos del mercado de trabajo anteriormente descritos (desempleo, trabajo flexible, precariedad y temporalidad) que modulan y en gran medida determinaron cualitativamente el impacto de la crisis en el ámbito laboral, unidos a la pauperización del trabajo y al incremento de la pobreza en España, implican una redefinición de la posición y del estatus social de los grupos sociales. A su vez, esta redefinición tiene su reflejo en los indicadores de salud, contribuyendo a explicar de manera notable el cambio en la distribución social de la salud y el deterioro psicológico que se advierte en los datos analizados en este capítulo (y también en el capítulo anterior).

Esta aproximación se hace especialmente adecuada para interpretar los resultados obtenidos en los indicadores de salud para las personas jubiladas. De hecho, la privación material y las tasas de exclusión y pobreza para las personas mayores de 65 años se han reducido sistemáticamente durante la Gran Recesión, pasando a situarse claramente por debajo del 20% en 2012 (27.8% en 2007), incluyendo las personas de mayor edad (la tasa de pobreza para mayores de 75 años pasó del 30.9% al 17.6%). La evolución de este indicador tiene su origen en el empobrecimiento general de la sociedad española, y de las personas económicamente activas particularmente. Además, las pensiones constituyen tradicionalmente en España el principal eje de la política social y, aunque las políticas de austeridad afectaron a todas las prestaciones sociales, lo cierto es que las pensiones y los beneficios asociados a la jubilación se han visto afectados en menor medida, poniendo en marcha un proceso cuyo resultado ha sido la redefinición del papel socioeconómico de los/as trabajadores retirados, como es el caso de José (HV-1.2) y Pepe (HV-4.1).

> *Y menos mal que es así, o sea, que podemos ayudar con la pensioncita. Que no tenemos más, pero más de lo que tienen mis hijos ahora sí y mira, la casa está pagada, no tenemos más, pues hasta donde llegue que… que bueno, la jubilación es poca pero… pero creo que es una de las cosas que no han tocado y que no… que no han… de esto, recortado o qué sé yo* (HV-1.2; José).
>
> *Es que quién me iba a decir a mí que mi pensión iba valer tanto [risas]. Es que es verdad, que con eso mira, mal que bien, mi hija y mis nietos y bueno, nosotros, vamos tirando* (HV-4.1; Pepe).

En efecto, tal y como se ha señalado anteriormente, los datos disponibles sugieren que los/as jubilados/as han visto reforzado su papel sostenedor en el ámbito familiar. Un 40% ayuda económicamente a algún familiar (el 15% en 2010). El porcentaje de hogares encabezados por una persona jubilada ha aumentado sistemáticamente desde 2008 hasta situarse en el 26%. Además, un 9% de las personas retiradas mantiene a una o más personas desempleadas, el triple que en los años previos a la crisis, cifra que es preciso contextualizar en un proceso de concentración de núcleos familiares previamente independientes en un único hogar sostenido con los ingresos de una persona jubilada.

Es decir, si bien la relevancia de la familia en la protección social de sus miembros constituye un elemento característico del estado de bienestar en España (Moreno, 2001), la crisis ha impulsado su importancia en dos sentidos.

Por un lado, se intensifica el papel de la población jubilada que proporciona ayuda a sus familias. Así, historias como la de Saray (HV-3.3), Juan y Carmela (HV-1.1), José y Car-

men (HV-1.2) o Manuela (HV-3.2), entre tantas otras, ilustran que la familia se ha erigido como el espacio central para la búsqueda de refugio y bienestar.

> *Yo la verdad es que siempre acudo a mi padre. No sé cómo viviría si no nos diera para comida y para… para pagar la luz cuando no podemos. O sea… es muy injusto, la verdad* (HV-3.3; Saray).
>
> *Mi padre me da de todo. Pero de todo. Y ya no a mí, sino a mis hijos que… yo que sé, que necesitan zapatillas, ropa, libros, lo que sea. Lo de la comida ya es lo de menos, que también, pero es que me paso la vida pidiéndole. Yo pensaba que cuando me fui de casa ya iba a dejar de depender de él pero… parece que no* (HV-3.2; Manuela).

Por otro lado, se reagrupan las familias y se recuperan antiguos modelos, a saber, las familias extensas reconstituidas, tal y como es el caso de Ramona (HV-4.1).

> *Yo no sé qué habríamos hecho sin mis padres o sea, si no nos hubieran acogido. Como ya te dije, la realidad es que de una pensión vivimos… pues eso, cinco personas, o sea… una pensión que no llega a 700 euros y que bueno, mal que bien, pues por lo menos tenemos eso pero… aquí estamos hacinados en un piso pequeño, pequeño* (HV-4.1; Ramona).

Esta redefinición del espacio social de los trabajadores retirados en España es consecuencia directa de los procesos de segmentación laboral anteriormente descritos y muestra la estrecha conexión que existe entre el retiro y el trabajo. Esta afirmación se refiere a un contexto socioeconómico y laboral concreto, pero también deriva de la existencia de una clara conexión conceptual. Así, López, Miguélez y Lope (1998) abogan por incorporar dicha categoría en el análisis de la segmentación del mercado de trabajo, al ser patente que el trabajo productivo tiene una importancia fundamental en la vida de las personas que lo realizan, pero también en las personas que han trabajado y ya no lo hacen y cuya situación socioeconómica sigue estando definida y determinada por su experiencia en el ámbito del empleo.

> *Bastante trabajamos para llegar a esto, y en mi caso no me quejo, que tengo una buena pensión, pero hay gente con pensiones de 700 euros manteniendo a hijos nietos y casi vecinos, es que no es posible esto. Después de todo… ¡Anda ya!* (HV-1.1; Juan).
>
> *Yo doy gracias por haber trabajado tanto, pero tanto, tanto. Si no lo hubiera hecho, a lo mejor ahora mis hijos estarían peor y yo no los podría ayudar como hacemos* (HV-1.2; José).

En definitiva, la noción de jubilación está directamente construida sobre los conceptos de empleo y trabajo, sin cuya consideración es imposible su comprensión. En el ámbito de la salud, los resultados aportados profundizan en esa línea, al constatar que las comparaciones relevantes no se producen solo entre las personas empleadas y las desempleadas, sino también entre la pérdida del empleo que lleva al desempleo y otras formas de pérdida de empleo que, por ejemplo, llevan a la jubilación (Ezzy, 1993: 48).

En el caso del mercado de trabajo español, dados los procesos de segmentación que lo caracterizan y sus consecuencias en la distribución de la desigualdad anteriormente descritas, el impacto de la Gran Recesión supone la cristalización de formas de desigualdad que definen la exclusión sociolaboral en un contexto histórico específico. De manera casi inevitable, estos cambios en el mercado de trabajo implican una redefinición del gradiente sociolaboral en el ámbito de la salud y, presumiblemente, de la CdV, tal y como ha quedado reflejado en los resultados analizados en el presente capítulo.

4

Conclusiones

1. Gran Recesión, riesgo, exclusión. La salud y la calidad de vida tras la crisis económica

Las crisis económicas no inciden en el bienestar y la salud de las poblaciones de una forma unívoca, estandarizada u homogénea. El impacto de las fases de recesión económica estará modulado y en cierta medida determinado por las características de las sociedades concretas. Las crisis globales pueden tener impactos localmente diferenciados. Así, por ejemplo, llama la atención que los datos sobre salud autopercibida en distintos países de la Unión Europea durante la Gran Recesión no siguen un patrón común. En España, el porcentaje de población que percibía su salud como mala o muy mala no ascendió como intuitivamente cabría pensar, sino que se mantuvo estable tras 2008. Por el contrario, el porcentaje de personas que percibía su salud como muy buena o buena aumentó durante los primeros años de la crisis, para comenzar a reducirse a partir de 2013 y recuperar niveles de 2008. Esta tendencia es aún más clara en el caso de las personas que perciben su salud como muy buena, cuyo porcentaje ascendió de manera sistemática con el inicio de la crisis y se redujo de manera también sistemática a partir de 2013. En Francia, por el contrario, la proporción de personas que percibían su salud como muy buena siguió una tendencia totalmente opuesta, reduciéndose durante la crisis económica y repuntando puntualmente en 2012. En otros países, como Suecia o Finlandia, la crisis no vino acompañada de cambios significativos en el porcentaje de la población que percibía su salud como muy buena o buena, pero la recuperación sí pareció suponer una reducción del porcentaje de personas que percibían su salud como mala o muy mala.

Son ejemplos que ilustran la necesidad de elaborar explicaciones comprensivas de la relación entre crisis económica y salud y calidad de vida. Precisamente, el presente trabajo pretende ser una contribución a la comprensión de la asociación entre crisis y salud desde dicha perspectiva. Los mecanismos que propone están relacionados con los procesos y patrones que constituyen las desigualdades sociales. En este sentido, nuestros resultados sugieren que, en efecto, el impacto de la Gran Recesión en la salud está condicionado por el gradiente social, es decir, por la asociación entre desigualdades socioeconómicas y salud en la población. Al mismo tiempo, defiende que los propios procesos de desigualdad social están relacionados con la crisis, es decir, se ven afectados por ella y constituyen en cierta medida un resultado de las dinámicas históricas y económicas que han llevado a la emergencia de un modelo de desigualdades socioeconómicas basado en la exclusión social. Los resultados expuestos en el capítulo 2 de este trabajo sugieren que las desigualdades en la salud asociadas con las desigualdades en los ingresos pueden comprenderse de manera más completa si tomamos en consideración la distribución del riesgo socioeconómico y la exclusión en la sociedad en su conjunto. Dicho de otra forma, no solo es necesario incorporar en nuestra explicación del impacto de la crisis económica en la salud las diferencias de ingresos entre los individuos y/o las familias; además de ello, es preciso considerar la distribución general de las desigualdades en una sociedad dada (en este caso, la sociedad española). El impacto de la crisis está modulado, por tanto, por la profundidad con la que operan los mecanismos de exclusión en la población, considerando dicha exclusión como un modelo de estratificación social que, a su vez, tiene sus raíces en los cambios socioestructurales que han operado desde hace décadas.

Las desigualdades sociales en salud son persistentes a lo largo del tiempo y en todos los países, si bien la magnitud de las diferencias varía temporalmente y en cada país (De-

hghani *et al.,* 2018; Stringhini, 2017). Esto sugiere que las diferencias pueden reducirse; pero también lo contrario, es decir, ampliarse. Precisamente parece que esto es lo que está ocurriendo, es decir, contamos con evidencia suficiente para afirmar que nos encontramos en un momento de incremento de las desigualdades en salud en general, tomando como referencia los países europeos y norteamericanos. Más aún, parece que nos topamos con mejoras sustanciales entre los mejor situados, lo que ha servido para incrementar las diferencias, dejando a los pobres y desaventajados muy por detrás, mientras las medias poblacionales en salud mejoran. Este argumento es especialmente importante en el análisis de los cambios en la distribución social de la salud como consecuencia de la Gran Recesión, al menos en dos sentidos. En primer lugar, la crisis de 2008 parece haber incrementado la brecha de desigualdad en la sociedad española (Fundación Foessa, 2014), lo que a su vez puede implicar un incremento en las desigualdades en salud. No solo la magnitud de la brecha de desigualdad parece haberse visto afectada. Además, tal y como se ha analizado en el capítulo 3, podemos argumentar la progresiva emergencia de un modelo de desigualdades sociales basado en la noción de exclusión social, un modelo notablemente diferente del característico de los países económicamente favorecidos durante el siglo XX. Los resultados de nuestros análisis de datos y las historias de vida que constituyen el eje central de la evidencia empírica de nuestro estudio ofrecen apoyo a esta lectura de la relación entre crisis económica, desigualdades sociales y salud. En segundo lugar, la Gran Recesión puede haber situado a toda una cohorte en una posición socioeconómica de riesgo, lo que puede implicar riesgos de salud en el futuro. Este argumento se basa en los postulados que sostienen un paradigma de investigación fundamental en el estudio de las influencias sociales en la salud, según el cual para comprender el impacto de las desigualdades socioeconómicas a lo largo de la vida o considerando el ciclo vital en su conjunto (*life-course perspective*; véase Berkman, 2009). Esta perspectiva trata de identificar el periodo etiológico de riesgo, pudiendo identificarse tres tipos de trayectorias distintivas dentro del modelo general:

1. Periodos sensibles, potencialmente críticos, en los cuales la exposición a riesgos socioeconómicos en la niñez temprana (o incluso de manera prenatal) genera un incremento del riesgo en la adultez. Estas condiciones sociales tempranas quedarían incorporadas de manera latente en la vida de los individuos, pudiendo influir en su salud de adultos. Podríamos hablar de una "marca de lo social", de un efecto diferido que tiene como resultado un incremento de la vulnerabilidad en términos de salud, de acontecimientos o periodos especialmente significativos que generan riesgos para la salud en el futuro (Miller, Yu, Chen y Brody, 2015; Webb, Pedersen y Mok, 2016).
2. Exposición acumulada a lo largo de la vida. Esta perspectiva señala que los efectos de las condiciones socioeconómicas en la salud son consecuencia de exposiciones acumuladas a lo largo de la vida. El periodo etiológico, por tanto, es largo y cubre décadas de la vida de un individuo, al menos potencialmente. Se trata de considerar el efecto acumulativo de las exposiciones socioambientales durante toda la vida. Esta perspectiva no niega la relevancia del impacto en periodos críticos tempranos, sino que amplía el rango de atención señalando la importancia de considerar el ambiente socioeconómico de manera más amplia, utilizando indicadores y variables socioeconómicas que incorporen esta perspectiva acumulativa. Los resultados de diversas investigaciones muestran la existencia de un efecto acumula-

do de las circunstancias sociales a lo largo de la vida de los individuos (Smith, Hart, Blane, Gillis y Hawthorne, 1997).

3. Trayectorias sociales de riesgo. Esta tercera perspectiva constituiría una variante de la anterior, al señalar que las exposiciones tempranas a la desventaja socioeconómica tienen un impacto en las exposiciones (también socioeconómicas) adultas, que a su vez constituirían una influencia directa en el riesgo de padecer un amplio rango de enfermedades. La exposición temprana, por tanto, no afecta directamente la salud en la adultez, sino que influencia las condiciones sociales en la adultez, que a su vez tienen un impacto en la salud. El mejor ejemplo son las exposiciones ocupacionales.

A la luz de estas perspectivas de análisis, es razonable hipotetizar que la crisis económica de 2008 tendrá efectos relevantes en la salud más allá de los inmediatos, es decir, más allá de los analizados en el presente estudio. La Gran Recesión en España se caracteriza por su largo periodo de desarrollo, sensiblemente mayor al de otros países. Supone, por tanto, un periodo crítico que ha situado a una cohorte especialmente numerosa en una posición de exposición a circunstancias y condiciones socioeconómicas desfavorables durante un periodo dilatado de tiempo. Además, cabe suponer que la Gran Recesión constituye un momento de consolidación de un modelo de desigualdad, basado en la exclusión, en el cual las brechas en un amplio número de indicadores socioeconómicos han aumentado. Dicho de otra forma, es posible hipotetizar que el modelo de desigualdad al que hacemos referencia suponga el modelo de estratificación social en el que se desarrolle gran parte de la vida de dicha cohorte, lo que implicaría una mayor exposición acumulada a condiciones socioeconómicas potencialmente lesivas para la salud.

A todo ello hay que añadir la necesidad de considerar la desigualdad no solo como diferencias individuales o grupales, sino también en su dimensión general, agregada, colectiva. Es el argumento utilizado por Wilkinson (véase el capítulo 2) para defender que las sociedades con mayores niveles de desigualdad implican un incremento del deterioro de la salud de la población en su conjunto, en comparación con sociedades menos desigualitarias. En este sentido, los resultados de nuestra investigación sugieren que los efectos de la Gran Recesión en la salud de la población en España están relacionados con los procesos de exclusión y desigualdad, de manera que se habrían producido variaciones significativas en la forma que cobra la asociación entre desigualdades y salud. En los capítulos precedentes se ha mostrado evidencia empírica al respecto, evidencia que puede sugerir que el esquema de desigualdad que caracteriza en este momento a la sociedad española (especialmente tras la Gran Recesión) constituye un modelo que incrementa tanto el riesgo de deterioro de una proporción creciente de la población como el riesgo de deterioro de la población en su conjunto.

Todos estos argumentos pueden aplicarse al análisis de la calidad de vida (CdV). Una de las propuestas de nuestro estudio consistía en la realización de un abordaje de la salud que incluyera como un concepto y un proceso fundamental la CdV. En este sentido, el diseño de nuestra estrategia cualitativa (y también nuestros análisis de datos, aunque en menor medida) situó en el centro de atención las diversas dimensiones de la CdV a partir de una propuesta multidimensional del concepto. Los resultados obtenidos sugieren que el impacto de la Gran Recesión es tan relevante –o incluso más relevante– en la CdV como pueda serlo en la salud. Algunas de las dimensiones de este proceso se han visto especialmente afectadas por la crisis, especialmente las que tienen que ver con el acceso

al consumo y al estándar de vida considerado como aceptable en nuestra sociedad. Podemos afirmar que los procesos relacionados con la desigualdad han cobrado un papel protagonista, detectándose de manera nítida la emergencia de procesos de exclusión con respecto al bienestar socioeconómico y una problematización notable de las relaciones sociales. El deterioro del entorno y del ambiente en el cual se producen las interacciones cotidianas surge en las historias de vida como un eje central del deterioro de la CdV como consecuencia de la recesión de 2008. Este deterioro incluye una problematización del desarrollo de las relaciones sociales y el acceso al apoyo social, incluyendo una gran dificultad en el acceso a los servicios prestados por las instituciones en general, y especialmente las instituciones que configuran el estado de bienestar.

2. Bienestar social, salud y calidad de vida

Podemos concluir, en resumen, que para comprender adecuadamente el impacto de las crisis económicas en la salud es fundamental analizar tanto el papel modulador de las desigualdades sociales como el posible impacto de la crisis económica en la propia dinámica de los sistemas de estratificación social. De ello se deduce que los riesgos individuales relacionados con la aparición de alguna enfermedad no pueden considerarse de manera aislada con respecto al riesgo de enfermedad de la población a la que pertenecen los individuos (Rose, 1992). Podemos afirmar que la salud, la enfermedad y la calidad de vida constituyen realidades en las cuales participan procesos y variables cuyo desarrollo e impacto debe contextualizarse social e históricamente. Por ello, el impacto de las crisis económicas en la salud no responderá a un patrón uniforme o estandarizado, sino que dependerá de las características específicas de las sociedades en momentos igualmente específicos del tiempo.

En este punto la Teoría de las Causas Fundamentales puede ayudar a la exposición del argumento. Como se recordará, dicha teoría defiende que el carácter fundamental de las desigualdades sociales en la salud se debe a que los grupos y personas que ocupan un estatus socioeconómico favorecido disponen de un amplio rango de recursos que pueden ser utilizados o movilizados con un efecto positivo para la salud. Se deduce de este planteamiento que los factores que median entre las condiciones socioeconómicas y la enfermedad están históricamente determinados y, por tanto, pueden ser cambiantes en el tiempo. Cuando algunos mecanismos dejan de tener un efecto, surgen otros que explican y causan la persistencia de diferencias socioeconómicas en salud. Desde este punto de vista, el efecto del estatus socioeconómico no puede ser entendido adecuadamente reduciendo nuestra explicación a los mecanismos conductuales, ambientales, psicológicos o biológicos que lo vinculan con la enfermedad. En conclusión, el efecto del estatus socioeconómico en la salud no puede ser eliminado atendiendo a los mecanismos que vinculan ambos procesos en un momento dado del tiempo (Phelan, Link, Diez-Roux, Kawachi y Levin, 2004). Al menos dos deducciones pueden derivarse de este planteamiento. En primer lugar, solo la eliminación (o reducción) de las desigualdades sociales podría eliminar (o reducir) las desigualdades en salud y enfermedad. En segundo lugar, para comprender adecuadamente el gradiente social es preciso comprender de manera adecuada los procesos sociales que están en el origen de la salud y la calidad de vida y, de manera específica, profundizar en la comprensión del papel jugado por las desigualdades socioeconómicas.

En el caso de la Gran Recesión en España, las desigualdades socioeconómicas son fundamentales para comprender no solo el impacto de la crisis en la salud, sino también para analizar en general la dinámica de la asociación entre estratificación social y salud y calidad de vida *tras* la crisis. En efecto, nuestros análisis de datos y la información cualitativa recogida para la elaboración del presente estudio sugieren que los procesos relacionados con la exclusión social se están constituyendo en el eje de la explicación de la salud y la calidad de vida. Estos procesos de exclusión se han visto agravados por el impacto de la crisis de 2008 en las estructuras del estado de bienestar. Este es uno de los procesos a destacar a la vista de los resultados de las historias de vida que han sido analizadas en los capítulos precedentes. Se trata de un hallazgo consistente con evidencia científica reciente que, en volumen creciente, sugiere que los cambios –la erosión– de las instituciones responsables de las políticas de protección y bienestar social están jugando un papel determinante en el cambio y ampliación de las desigualdades en las sociedades contemporáneas. En el medio de este debate se sitúa el concepto de remercantilización de las instituciones públicas, y especialmente de las instituciones vinculadas con el trabajo (Farrants *et al.,* 2016; Farrants y Bambra, 2017) y con la sanidad (Juanmarti Mestres, López Casasnovas y Vall, 2018). Esta remercantilización se inscribe en el marco de los procesos de restructuración económica y laboral (analizados en el capítulo 3) que han tenido un gran impacto en el devenir de los Estados de bienestar europeos. En el caso de España, la crisis económica abrió la puerta a un notable recorte en el alcance de las políticas de bienestar en el contexto de un estado de bienestar poco articulado que comenzó su desarrollo precisamente cuando los del resto de Europa comenzaban a verse cuestionados (Moreno, 2013).

Esta realidad ha hecho que la evolución del estado de bienestar español haya sido contradictoria (Alonso, 2000b). En este sentido, se ha tendido a conservar un marco normativo e institucional de reconocimiento formal de los derechos sociales, a la vez que la práctica efectiva apuntaba a su negación, ya fuera mediante desarrollos normativos de carácter mercantilizador, ya fuera por el incumplimiento directo de las garantías sociales que las normas amparaban (Alonso, 2000b). Ante esta realidad de derechos que se reconocen pero que no se garantizan no es de extrañar que, como señala Navarro (2004), España cuente con un sistema de bienestar sometido a un profundo subdesarrollo que se vio exacerbado con la llegada de la Gran Recesión. En el contexto de dicha crisis se introducen reformas en materia de protección social que han modificado el alcance y cobertura del ya de por sí precario estado de bienestar español.

Los cambios introducidos en el sistema sanitario español son un ejemplo sobresaliente de los procesos referidos en el párrafo anterior. Estos cambios no solo implican que desde el año 2009 el gasto sanitario en España se viera profundamente reducido, sino porque las reformas realizadas han convulsionado uno de los principales hitos del desarrollo del estado de bienestar en España, a saber, la universalización de la atención a la salud. Las problemáticas respecto a las transformaciones del sistema sanitario encuentran un verdadero punto de inflexión en el año 2012 a través del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril. Este tiene como objetivo fundamental "afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salud" (preámbulo del Real Decreto-ley 16/2012) introduciendo importantes cambios normativos que transforman los principales elementos que dan forma al SNS, pero, sobre todo, poniendo en cuestión la universalidad y la garantía pública del derecho a la asistencia sanitaria. La cuestión fundamental es que los recortes y reformas sanitarias tienen un impacto directo en el aumento y transfor-

mación de las desigualdades sociales. De hecho, como señalan Phelan, Link, Diez-Roux, Kawachi y Levim (2004), las desigualdades sociales constituyen causas fundamentales de la enfermedad. Dicho de otra manera, los cambios producidos en el sistema de estratificación social constituyen factores de transformación en la distribución social de la salud y de la enfermedad (Sánchez-Moreno *et al.,* 2016). En esta línea, el cuestionamiento de la universalización de la salud pone sobre la mesa en España uno de los procesos más relevantes para comprender el gradiente social en la salud, la enfermedad y la calidad de vida en países donde la atención sanitaria no responde a una organización pública (por ejemplo, Estados Unidos), a saber, el acceso a los tratamientos y tecnologías sanitarias. Nos estamos refiriendo, en términos generales, a las desigualdades socioeconómicas en el acceso a la medicina y, en general, a los resultados en calidad y acceso de los sistemas sanitarios (véase GBD, 2017, 2018).

Existen elementos específicos que caracterizan el impacto de la Gran Recesión en España y que ayudan a comprender el papel de las desigualdades socioeconómicas y los procesos de exclusión en el deterioro de la salud y la calidad de vida entre la población. Estos procesos específicos, ya sea en naturaleza o en intensidad, se desarrollan en el marco de una notable presión sobre el sistema de protección social. Es cierto que el gasto social ha experimentado un incremento constante hasta el año 2009, para estabilizarse a partir de dicho año en torno al 25-26% en España (por debajo de la mayoría de los países europeos). Pese a que el incremento del gasto social que tuvo lugar en España a partir del año 2007 pudiera atribuirse a la solidaridad de los poderes públicos para afrontar las dificultades que llegaron con la crisis, lo cierto es que la explicación descansa en los efectos que la misma impuso en la ciudadanía, principalmente el desempleo y la necesidad de invertir en prestaciones de este tipo. Dicho de otra forma, el gasto señalado se ha centrado en la contención de los problemas derivados de la pobreza como consecuencia de la segmentación de nuestro mercado de trabajo y su impacto en el incremento de la exclusión del ámbito laboral. A ello hay que sumar que la crisis económica implicó una crisis residencial sin precedentes en nuestro país, y que se concretó en un aumento también sin precedentes de desahucios y ejecuciones hipotecarias. Las consecuencias en el ámbito social son muy llamativas. Baste como ejemplo el retorno al hogar familiar de cada vez más ciudadanos desempleados con cargas familiares que ha dado lugar a la recuperación de un modelo de familia extensa trigeneracional donde las pensiones de jubilación se han convertido en el sustento familiar principal. Pese a ello, como señala el Comité Técnico de la Fundación FOESSA (2014), el año 2013 supuso un importante punto de inflexión en la trayectoria histórica del sistema que mantenía las pensiones de jubilación debido a la introducción de un nuevo sistema de revalorización de las pensiones y a la introducción de un nuevo factor de sostenibilidad que, en la práctica, puede dirigir a la pérdida de poder adquisitivo de los perceptores (Fundación FOESSA, 2014).

Los resultados expuestos en los capítulos que componen esta obra ponen de manifiesto que estos procesos se relacionan con una reconfiguración de las desigualdades en el ámbito de la salud y la calidad de vida, y a través de ellos podemos iluminar en gran medida el impacto de la Gran Recesión en la salud y la calidad de vida de la población en España. La crisis no constituyó únicamente un momento coyuntural que, por tanto, suponga un efecto también coyuntural en el ámbito de la salud. Más bien al contrario, nuestro análisis y la interpretación de la evidencia empírica recogida en este estudio sugiere que el impacto de la crisis constituye una reconfiguración de la asociación entre desigualdades sociales y salud en España. Esta reconfiguración tiene que ver con la intensidad de

la desigualdad, pero también con su naturaleza, con los vínculos entre ambos procesos. La lucha contra las desigualdades sociales y la exclusión constituye la mejor política para combatir el gradiente social en salud y combatir la segmentación del bienestar. Tal vez la única. Por ello, es urgente prevenir –evitar– la consolidación de un escenario marcado por la exclusión, la fragilidad del empleo y una retirada notable de las instituciones públicas del ámbito de la protección social (en gran medida, un proceso general de remercantilización), procesos que impiden cada vez con mayor intensidad el aseguramiento de la calidad de vida de la ciudadanía en España.

B

Bibliografía

Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.

Alonso, L. E. (2000a). El marco social del empleo juvenil: hacia una reconstrucción del lugar del trabajo en las sociedades complejas. En L. Cachón (Dir.). *Juventudes y empleos: perspectivas comparadas* (pp. 21-48). Madrid: INJUVE.

Alonso, L. E. (2000b). *Trabajo y posmodernidad: el empleo débil*. Madrid: Fundamentos.

Alonso, L. E. (2004). La sociedad del trabajo: debates actuales. Materiales inestables para lanzar la discusión. *REIS: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 107, 21-48.

Alonso, L. E. (2005). Research in mental health: social etiology versus social consequences. *Journal of Health and Social Behavior*, 221-228.

Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: theory and research. *Annual Review of Sociology, 18*, 15-38.

Antón, A. (2006). *Precariedad laboral e identidades juveniles*. Madrid: Fundación Sindical de Estudios.

Argyle, M. (1996). Subjective well-being. En A. Offer (Eds.), *In Pursuit of the Quality of Life* (pp. 18-45). Oxford: Oxford University Press.

Armstrong, D. B. (1918). The Framingham health and tuberculosis demonstration. *American Journal of Public Health,* 7(3), 318-322.

Badía, X. y García, F. (2000). La medición de la calidad de vida relacionada con la salud y las preferencias en estudios de investigación de resultados en salud. En X. Badia (Ed.). *La Investigación de Resultados en Salud. De la evidencia a la práctica clínica* (pp. 72-87). Barcelona: Edimac.

Badía, M., Orgaz, B. y Gómez-Vela, M. (2015). Comparing results of parents-reported quality of life of children with cerebral palsy in Spain and Europe. *Developmental Medicine & Child Neurology,* 57, 29. doi: 10.1111/dmcn.12780_8

Ball, K., Mishra, G. D. y Crawford, D. (2003). Social factors and obesity: an investigation of the role of health behaviors. *International Journal of Obesity,* 27, 394-403.

Banks, J., Marmot, M., Oldfield, Z. y Smith, J. P. (2006). Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA,* 295(17), 2037-2045.

Barret, A. E. y Turner, R. J. (2005). Family structure and mental health: the mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of Health and Social Behavior,* 46, 156-169.

Barrón, A. (1996). *Apoyo social. Aspectos teóricos y aplicaciones.* Madrid: Siglo XXI.

Bartley, M., Blane, D. y Davey Smith, G. (1998). Introduction: beyond the Black Report. En M. Bartley, D. Blane y G. Davey Smith (Eds). *The Sociology of Health Inequalities* (pp. 1-16). Oxford: Blackwell Publishers.

Bartoll, Z., Palència, L., Malmusi, D., Suhcke, M. y Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health,* 24(3), 415-418.

Batinic, B., Selenko, E., Stiglbauer, B. y Paul, K. I. (2010). Are workers in high-status jobs healthier than others? Assessing Jahoda's latent benefits of employment in two working populations. *Work & Stress,* 24(1), 73–87.

Bauman, Z. (2003a). *Modernidad líquida.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Bauman, Z. (2007). *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbres.* Barcelona: Tusquets.

Baumbach, A. y Gulis, G. (2014). Impact of financial crisis on selected health outcomes in Europe. *European Journal of Public Health,* 24, 399-403.

Bayram, N., Bilgel, F. y Bilgel, N. (2012). Social Exclusion and Quality of Life: An Empirical Study from Turkey, *Social Indicators Research,* 105(1), 109-120. doi: 10.1007/s11205-010-9767-4

Beck, U. (1998). *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad.* Barcelona: Paidós.

Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global.* Madrid: Siglo XXI.

Beckfield, J. (2004). Does income inequality harm health? New cross-national evidence. *Journal of Health and Social Behavior,* 45, 231-248.

Bell, D. (1976). *El advenimiento de la sociedad post-industrial.* Madrid: Alianza Editorial.

Benach, J., Gimeno, D., Benavides, F. G., Martínez, J. M. y Torné, M. M. (2004). Types of employment and health in the European Union. Changes from 1995 to 2000. *European Journal of Public Health,* 14(3), 314-321.

Benavides, F. G.; Delclos, J.; Benach, J. y Serra, C. (2006). Lesiones por accidentes de trabajo, una prioridad en salud pública. *Revista Española de Salud Pública,* 80(5), 553-565.

Bender, K. A., Economou, A. y Theodossiou, I. (2013). The temporary and permanent effects of unemployment on mortality in Europe. *International Labour Review,* 152, 275-286. doi:10.1111/j.1564-913X.2012.00002.x

Berkman, L. F. (2009). Social Epidemiology: Social determinants of health in the United States: are we losing ground? *Annual Review of Public Health,* 30, 27-41. doi: 10.1146/annurev.publhealth.031308.100310.

Bertaux, D. (1989). Los relatos de vida en el análisis social. *Historia oral,* 1, 87-96.

Bertaux, D. (1993). De la perspectiva de la historia de vida a la transformación de la práctica sociológica. En J. M. Marinas y C. Santamarina, *La historia Oral: métodos y experiencias* (pp. 19-34). Madrid: Debate.

Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. perspectiva etnosociológica.* Barcelona: Bellaterra.

Berkman, L. F. y Syme, L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality. A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology,* 109(2), 186-204.

Blane, D. (1985). An assessment of the Black Report's explanations of health inequalities. *Social Health and Illness,* 7(3), 231-264.

Borthwick-Duffy, S.A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. En L. Rowitz (Ed.). *Mental retardation in the year 2000* (pp.52-66). Berlin: Springer-Verlag.

Bosma, H., Marmot, M. G, Hemingway, H., Nicholson, A. C., Brunner, E. y Stansfeld, S. A. (1997). Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *British Medical Journal,* 314, 558-565.

Boyer, L., Baumstarck, K., Iordanova, T., Fernández, J., Jean, P. y Auquier, P. (2014). A poverty-related quality of life questionnaire can help to detect health inequalities in emergency departments, *Journal of Clinical Epidemiology,* 67, 285-295. doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.07.021

Braverman, H. (1974). *Labor and monopoly capital: the degradation of work in the twentieth Century*. Nueva York: Monthly Review Press.

Braverman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Williams, D. R. y Pamuk, E. (2010). Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *American Journal of Public Health,* 100(S1), 186-196.

Brenner, M. H. (1973). *Mental illness and the economy*. Cambridge: Harvard University Press.

Brenner, M. H. (1975). Trends in alcohol consumption and associated illnesses: some effects of economic changes. *American Journal of Public Health,* 65, 1279-92.

Burchell, B. (1992). Towards a social psychology of the labour market: or why we need to understand the labour market before we can understand unemployment. *Journal of Occupational and Organizational Psychology,* 65(4), 345-354.

Burgard, S.A., Brand, J. E. y House, J. S. (2007). Toward a Better Estimation of the Effect of Job Loss on Health. *Journal of Health and Social Behavior,* 48, 369-384.

Busutil, R., Espallardo, O., Torres, A., Martínez-Galdeano, L., y Zozaya Hidalgo-Vega, N. (2017). The impact of obesity on health-related quality of life in Spain. *Health and Quality of Life Outcomes,* 15, 197. doi: 10.1186/s12955-017-0773-y

Cachón, L. (2000). Los jóvenes en el mercado de trabajo en España. En L. Cachón (dir.). *Juventudes y empleos: perspectivas comparadas* (pp. 133-176). Madrid: INJUVE.

Cardona, D. y Agudelo, H. B. (2005). Construcción cultural del concepto de calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública,* 23(1), 79-90.

Caron, J. (2012). Predictors of Quality of Life in Economically Disadvantaged Populations in Montreal, *Social Indicators Research,* 107(3), 411-427. doi: 10.1007/s11205-011-9855-0

Case, A., y Deaton, A. (2015). Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proceedings of the National Academy of Sciences,* 112(49), 15078-15083.

Cassel, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology,* 104(2), 107-123.

Castel, R. (1997). *La metamorfósis de la cuestión social: Una crónica del salariado.* Buenos Aires: Paidós.

Castells, M. (1976). *La crisis económica mundial y el capitalismo americano*. Barcelona: Laia.

Castillo, J. J. (1998). *A la búsqueda del trabajo perdido*. Madrid: Tecnos.

Castillo, J. J. (2005). *El trabajo recobrado. Una evaluación del trabajo realmente existente en España*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

Catalano, R. y Bellows, B. (2005). Commentary: If economic expansion threatens public health, should epidemiologists recommend recession?, *International Journal of Epidemiology,* 34(6), 1212-1213. ooi: https://doi.org/10.1093/ije/dyi145

Cebrián, I. y Moreno, G. (2001). El trabajo atípico en España y en Europa. En L. Fina y L. Toharia (Coords.). *El empleo en España: situación y perspectivas* (pp. 187-219). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Celemín, J. P. y Velázquez, G. A. (2017). Spatial analysis of the relationship between a life quality index, HDI and poverty in the province of Buenos Aires and the autonomous city of Buenos Aires, Argentina, *Social Indicators Research*. Publicación anticipada en línea. doi: 10.1007/s11205-017-1777-z

Celemin, J. P., Mikkelsen, C. A. y Velázquez, G. A. (2015). La calidad de vida desde una perspectiva geográfica: integración de indicadores objetivos y subjetivos. *Revista Universitaria de Geografía,* 24(1), 63-84.

Cockerham, W. C. (2000). The sociology of health behavior and health lifestyles. En C. Bird, p. Conrad y A. M. Fremon, *Handbook of medical sociology* (pp. 159-172). Upper Saddle River, NJ: Pretince-Hall.

Cockerham, W. C. (2005). Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure. *Journal of Health and Social Behavior,* 46, 51-67.

Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis: a theoretical analysis. *Psychological Bulletin,* 98(2), 310-357.

Cole, M. (2007). Re-Thinking Unemployment: A Challenge to the Legacy of Jahoda *et al. Sociology,* 41, 1133-1149. doi: 10.1177/0038038507082319.

Creed, P. A. y Bartrum, D. A. (2008). Personal control as a mediator and moderator between life strains and psychological well-being in the unemployed. *Journal of Applied Social Psychology,* 38, 460-481.

Cullinan, P., Muñoz, S., Soujalehto, H., Agius, R., Jindal, S. *et al.* (2017). Occupational lung diseases: from old and novel exposures to effective preventive strategies. *The Lancet Respiratory Medicine,* 5(5), 445-455.

Cummins, R. A. (1997). *The Comprehensive Quality of Life Scale – Adult: Manual*. Melbourne: School of Psychology, Deakin University.

Cutrona, C. E. y Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching. En B. R. Sarason, *et al.* (Eds.). *Social support an interactional view* (pp. 319-366). Nueva York: Wiley.

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (1992). *Policies and strategies to promote equity in health*. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud.

Dahlgren, G. y Whitehead, M. (2006). *Levelling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health*. Copenague: Organización Mundial de la Salud.

Daigre, C., Grau-López, L., Rodíguez-Cintas, L., Ros-Cucirill, E., Sorribez-Puertas, M., Esculies, O. … Rocero, C. (2017). The role of dual diagnosis in health-related quality of life among treatment-seeking patients in Spain. *Quality of Life Research,* 26(12), 3201-3209. doi 10.1007/s11136-017-1668-4

D'Arcy, C. y Siddique, C. M. (1985). Unemployment and health: an analysis of "Canada Health Survey" data. International Journal of Health Services, 15(4), 609-635.

Davia, M. A. y Hernanz, V. (2004). Temporary employment and segmentation in the Spanish labour market: an empirical analysis through the study of wage differential. *Spanish Economic Review,* 6(4), 291-318.

Davidson-Arad, B. y Kaznelson, H. (2010). Comparison of parents' and social workers' assessments of the quality of life of children at risk, *Children and Youth Services Review,* 32, 711–719. doi: 10.1016/j.childyouth.2010.01.008.

Dehghani, K., Lan, Z., Li, P., Michelsen, S. W., Waites, S., Benedetti, A., … Menzies, D. (2018). Determinants of tuberculosis trends in six Indigenous populations of the USA, Canada, and Greenland from 1960 to 2014: a population-based study. *The Lancet Public Health,* 3, 133-142.

Devlin, N. y Krabbe, P. (2013). The development of new research methods for the valuation of EQ-5D-5L. *The European Journal of Health Economics,* 14, 1-3. doi: 10.1007/s10198-013-0502-3.

De Vogli, R., Vieno, A. y Lenzi, M. (2014). Mortality due to mental and behavioral disorders associated with the Great Recession (2008–10) in Italy: a time trend analysis. *European Journal of Public Health,* 24(3), 419-421, https://doi.org/10.1093

Department of Health and Social Services (1980). *Inequalities in health*. Londres: DHSS.

Díaz Salazar, R. (2003). Trabajadores precarios: el proletariado del siglo XXI. En R. Díaz Salazar (Ed.). *Trabajadores precarios. El proletariado del siglo XXI* (pp. 67-108). Madrid: HOAC.

Dinsa, G. D., Goryakin, Y., Fumagalli, E. y Suhrcke, M. (2012). Obesity and socieconomic status in developing countries: a systematic review. *Obesity Reviews,* 13, 1067-1079.

Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Scheartz, S., Naveh, G., Link, B. P., Skodol, A. E. y Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorder: the causation-selection issue. *Science,* 255(5047), 946-952.

Domingo-Salvany, A,. Bacigalupe, A., Carrasco, J. M., Espelt, A., Ferrando, J. y Borrell, C. (2013). Proposal for social class clasification based on the Spanish National Classification of Occupations 2011 using neo-Weberian and neo-Marxist approaches. *Gaceta Sanitaria,* 27(3), 263-272.

Dooley, D. (2003). Unemployment, underemployment, and mental health: conceptualizing employment status as a continuum. *American Journal of Community Psychology,* 32, 9-20.

Dooley, D., Fielding, J. y Levi, L. (1996). Health and unemployment. *Annual Review of Public Health*, 17, 449-465.

Drydakis, N. (2015). The effect of unemployment on self-reported health and mental health in Greece from 2008 to 2013: A longitudinal study before and during the financial crisis. *Social Science & Medicine,* 128, 43-51.

Dupre, M. E. (2007). Educational differences in age-related patterns of disease: reconsidering the cumulative disadvantage and age-as-leveler hypotehses. *Journal of Health and Social Behavior,* 48, 1-15.

Economou, A., Nikolaou, A., y Theodossiou, I. (2008). Are recessions harmful to health after all?: Evidence from the European Union. *Journal of Economic Studies,* 35(5), 368-384. https://doi.org/10.1108/01443580810903536

Elstad, J. I. (1998). The psycho-social perspectivo on social inequalities in health. En M. Bartley, D. Blane y G. D. Smith, *The Sociology of Health Inequalities* (pp. 39-58). Oxford.: Blackwell Publishers.

Erikson, R. y Goldthorpe, J. H. (1992). *The constant flux: study of class mobility in industrial societies*. Oxford: Clarendon.

Erikson, R., Goldthorpe, J. H. y Portocarrero, L. (1979). Intergenerational class mobility in three Western European societies: England, France and Sweden. *British Journal of Sociology,* 30, 415-444.

Ervasti, H. y Venetoklis, T. (2010). Unemployment and subjective well-being: an empirical test of deprivation theory, incentive paradigm and financial strain approach. *Acta Sociologica,* 53, 119-139.

EuroQol Group (1990). A new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy,* 16, 199-208.

Everson, S. A., Lynch, J. W., Cesney, M. A., Kaplan, G. A., Goldberg, D. E. *et al.* (1997). Interaction of workplace demands and cardiovascular reactivity in progression of carotid atherosclerosis: population based study. *British Medical Journal,* 314, 553-558.

Exworthy, M. (2008). Policy to tackle the social determinants of health: using conceptual models to understand the policy process. *Health Policy and Planning,* 23, 318-327.

Ezzy, D. (1993). Unemployment and mental health. A critical review. *Social Science and Medicine,* 37, 41-52.

Farrants, K. y Bambra, C. (2017). Neoliberalism and the recommodification of health inequalities: A case study of the Swedish welfare state 1980 to 2011. *Scandinavian Journal of Public Health,* 46, 18-26.

Farrants, K., Bambra, C., Nylen, L., Kasim, A., Burstrom, B. y Hunter , D. (2016). Recommodification, unemployment, and health Inequalities: trends in England and Sweden 1991-2011. *International Journal of Health Services,* 46, 300-324.

Fayers, P. M. y Machín, D. (2000). Introduction. En P. M. Fayers y D. Machín, *Quality of Life: Assessment, Analysis and Interpretation* (pp. 3-30). Chicheste: John Wiley & Sons. doi: 10.1002/0470846283.ch1

Fillenbaum, G. G., Blay, S. L., Pieper, C. F., King, K. E., Andreoli, S. B. y Tastal, F. L. (2013). The association of health and income in the elderly: experience from a Southern State of Brazil. *Plos One,* 8(9).

Felce, D. y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities,* 16(1), 51-74.

Fernández-López, J.A., Fernández-Fidal, M. y Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública,* 84(2), 169-184.

Fernández-Mayoralas, G. y Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris,* 5, 117-136.

Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F. Martínez-Martín, P., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S., Rojo-Abuín, J. M. y Forjaz, A. J. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older adults, with and without dementia. *Aging & Mental Health,* 19(11), 1031-1041. doi. 10.1080/13607863.2014.996734

Ferraro, K. F. y Nuriddin, T. A. (2006). Psychological distress and mortality: are women more vulnerable). *Journal of Health and Social Behavior,* 47, 227-241.

Ferrarotti, F. (2007). Las historias de vida como método. *Convergencia: Revista de Ciencias Sociales,* 44, 15-40.

Ferrie J. E., Shipley M. J., Marmot M. G., Stansfeld, S. y Smith G. D. (1995). Health effects of anticipation of job change and non-employment: longitudinal data from the Whitehall II study. *British Medical Journal,* 311, 1264-1269.

Ferrie, J. E., Westerlund, H., Virtanen, M., Vahtera, J. y Mika, K. (2008). Flexible labor markets and employee health. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, Supplement,* 6, 98-110.

Ford, C., Ward, D. y White, M. (2012). Television viewing associated with adverse dietary outcomes in children ages 2-6. *Obesity Reviews,* 13, 1139-1147.

French, M. T. y Davalos, M. E. (2011). This recession is wearing me out! Health-related quality of life and economic downturns. *Journal of Mental Health Policy and Economics,* 14, 61-72.

Friedland, D. y Price, R. (2003). Underemployment: Consequences for the Health and Well-Being of Workers. *American Journal of Community Psychology,* 32, 33-45.

Fundación FOESSA. (2014). VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014 Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española. Recuperado de http://www.foessa2014.es/informe/descargas.php

Gallardo-Peralta, L. P. (2016). Diferencias étnicas de salud en personas mayores del norte de Chile. *ReCISAM,* 4(3), 43-50.

Gallino, L. (2002). La informalización del trabajo en los países desarrollados. *Sociología del Trabajo,* 45, 7-24.

García-Viniegas, C. V. (2008). *Calidad de vida. Aspectos teóricos y metodológicos*. Buenos Aires: Paidós.

GBD. (2017). Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet,* 390, 231-266.

GBD. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, online. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2

Gerdtham, U. G. y Ruhm, C. J. (2006). Deaths rise in good economic times: Evidence from the OECD. *Economics and Human Biology,* 4(3), 298-316.

Gil Villa, F. (2002). *La exclusión social*. Barcelona: Ariel.

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.

Gill, F. (1999). The meaning of work: lessons from sociology, psychology and political theory. *The Journal of Socio-Economics,* 28(6), 725-743.

Glasser, B. G. y Strauss, A. L. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research.* Chicago: Aldine.

Goldberg, D. P. (1978) *Manual of the General Health Questionnaire*. Windsor: NFER Publishing.

Gómez-Vela, M. y Sabeth, E. (2000). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.

González, E., Cárcaba, A. y Ventura, J. (2011). The Importance of the Geographic Level of Analysis in the Assessment of the Quality of Life: The Case of Spain. *Social Indicators Research,* 102(2), 209-228. doi: 10.1007/s11205-010-9674-8

González, F. y Quast, T. (2011). Macroeconomic changes and mortality in Mexico. *Empirical Economics,* 40(2), 305-319.

Gordon, D. M., Edwards, R. y Reich, M. (1986). *Trabajo segmentado, trabajadores divididos. La transformación histórica del trabajo en los Estados Unidos*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Gorman, B. K. y Ghazal Read, J. (2006). Gender disparities in adult health: and examination of three measures of morbidity. *Journal of Health and Social Behavior,* 47, 95-110.

Gorz, A. (1995). *Metamorfosis del trabajo. Búsqueda de sentido*. Madrid: Sistema.

Gough, J. y Eisenschitz, A. (2006). *Spaces of social exclusion*. Londres: Routledge.

Grupo de la OMS sobre calidad de vida (1996). La gente y la salud ¿Qué calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17, 385-387.

Grzywacz, J. G. y Dooley, D. (2003). 'Good jobs' to 'bad jobs': replicated evidence of an employment continuum from two large surveys. *Social Science Medicine,* 56, 1749-1760.

Harhay, O., Bor, M., Basu, J., McKee, S., Mindell, M., Shelton, N. y Stuckler, D. (2013). Differential impact of the economic recession on alcohol use among white British adults, 2004-2010. *European Journal of Public Health,* 24, 410-415. doi: 10.1093/eurpub/ckt134.

Harling, G., Subramananian, S. V., Bärnighausen, T. y Kawachi, I. (2014). Income inequality and sexually transmitted in the United States: Who bears the burden? *Social Science & Medicine,* 102, 174-182.

Herdman, M., Gudex, C., Lloyd, A., Janssen, M. F., Kind, P., Parkin, D., ... Badia, X. (2011). Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L). *Quality of Life Research*, 20(10), 1727-1736.

Hernández-Quevedo, C. y Jiménez-Rubio, D. (2009) A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science and Medicine,* 69(3). 370-378.

Hertel-Fernandez, A. W., Giusti, A. E. y Sotelo, J. M. (2007). The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bulletin of the World Halth Organization,* 85(10), 798-804.

Hiilamo, K. (2014). In income inequality 'toxic for mental health'? An ecological study on Municipal level risk factors for depression. *Plos One,* 9(3), e92775.

Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967). The social readjustmen rating scale. *Journal of Psychosomatic Research,* 11(2), 213-218.

Huertas, T. (2003). Propuestas sindicales contra la precariedad laboral. En R. Díaz Salazar (Ed.). *Trabajadores precarios. El proletariado del siglo XXI* (pp. 183-216). Madrid: HOAC.

Hurley, J., Storrie, D. y Jungblut, J. M. (2011). *Shifts in the job structure in Europe during the Great Recession*. Dublin: Eurofund.

Idler, E. L. y Benyamini, Y. (1997). Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior,* 38(1), 21-37.

Jahoda, M. (1982). *Employment and Unemployment: A Social-Psychological Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

Jahoda, M. (1988). Economic recession and mental health: some conceptual issues. *Journal of Social Issues,* 44, 13-23.

Jahoda, M., Lazarsfeld, P.F. y Zeisel, H. (1933). *Marienthal. The Sociography of an unemployed community*. Londres: Tavistock.

Jordan, B. (1996). *A theory of poverty and social exclusion*. Cambridge: Polity Press.

Juanmarti Mestres, A., López-Casasnovas, G. y Vall Castelló, J. (2018). *The deadly effects of losing health insurance*. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra.

Kasl, S. V., Gore, S. y Cobbs, F. (1975). The experience of losing a job: reported changes in health, symptoms and illness behaviour. *Psychosomatic Medicine,* 37(2), 107-121.

Karanikolos, M., Heino, P., McKee, M., Stuckler, D. y Legido-Quigley, H. (2016). Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries. A Narrative Review. *International Journal of Health Services,* 46(2), 208-240.

Kielcot-Glaser, J. K. y Glaser, R. (1995). Psychoneuroimmunology and health consequences: data and shared mechanisms. *Psychosomatic Medicine,* 57(3), 269-274.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Virtanen, M., Elovainio, M., Pentti, J. y Ferrie, J. (2003). Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *American Journal of Epidemiology,* 158, 663-668.

Krieger, N., Williams, D. R. y Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research, *American Journal of Public Health,* 18, 341-378.

Lallement, M. (2011). Europe and the economic crisis: forms of labour market adjustement and varieties of capitalism. *Work, employment and society,* 25, 627-641.

Lamo de Espinosa, E. (1996). *Sociedades de cultura, sociedades de ciencia. Ensayos sobre la condición Moderna*. Oviedo: Ediciones Nobel.

Lamo de Espinosa, E. (2010). *La sociedad del conocimiento. Información, ciencia y sabiduría*. Madrid: Real Academia de Ciencias Morales y Política.

Lantz, P. M., House, J. S., Mero, R. P. y Williams, D. R. (2005). Stress, life events, and socioeconomic disparities in health: results from the americans changing lives study. *Journal of Health and Social Behavior,* 46, 274-288.

Laparra Navarro, M. (2006). *La construcción del empleo precario. Dimensiones, causas y tendencias de la precariedad laboral*. Madrid: Fundación FOESSA.

Laparra Navarro, M. y Pérez Eransus, B. (Coord.) (2008). *Exclusión social en España. Un espacio diverso y disperso en intensa transformación*. Madrid: Fundación FOESSA.

László, K. D., Pikhart, H., Kopp, M. S., Bobak, M., Pajak, A., Malyutina, S., Salavecz, G. y Marmot, M. (2010). Job insecurity and health: A study of 16 European countries. *Social Science & Medicine,* 70(6), 867-874.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona, España: Martínez Roca.

Leon, D. A., Vagerö, D. y Otterblad Olausson, P. (1992). Social class differences in infant mortality in Sweden: comparison with England and Wales. *British Medical Journal,* 305, 687-691.

Lin, S. J. (2009). Economic fluctuations and health outcome: A panel analysis of Asia-Pacific countries. *Applied Ecnonomics,* 41(4), 519-530.

Link, B. G. (2008). Epidemiological Sociology and the social shaping of population health. *Journal of Health and Social Behavior,* 49, 367-384.

Link, B. y Phelan, J. C. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 80-94.

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine,* 16(1), 135-40.

López, P., Miguélez, F. y Lope, A. (1998). La segmentación laboral: hacia una tipología del ámbito productivo. *Papers: Revista de Sociología,* 55, 45-77.

López-García, E., Banegas, J. R., Graciani Pérez-Regadera, A., Herruzo-Cabrera, R. y Rodríguez-Artalejo, F. (2005). Social network and health-related quality of life in older adults: A population-based study in Spain. *Quality of Life Research,* 14(2), 511-520.

Lorenz, F. O., Wickrama, K., Conger, R. D. y Elder, G. H. (2006). The short-term and decade-long effects of divorce on womens's midlife health. *Journal of Health and Social Behavior,* 47, 111-125.

Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones sobre calidad de vida. *Revista Cubana de Medicina general Integral,* 18(4), 287-289.

Lundberg, O., Yngwe, M. A, Kölegård Stjärne, M., Ivar Elstad, J., Ferrarini, T., Kangas, O., … Fritzell, J. (2008). The Role of Welfare State Principles and Generosity in Social Policy Programmes for Public Health: An International Comparative Study. *The Lancet,* 372, 1633-1640. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61686-4.

Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., López-Zafra, E. y Augusto-Landa, J. M. (2015). Emotional intelligence and health-related quality of life in institutionalised Spanish older adults. *International Journal of Psychology,* 50(3), 215-222. doi 10.1002/ijop.12089.

Lynch, S. M. (2006). Explaining life course and cohort variation in the relationship between education and health: the role of Income. *Journal of Health and Social Behavior,* 47, 324-338.

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A,. J., Schaap, M.M., Menvielle, G., Leinsalu, M., Kunst, A. E. y European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (2008). Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine,* 358(23), 2468-2481.

Mahamoud, A., Roche, B. y Homer, J. (2013). Modelling the social determinants of health and simulating short-term and long-term impacts for the city of Toronto, Canada. *Social Science & Medicine,* 93, 247-255.

Marmot, M. G., Adelstein, A. M., Robinson, N. y Rose, G. A. (1978). Changing social class distribution of heart disease, *British Medical Journal,* 2, 1109-1112.

Marmot, M. G., Kogevinas, M. y Elston, M. A. (1987). *Annual Review of Public Health,* 8, 111-135.

Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M. y Hamilton, P. J. S. (1978). Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 32(4), 244-249.

Marmot, M. G., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M. y Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine,* 44(6), 901-910.

Marmot, M. G., Shipley, M. K. y Rose, G. (1984). Inequalities in death--specific explanations of a general pattern? *The Lancet,* 323, 1003-1006.

Marmot, M. G., Stansfeld, S., Patel, C., North, F., Head, J., White, I., Brunner, E., Feeney, A., Marmot, M. G. y Davey Smith, G. (1991). Health inequalities among British civil servants: The Whitehall II study. *The Lancet,* 337(8754), 1387-1393.

Martikainen, P., Mäkela, P., Koskinen, S. y Valkonen, T. (2001). Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology,* 30, 1397-1405.

Martikainen, P. y Valkonen, T. (1996). Excess Mortality of Unemployed Men and Women During a Period of Rapidly Increasing Unemployment. *The Lancet,* 348, 909-1012.

Maruthappu, M., Watkins, J., Mohd Noor, A., Williams, C., Ali, R., Sullivan, R., Zeltner, T. y Atun, R. (2016). Economic downturns, universal health coverage, and cancer mortality in high-income and middle-income countries, 1990–2010: a longitudinal analysis. The Lancet, 388, 684-695. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00577-8.

McCrory, C. y Layte, R. (2012). Breastfeeding and risk of overweight and obesity at nine-years of age. *Social Science & Medicine,* 75, 323-330.

Medina, M. E. y Carbonell, M. C. (2004). Evaluación de la calidad de vida de las personas mayores en el Municipio de Murcia. *Portularia,* 4, 179-186.

Menéndez, M., Benach, J., Muntaner, C., Amable, M. y O'Campo, P. (2007). Is precarious employment more damaging to women's health than men's? *Social Science and Medicine,* 64, 776-781.

Mesas, A. E., Muñoz-Pareja, M., López-García, E. y Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Selected eating behaviours and excess body weight: a systematic review. *Obesity Reviews,* 13, 106-135.

Mikucka, M., Sarracino, F. y Dubrow, J. K. (2017). When Does Economic Growth Improve Life Satisfaction? Multilevel Analysis of the Roles of Social Trust and Income Inequality in 46 Countries, 1981-2012. *World Development,* 93(C), 447-459.

Milanovic, B. (2016). *Global inequality. A new approach for the age of Globalization.* Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Milanovic, B., Lindert, P. H. y Williamson, J. G. (2008). *Measuring Ancient Inequality*. World Bank Policy Research Working Paper Nº. 4412. Recuperado de en https://ssrn.com/abstract=1033224

Milanovic, B., Lindert, P. H. y Williamson, J. G. (2011). Pre-industrial inequality. *The Economic Journal,* 121, 255-272.

Miller, G. E., Yu, T., Chen, E. y Brody, G. H. (2015). Self-control forecasts better psychosocial outcomes but faster epigenetic aging in low-SES youth. *PNAS,* 112(33), 10325-10330. doi: https://doi.org/10.1073/pnas.1505063112

Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1990). Control or defense? Depression and the sense of control over good and bad outcomes. *Journal of Health and Social Behavior,* 31, 71-86.

Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health: A Human Capital hypothesis. *Research on Aging,* 20(4), 415-449.

Mirowsky, J. y Ross, C. E. (2003). *Education, social status, and health.* Nueva York: Aldine de Gruyter.

Moreno, L. (2001). La "vía media" española del modelo de bienestar mediterráneo. *Papers: revista de Sociología,* 63/64, 67-82. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=45723

Moreno, L. (2013). Crisis y reformas del bienestar en Europa. *Presupuesto y Gasto Público*, 71, 23-35.

Morrison, A. S., Kirshner, J. y Molha, A. (1977). Life cycle events in 15th century Florence: Records of the Monte Delle Doti. *American Journal of Epidemiology,* 308, 1135-113.

Morrison, C., Woodward, M., Leslie, W. y Tunstall-Pedoe, H. (1997). Effect of socioeconomic group on incidence of, management of, and surival after myocardial infarction and coronary death: analysis of community coronary event register. *British Medical Journal,* 314, 541-546.

Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarín, M. I. y Fernández, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology,* 32(6), 950-958.

Muntaner, C., Rocha, K. B., Borrell, C., Vallebuona, C., Ibáñez, C., Benach, J. y Sollar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Publica,* 31(2), 166-75.

Navarro, V. (2004). *El Estado de Bienestar en España*. Madrid: Tecnos.

Noll, H. H. (2002). Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture. *Social Indicators Research,* 58(1-3), 47-87.

Neumayer, E. (2005). Commentary: The economic business cycle and mortality. *International Journal of Epidemiology,* 34, 1221-1222. doi: 10.1093/ije/dyi147

Oemar, M. y Janssen, B. (2013). *EQ-5D-5L User Guide*. Rotterdam: EuroQol Group.

Olafsdottir, S. (2007). Fundamental causes of health disparities: stratification, the Welfare State, and health in the United States and Iceland. *Journal of Health and Social Behavior,* 48, 239-253.

Olivi, A., Fadda, G. y Pizzi, M. (2015). Evaluación de la calidad de vida de los adultos mayores en la ciudad de Valparaíso. *Papeles de Población,* 21(84), 227-249.

Page, A., Milner, A., Morrell, S. y Taylor, R. (2013). The role of under-employment and unemployment in recent birth cohort effects in Australia suicide. *Social Science & Medicine* 93, 55-62.

Pampel, F. C., Krueger, P. M. y Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology,* 36, 349-370.

Pearlin, L. I. (1989). The Sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior,* 22, 337-356.

Pickett, K. E., James, O. W. y Wilkinson, R. G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health,* 60, 646-647.

Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I. y Levin, B. (2004). "Fundamental Causes" of social inequalities in mortality: a test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 265-285.

Phelan, J. C., Link, B. G. y Tehrafinar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, S28-S40.

Phillimore, P., Beattie, A. y Townsend, P. (1994). Widening inequality of health in northern England, 1981-91. *British Medical Journal,* 308, 1125-1128.

Prieto, C. (1994). *Trabajadores y condiciones de trabajo*. Madrid: HOAC.

Prieto, C. (1999). Crisis del empleo: ¿crisis del orden social? En F. Míguelez y C. Prieto (Dirs.). *Las relaciones de empleo en España* (pp. 529-548). Madrid: Siglo XXI.

Prieto, C., Ramos, R. y Callejo, J. (coords.) (2008). *Nuevos tiempos del trabajo. Entre la flexibilidad competitiva de las empresas y las relaciones de género*. Madrid: CIS.

Pujadas, J. J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Reeves, A., McKee, M., Gunnell, D., Chan, S.S., Basu, S., Barr, B. y Stuckler, D. (2014). Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries. Eu*ropean Journal of Public Health,* 25, 404-409.

Reid, D. D., Hamilton, P. J. S., Keen, H., Brett, G. Z., Jarrett, R. J. y Rose, G. (1974). Cardiorespiratory disease and diabetes among middle-aged male civil servants. *The Lancet,* 303, 469-473.

Rifkin, J. (1996). *El fin del trabajo*. Barcelona, Paidós.

Robert, G., Martínez, J. M., García García, A. M., García Benavides, F. y Ronda-Pérez, E. (2014). From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health. *European Journal of Public Health,* 24, 404-409. doi:10.1093/eurpub/cku020

Rocha, K. B., Muntaner, C., González-Rodríguez, M. J., Bernales, P., Vallebuona, C., Borrell, C. y Solar, O. (2013). Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública,* 33(5), 340-348.

Rodgers, G. B. (1979). Income inequality as determinants of mortality: an international cross-section analysis. *Population Studies,* 33(2), 343-351.

Rose G. (1992). *The Strategy of Preventive Medicine*. Nueva York: Oxford University Press.

Rose, D. y Harrison, E. (2010). *Social Class in Europe: An introduction to the European Socioeconomic Classification*. Nueva York: Routledge.

Rosvall, M., Östergren, P.O., Hedblad, B., Isacsson, S.O., Janzon, L. y Berglund, G. (2006). Socioeconomic differences in the progression of carotid atherosclerosis in middle-aged men and women with subclinical atherosclerosis in Sweden. *Social Science & Medicine,* 62, 1785-1798.

Rubin, M. S., Clouston, S. y Link, B. G. (2014). A fundamental cause approach to the study of disparities in lung cancer and pancreatic cancer mortality in the United States. *Social Science & Medicine,* 100, 54-61.

Ruhm, C. J. (2000). Are Recessions Good for Your Health? *The Quarterly Journal of Economics,* 115(2), 617–650. doi: https://doi.org/10.1162/003355300554872

Ruhm, C. J. (2003). Healthy living in bad times. *IZA Discussion Paper,* 71. Bonn, Germany.

Ruhm, C. J. (2015). Recessions, healthy no more?. *Journal of Health Economics,* 42, 17-28. doi: 10.3386/w19287

Sala, H. y Silva, J. (2009). Flexibility at the margin and labour market volatility: The case of Spain. *Investigaciones Economicas,* 33, 145-178.

Sala-i-Martin, X (2005). The World distribution of income: falling poverty and…convergence, period. *The Quarterly Journal of Economics*, 121(2), 351-397.

Sánchez-López, M. P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema,* 20(4), 893-843.

Sánchez-Moreno, E. (2002). *Individuo, sociedad y depresión*. Málaga, España: Aljibe.

Sánchez-Moreno, E., Gallardo Peralta, L. P., Barrón, A., Arias Astray, A. y de la Fuente Roldán, I. N. (2016). Employment status and health in Spain before and after the Great Recession. *Social Currents,* 3, 386-402. doi: 10.1177/2329496516636402.

Sánchez-Moreno, E., Garrido, A. y Álvaro, J. L. (2003). Un modelo psicosociológico para el estudio de la salud mental. *Revista de Psicología Social,* 18(1), 17-33.

Santamarina, C. y Marinas, J. M. (1995). Historias de vida e historia oral. En J. M. Delgado y J. Gutiérrez (Edits.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp. 257-285). Madrid: Síntesis.

Santos, A., Montalbá, C. y Moldes, R. (2004). *Paro, exclusión y políticas de empleo. Aspectos sociológicos*. Valencia: Tirant Lo Blanch.

Schnittker, J. (2004). Education and the changing shape of the income gradient in health. *Journal of Health and Social Behavior,* 45, 286-305.

Shaw, B. A., McGeever, K., Vaquez, E., Agahi, N., y Fors, S. (2013). Socioeconomic inequalities in health after age 50: Are health risk behaviors to blame? *Social Science & Medicine,* 101, 52-60.

Sirgy, M. J. (2001). *Handbook of Quality of Life Research. An Ethical Marketing Perspective*. Dordrecht: Kluwer.

Smith, G. D., Douglas, C., Rankin, S. y Rowan, D. (1992). Socioeconomic differentials in mortality: evidence from Glasgow Graveyards. *British Medical Journal,* 305, 1554-1557.

Smith, G. D., Hart, C., Blane, D. N., Gillis, C. C. y Hawthorne, V. S. (1997). Lifetime socioeconomic position and mortality: prospective observational study. *British Medical Journal,* 314, 547-52.

Sobal, J. y Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: a review of the literature. *Psychological Bulletin,* 105(2), 260-275.

Somerville, P. (1992). Homelessness and the meaning of home: Rooflessness or rootlessness? *International Journal of Urban and Regional Research,* 16(4), 529-539.

Stevenson, T. H. C. (1923). The social distribution of mortality from different causes in England and Wales, 1910-12. *Biometrika,* 15, 382-400.

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.

Stronks, K., van de Mheen, H., vand den Bos, J. y Mackenbach, J. (1997). The interrelationship between income, health and employment status. *International Journal of Epidemiology,* 26(3), 592-600.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. y McKee, M. (2009). The public health effect of economic crisis and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet,* 374(9686), 315-323.

Syme, L. y Berkman, L. F. (1994). Social class, susceptibility, and sickness. En P. Conrad y R. Kern, *The sociology of health and illness. Critical perspectives* (pp. 29-35). Nueva York: St. Martin's Press.

Tapia Granados, J. A. (2005). Recessions and Mortality in Spain, 1980-1997. *European Journal of Population,* 21(4): 393-422.

Tezanos, J.F. (1998). *Tendencias en exclusión social en las sociedades tecnológicas: el caso español*. Madrid: Sistema.

Tezanos, J.F. (2001a). *El trabajo perdido: ¿hacia una civilización postlaboral?* Madrid: Biblioteca Nueva.

Tezanos, J.F. (2001b). *La sociedad dividida. Estructura de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas.* Madrid: Biblioteca Nueva.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support procesess: Where are we? What are next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79.c

Tompa, E., Scott-Marshall, H. y Fang, M. (2008). The impact of temporary employment and job tenure on work-related sickness absence. *Occupational and Enviromental Medicine,* 65, 801-807.

Torns, T. (2000). Las mujeres jóvenes en el mercado de trabajo en España. En L. Cachón (Dir.). *Juventudes y empleos: perspectivas comparadas* (pp. 199-214). Madrid: INJUVE.

Touraine, A. (1971). *La sociedad postindustrial*. Barcelona, Ariel.

Turner, J. (1995). Economic Context and the Health Effects of Unemployment. *Journal of Health and Social Behavior,* 36(3), 213-229. Disponible en http://www.jstor.org/stable/2137339

Turner, R. J. y Avison, W. R. (2003). Status variations in stress exposure: implications for the interpretation of research on race, socioeconomic status, and gender. *Journal of Health and Social Behavior,* 44(4), 488-505.

Turner, R. J., Wheaton, B. y Lloyd, D. A. (1995). The epidemiology of social stress. *American Sociological Review,* 60(1), 104-125.

Umberson, D., Williams, K., Powers, D. A., Liu, H. y Needham, B. (2006). You make me sick: marital quality and health over the life course. *Journal of Health and Social Behavior,* 47, 1-16.

Urzúa, A. y Caqueo-Urízar, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica,* 30(1), 61-71.

Vågerö, D. y Lundberg, O. (1989). Health inequalities in Britain and Sweden. The *Lancet,* 334, 35-36.

Velarde-Jurado, E. y Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México,* 44(4), 349-361.

Virtanen, M., Kivimäki, M., Joensuu, M., Virtanen, P., Elovainio, M. y Vahtera, J. (2005). Temporary employment and health: a review. *International Journal of Epidemiology*, 34(3), 610-622. doi: https://doi.org/10.1093/ije/dyi024

Virtanen, P., Janlert, U. y Hammarström, A. (2011). Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects. *Occupational and Environmental Medicine,* 68, 570-4. 10.1136/oem.2010.054890.

Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benavides, F. G. y Benach, J. (2013). Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *Journal of Environmental and Public Health, 2013*. doi: http://dx.doi.org/10.1155/2013/978656

Wacquant, L. (2007). *Los condenados de la ciudad. Gueto, periferias y Estado.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Wang, S., Hoshi, T. y Ai, B. (2015). Does Social Interaction Explain Socioeconomic Inequalities in Health Status? Results from the Japanese Community-Dwelling Elderly Age 65 to 84 Years. *Educational Gerontology,* 41(2), 81-92.

Warr, P., Jackson, P. y Banks, M. (1988). Unemployment and Mental Health: Some British Studies. *Journal of Social Issues,* 44, 47-68. doi:10.1111/j.1540-4560.1988.tb02091.x

Warren, J. R. y Hernández, E. M. (2007). Did socioeconomic inequalities in morbidity and mortality change in the United States over the course of the Twentieth Century? *Journal of Health and Social Behavior,* 48, 335-351.

Watson, D., Maître, B., Whelan, C. T. y Russell, H. (2017). Poverty, economic stress and quality of life: lessons from the Irish case. *International Review of Economics,* 64(2), 125-143. doi: 10.1007/s12232-016-0265-0

Webb, T., Pedersen, C. B. y Mok, P. L. H. (2016). Adverse Outcomes to Early Middle Age Linked With Childhood Residential Mobility. *American Journal of Preventive Medicine,* 51, 291-300. doi: 10.1016/j.amepre.2016.04.011

WHOQOL Group (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL). *Social Science and Medicine,* 41, 1403-1409.

Wilkinson, R. G. (1990). Income distribution and mortality: a natural experiment. *Sociology of Health and Illness,* 12(4), 391-412.

Wilkinson, R. G. (1992). Income distribution and life expectancy. *British Medical Journal,* 304, 165-168.

Wilkinson, R. G. (1999). Income inequality, social cohesion, and health: clarifying the theroy. *International Journal of Health Services,* 29(3), 525-543.

Wilkinson, R. G. (2002). Commentary: liberty, fraternity, equality. *International Journal of Epidemiology,* 31, 538-543.

Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003). *Social determinants of health. The solid facts*. Copenhague: World Health Organization.

Wilkinson, R. G. y Pickett, K. E. (2006). Income inequeality and population health: a review and explanation of the evidence. *Social Science & Medicine,* 62, 1768-1784.

Wilkinson, R. G. y Pickett, K. E. (2007). The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Social Science & Medicine,* 65, 1965-1978.

Wilkinson, R. G. y Pickett, K. E. (2008). Income inequality and socioeconomic gradients in mortality. *American Journal of Public Health,* 98(4), 699-704.

Wilkinson, R. G. y Pickett, K. E. (2009). *The spirit level: why more equal societies almos always do better.* London, U.K.: Allen Lane.

Williams, K. y Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: a gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior,* 45, 81-98.

Wohlfarth, T. (1997). Socioeconomic inequality and psychopathology: are socioeconomic status and social class interchangeable? *Social Science & Medicine,* 45(3), 399-410.

Wohlfarth, T. y van den Brink, W. (1998). Social class and substance use disorders: the value of social class as distinct from socioeconomic status. *Social Science & Medicine,* 47(1), 51-58.

A

Anexos

ANEXO Nº 1

Ejes temáticos para la entrevista biográfica

1. Información y proyecto personal
- **A.** Año nacimiento
- **B.** Lugar de nacimiento
- **C.** Estado civil
- **D.** Hijos
- **E.** Independencia económica
- **F.** Emancipación/no emancipación familiar
  - I. Motivos
- **G.** Contexto
- **H.** Familia constituida
  - I. Estructura, relaciones y composición

2. Biografía familiar
- **A.** Familia de origen
  - I. Origen social (empleo y formación de los padres)
  - II. Contexto de crianza y crecimiento
  - III. Estructura familiar
    - – Composición
    - – Relaciones

3. Biografía formativa
- **A.** Trayectoria formativa
  - I. Nivel formativo alcanzado
- **B.** Decisión de dejar/continuar estudios
  - I. Motivos

4. Biografía laboral
- **A.** Empleos ocupados
  - I. Sector
  - II. Tipo
  - III. Condiciones
- **B.** Cambios de empleo
  - I. Motivos y contextos del cambio
- **C.** Último empleo/empleo actual

5. Biografía residencial
- **A.** Domicilios y cambios de residencia
  - I. Accesibilidad
  - II. Características
  - III. Tipo de tenencias
- **B.** Pérdida (si la hubiera)
  - I. Cuándo tiene lugar
  - II. Motivos de la pérdida
  - III. Respuesta a la situación
    - – Primeras respuestas / Recuperación, o no, de la estabilidad residencial

6. Salud y calidad de vida
  A. Enfermedades patologías
    I. Tipo
    II. Momento en el que aparecen
    III. Acceso a tratamiento
    IV. Viviencia
  B. Calidad de vida
    I. Cambio de la realidad familiar: antes y después de la Gran Recesión
    II. Día a día antes y después de la Gran Recesión
    III. Formas de ocio antes y después de la Gran Recesión

7. Proyecto migratorio (si lo hubiera)
  A. Contexto del proceso migratorio
    I. Motivo
    II. Situaciones
  B. Llegada al nuevo país
    I. Reconstrucción de los primeros días
    II. Búsqueda de empleo
    III. Alcance de los objetivos esperados

8. Sistemas de protección social
  A. Acceso
    I. Sistemas a los que accede
    II. Motivo
  B. Servicios/ayudas recibidas

ANEXO Nº 2

Historias de vida

a. La trayectoria vital de Carmela y Juan (HV-1.1)

Ficha resumen

DATOS GENERALES			
TIPO DE FAMILIA: 1		**HISTORIA DE VIDA: HV-1.1**	
Carmela		**Juan**	
1ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 7/07/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 100'	**1ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 28/06/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 96'
2ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 2/08/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 45'	**2ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 11/07/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 105'
3ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 1/09/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 83'	**3ª sesión**	

RESUMEN SOCIOBIOGRÁFICO

Familia nuclear de origen español formada por Juan (padre, 61 años), Carmela (madre, 61 años) y Carlota (hija, 30 años). La madre se ha dedicado al trabajo doméstico del hogar desde que nació su hija, y el padre ha desarrollado su carrera profesional en el sector de la seguridad privada, aunque ahora se encuentra prejubilado desde el año 2014. La hija tiene licenciatura y se encuentra en situación de desempleo, realidad que alterna con trabajos esporádicos, principalmente no vinculados a su titulación.

La familia reside en el domicilio familiar donde la familia se constituyó y no se han enfrentado a pérdida de vivienda. Tampoco sufren problemas de graves de salud.

Las dificultades económicas comienzan con la prejubilación del padre y las dificultades puestas por la empresa para aceptar el requerimiento de la nueva situación laboral.

Historia de vida

Carmela y Juan se conocieron la primavera de 1980 en la verbena de San Isidro. Asentados en Madrid desde su nacimiento, empezaron a salir. Ambos tenían 23 años.

Juan es el pequeño de tres hermanos. Su familia, dedicada a la hostelería, regentó un bar hasta que la crisis de los años 90 les hizo cambiar de profesión poniendo en marcha un pequeño puesto de venta de frutas y verduras en un conocido barrio madrileño. Por su parte, Carmela es la mayor de dos hermanas cuyo padre era operario de una fábrica. Su madre se dedicó al cuidado de la familia y del hogar.

Juan tiene el graduado escolar y Carmela realizó estudios de administración. Cuando se conocieron, Carmela trabajaba como administrativa en una ferretería y Juan estaba comenzando a introducirse en el mundo de la seguridad privada, sector en el que se mantuvo hasta que se prejubiló en el año 2014.

Juan y Carmela se casaron en el año 1985. Dos años más tarde nació Carlota, su única hija. Los esfuerzos de la familia se han destinado a posibilitar que Carlota accediera a la educación superior. Y así fue. Su hija se licenció en el año 2010, cursando posteriormente dos másteres costeados a base del endeudamiento familiar.

> *Esto ha costado mucho, la verdad. No es que fuéramos pobres pero… era mucho dinero y sin becas pues se complica que… solo era el sueldo de Juan y bueno (…). Menos mal que pudimos pedir un pequeño crédito y… y mis padres siempre nos han ayudado porque… bueno, Carlota y… y su educación era lo primero siempre* (Carmela).

La situación económica y laboral de la familia ha sido relativamente estable hasta que Juan se prejubiló. Carmela dejó su trabajo en el año 1991 para poder dedicarse al cuidado de su hija. Mientras tanto, Juan fue pasando de una empresa de seguridad a otra hasta que en el año 1997 entró a formar parte de la compañía en la que finalizó su trayectoria laboral tras 20 años de dedicación.

> *Hemos tenido mucha suerte… pero mucha, mucha ¿sabes lo que te quiero decir? O sea… hemos podido dar estudios a la niña, mantener nuestra casa y… no sé, hemos tenido suerte, para qué mentir* (Juan).

La familia vive en la misma casa en la que se asentaron tras casarse y no disponen de cargas hipotecarias. Sin embargo, tras la prejubilación de Juan, han tenido lugar diferentes dificultades que han dirigido a la familia a una situación de riesgo. Tanto Juan como Carmela tienen a sus madres en situación de dependencia. La madre de Juan se encuentra en una residencia privada y la madre de Carmela, que vive en el mismo edificio que la familia, tiene muchos problemas de movilidad debido a su avanzada edad. Carmela es quien se encarga de los cuidados de su madre, lo que implica un gran desgaste emocional, psicológico y, además, económico pues aún ni tiene reconocido grado de dependencia y, por tanto, se encuentra a la espera de recibir las ayudas vinculadas a la misma. Carmela está dedicada 24 horas a la atención de su madre.

> *Yo me levanto a las 7 y… pues no paro. No paro. Desayuno mi café y ya… me subo a organizar a mi madre. Es que ella sola no puede y… no sé. Está en lista de espera para residencia pero… nosotros no podemos pagar una privada. Es que ya no podemos (…). Y es todo el día, desayuno, la comida, el baño… todo yo* (Carmela).

Además de los gastos dedicados a cuidar de sus respectivas madres, tanto Carmela como Juan mantienen a Carlota. La pensión de Juan es de 1100 euros y, con eso, hacen frente a todos los gastos. Carlota, que terminó sus estudios en el año 2012, no ha conseguido un trabajo estable vinculado a su titulación. Trabaja de manera temporal y esporádica como becaria en diferentes sectores, lo que dificulta que pueda desarrollar su propio proyecto personal.

> *A mí lo que me duele es mi niña o sea… tanto dinero invertido y… todo su esfuerzo y aquí sigue con 30 años. No hace más que echar currículos y… nada. Bueno sí, ahora trabaja pero… con una beca que solo le va a durar tres meses… ¡tres meses! Dime tú como va a volar así* (Juan).

b. La trayectoria vital de Carmen y José (HV-1.2)

Ficha resumen

DATOS GENERALES	
TIPO DE FAMILIA: 1	**HISTORIA DE VIDA: HV-1.2**
Carmen y José (entrevistas conjuntas a petición de los participantes)	
1ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 28/06/2017 **Lugar:** Centro de Mayores **Duración:** 67'
2ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 8/09/2017 **Lugar:** Centro de Mayores **Duración:** 55'
3ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 22/09/2017 **Lugar:** Centro de Mayores **Duración:** 43'

RESUMEN SOCIOBIOGRÁFICO

Matrimonio de origen español formado por Carmen (85 años) y José (82 años). Carmen y José tienen dos hijos. Su hija mayor falleció en 2015 por enfermedad.

Carmen fue costurera de joven y pasó a encargarse en exclusiva del cuidado del hogar cuando nació su primera hija. Por su parte, José regentó una tienda de ultramarinos hasta que se jubiló en el año 2000.

Viven solos pero atienden constantemente a sus hijos y nietos. La pensión de Juan constituye un elemento central para garantizar el bienestar de su hogar, y del hogar de sus hijos.

El matrimonio reside en el domicilio donde la familia se constituyó y no se han enfrentado a pérdida de vivienda. Tienen problemas de salud propios de la edad (dolores musculares, artritis, problemas de visión, tensión elevada, colesterol y diabetes tipo II).

Las dificultades económicas comienzan alrededor del año 2010, cuando sus hijos se quedan en situación de desempleo de larga duración y tienen que apoyarles económicamente.

Historia de vida

Carmen y José tienen 85 y 82 años respectivamente y llevan juntos casi toda su vida. Se conocieron en 1950 en las fiestas de un pequeño pueblo de Albacete donde ambos, de origen madrileño, veraneaban.

Se casaron en el año 1955 en Madrid y tres años más tarde nació su primera hija, fallecida en el año 2015 debido a una enfermedad. Carmen y José tienen otros dos hijos y cinco nietos, que se han convertido en el centro de su vida.

> *Él me pido salir a bailar y a mí… a mí no me gustaba mucho pero [risas]… fíjate a donde nos ha llevado el baile en la plaza. Hasta aquí. Tres hijos y cinco nietos… ¡ay mis nietos! Eso es la alegría de mi vida* (Carmen).

Carmen se dedicó a la costura desde que dejó la escuela siendo una niña. Cuando nació su hija mayor, pasó a cuidar de la familia y del hogar de manera exclusiva. En ocasiones, ayudaba a José en una pequeña tienda de ultramarinos que regentó hasta su jubilación en el año 2000. Actualmente, la pensión de José constituye el centro de la economía familiar. Sus dos hijos se encuentran en paro de larga duración y uno de ellos, sin derecho a prestación, por lo que no disponen de ingresos. Así, los 770 euros que percibe José se reparten y estiran para mantener a toda su familia.

> *Yo la verdad es que no sé cómo lo hacemos [risas]… pero a ver ¡qué vamos a hacer! No vamos a dejar que mis nietos pasen penas. Ya bastantes penas hemos pasado nosotros hasta ahora y… pues se hace lo que se puede* (José).

Así, las dificultades económicas comienzan en el año 2010, cuando sus dos hijos se quedan en situación de desempleo. Ambos dedicados a la construcción, vieron disminuir sus ingresos. De hecho, uno de ellos está atravesando por una ejecución hipotecaria con fecha de lanzamiento ya establecida. Carmen y José acogerán en su vivienda a su hijo, a su nuera y a sus dos nietos de 7 y 4 años respectivamente.

> *Esto ha sido una pena, una pena [llora] (…) ¿y si no estamos nosotros? ¿A dónde van si no estamos? Es que no hay derecho. Yo sufro mis nietos que… tan pequeños y tener que estar así… no hay derecho a esto* (Carmen).

Tanto Carmen como José tienen múltiples problemas de salud vinculados a su avanzada edad. La movilidad la tienen limitada y, además, Carmen apenas tiene visión. Ha sido operada de cataratas en varias ocasiones y apenas es capaz de ver. Quieren solicitar un servicio de ayuda a domicilio para que les facilite el día a día. Por el momento, pasan el día en un centro de mayores donde realizan diferentes actividades, comparten tiempo y además, les preparan la comida.

> *La verdad es que venir aquí es… es más cómodo porque bueno, pues estás con gente y hablamos y… así nos forzamos a movernos pero claro, según qué día. Hay días que me duelen tanto las piernas que no puedo ni andar y Carmen… Carmen así sin ver sola no puede venir, claro* (José).

Sin embargo, pese al deterioro de la salud, tanto José como Carmen se sienten "plenos". La utilidad que su presencia reporta a sus hijos y nietos les ha hecho enfocar la vida con más ánimo y entusiasmo.

Es que es eso, esto es lo mejor de esta situación, tenerlos en casa cada día, verles crecer y… no sé que podamos disfrutar cerca de ellos todo el tiempo que podamos (Carmen).

El matrimonio se ha planteado la posibilidad de ingresar conjuntamente en una residencia donde estén bien cuidados. Sin embargo, dada la realidad por la que atraviesan sus hijos y nietos, han abandonado la idea. Quieren que se estabilice la situación de su familia y, para ello, su presencia se convierte actualmente en algo indispensable.

Siempre hemos tenido muchos planes para cuando me jubilara, ¿verdad? [Carmen asiente] pero… pues bueno, tendrán que esperar. No pasa nada, Esperaremos (José).

c. La trayectoria vital de Naima y Naim (HV-2.1)

Ficha resumen

DATOS GENERALES			
TIPO DE FAMILIA: 2		**HISTORIA DE VIDA: HV-2.1**	
Naima		**Naim**	
1ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 20/06/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 70'	**1ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 20/06/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 88'
2ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 6/07/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 82'	**2ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 6/07/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 105'
3ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 6/11/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 66'	**3ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 6/11/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 60'

RESUMEN SOCIOBIOGRÁFICO

Familia nuclear de origen marroquí constituida por Naima (madre, 41 años) y Naim (padre, 43 años), y sus cuatro hijos: Mohamed (21 años), Farid (19 años), Fátima (11 años y nacida en España) y Farah (7 años y nacida en España).

Naim llegó a la ciudad de Granada en el año 2003. Posteriormente, en el año 2005, llegó su familia. Residieron en Granada hasta que, fruto de una ejecución hipotecaria, perdieron su vivienda y llegaron a Madrid en el año 2010.

Antes de comenzar la situación de crisis, Naima no tenía empleo remunerado. Posteriormente, ha trabajado como auxiliar de limpieza a domicilio. Por su parte, Naim, desde su llegada a España, ha trabajado en el sector de la construcción. En la actualidad, ambos se encuentran desempleados, al igual que sus dos hijos mayores de edad. Son perceptores de la Renta Mínima de Inserción. Los problemas económicos comienzan con el estallido de la "burbuja inmobiliaria". La familia vive con un alquiler social.

Farah y Fátima padecen asma y alergias. Fátima sufre migrañas y Naim tiene problemas dentales.

Historia de vida

Naim tiene 43 años y Naima, 41. Ambos nacidos en un pequeño pueblo de la costa marroquí, se casaron en el año 1996 por un acuerdo familiar. Tienen cuatro hijos, Mohamed y Farid, de 21 y 19 años respectivamente y nacidos en Marruecos; y Fátima y Farah, nacidas en España en 2006 y 2010.

En Marruecos, Naim se dedicaba a la venta ambulante mientras que Naima cuidaba del hogar. Como tantas otras personas en su situación, decidieron iniciar un proyecto migratorio. Naim llegó a España en el año 2003 después de dos años ahorrando para pagar una plaza en la patera con la que cruzó el Estrecho.

> *Eso es… muy duro. Mucho, mucho y yo… [llora]. La verdad no gustar recordar que fue largo y… mucho miedo. No cabíamos y barco hundido y… muchos muertos en el mar. No querer recordar* (Naim).

Se asentó en la ciudad de Granada donde, siempre sin contrato, pronto comenzó a trabajar en la construcción gracias a los contactos de un compañero de viaje. Pasó a vivir en una habitación en un piso compartido hasta conseguir ahorrar el dinero suficiente para traer a su familia a España. Una vez regularizada la situación administrativa de Naim, en el año 2005 llegan Naima y sus dos hijos mayores.

Hasta ese momento el trabajo no había faltado y tuvieron la oportunidad de comprar una vivienda que, hasta el año 2009, pudieron pagar sin dificultades.

> *Yo siempre quise casa. Veníamos a España para mejor y lo consigo. La casa muy bonita y pagar no era problema en casa. Todos niños felices y yo feliz también. Casa era muy bonita* (Naima).

Sin embargo, los años de bonanza económica asociados al boom de la construcción llegaron a su fin y a partir del año 2008 la familia se encontró con serias dificultades laborales. Los ingresos que entraban en casa disminuyeron hasta desaparecer y dejaron de poder afrontar la hipoteca. Así, en el año 2010, sufrieron una ejecución hipotecaria, que llevó a la familia a una situación límite que, en el caso de Naima, derivó en pensamientos autolíticos que no quiere recordar.

> *Yo ganaba mucho, muy bien. Eran meses muy buenos que con mucho trabajo, mucho dinero (…). De repente, nada. Ni chapuza. No ganar* (Naim).

Sin tener donde acudir, decidieron venir a Madrid donde vivía una de las primas de la familia. Así, Naim, Naima y sus cuatro hijos pasaron a vivir en un piso de 57 metros cuadrados junto con otras cinco personas. Esta situación se prolongó durante tres años.

Durante todo ese tiempo, Naim no volvió a trabajar de manera regular y estable y la familia sobrevivió a base de los trabajos puntuales en servicio doméstico de Naima, la venta de pañuelos, las pequeñas reformas de Naim, la recogida de chatarra y, sobre todo, gracias a la solidaridad de una asociación que, finalmente, les ayudó en los trámites para la obtención de la Renta Mínima de Inserción y que, además, les ofreció una vivienda en régimen de alquiler social.

> *Menos mal que ahora… ahora sin lujos pero poder pagar y vivir mi familia y mis hijos. Trabajo está igual, pero con Renta poder pagar casa y… nos ayudan con comida y… así podemos vivir mejor pero… no todo podemos pagar* (Naim).

La realidad laboral de la familia sigue estancada. Naim sigue haciendo algunos trabajos de reformas esporádicos y Naima algunas horas en servicio doméstico. Sus hijos mayores de edad se encuentran estudiando diferentes ciclos formativos y en búsqueda de empleo. Sin embargo, ninguno de los dos ha conseguido aún su primer empleo.

La preocupación de la familia está en conseguir más ingresos que les permita no solo afrontar la vivienda, sino también hacer frente a las alergias y el asma que padecen sus dos hijas menores de edad y cuyo tratamiento solo está parcialmente cubierto por la Seguridad Social.

d. La trayectoria vital de Rocío y Fernando (HV-2.2)

Ficha resumen

DATOS GENERALES			
TIPO DE FAMILIA: 2		**HISTORIA DE VIDA: HV-2.2**	
	Rocío		**Fernando**
1ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 13/12/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 88'	**1ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 13/12/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 110'
2ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 31/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 76'	**2ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 31/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 96'
3ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 27/02/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 80'	**3ª sesión**	

RESUMEN SOCIOBIOGRÁFICO

Familia nuclear de origen español constituida por Rocío (madre, 40 años) y Fernando (padre, 43 años), y sus cuatro hijos: Sara (22 años, de una relación anterior de Rocío), Marina (16 años), Emma (14 años) y Álvaro (10 años).

Rocío ha trabajado principalmente como dependienta y en la actualidad se encuentra en situación de desempleo. Consigue algunos ingresos cuidando a un menor. Fernando era autónomo y regentaba su propia empresa de reformas, que tuvo que cerrar en el año 2011. Actualmente trabaja como camarero con un contrato por cuenta ajena. Sara se encuentra desempleada.

Los problemas económicos comienzan en 2011, cuando Fernando tiene que cerrar el negocio y, un año más tarde, Rocío es despedida de la tienda en la que trabajaba. Ante el desempleo y la falta de ingresos, sufren una ejecución hipotecaria en el año 2014. Consiguen dación en pago y el banco propietario de la vivienda les permite quedarse en el domicilio familiar en régimen de alquiler social.

Rocío sufre anemia, migrañas. Emma tiene escoliosis y Fernando padece lumbociática.

Historia de vida

Rocío vivía con sus padres y su primera hija, fruto de una relación anterior, cuando conoció a Fernando hace 20 años. Comenzaron a salir y cuatro años después, nació su hija Marina. En el año 2003 nació Emma, y en 2007 Álvaro.

Ambos trabajaban. En en el año 2003 montó su propia empresa de reformas. Por su parte, Raquel trabajaba como dependienta en diferentes comercios. Tenían una estabilidad económica que les permitió acceder a la compra de una vivienda, que, aunque antigua, pudieron reformar gracias a la hipoteca.

El empleo de Rocío junto con la empresa de Fernando reportaba buenos ingresos a la familia. Eran muchas horas trabajadas, pero permitían a la familia vivir bien y disfrutar del tiempo de ocio.

> *La verdad, es que era un esclavo pero… pero cerraba los domingos y… era el día que teníamos para estar juntos, para salir y… todos los domingos nos íbamos a comer, a ver cosas, al parque de atracciones… no sé, había poco tiempo pero lo disfrutábamos con amigos y… Nos encantaba poder salir* (Fernando).

Las dificultades comienzan con el inicio de la crisis pero, sobre todo, a partir del año 2009. La empresa que regentaba Fernando empieza a dar pérdidas. Se ve obligado a despedir a los empleados que tenía contratados y, aún así, no es capaz de obtener ganancias. La situación se vuelve crítica y, en el año 2011, Fernando se ve obligado a cerrar lo que había sido el sustento principal de su familia.

> *Recordarlo… me pone el pelo de punta ¿sabes? Es que nos quedábamos casi a cero y… somos muchos en casa. Fue una de las cosas más duras que me han pasado y… sigue siendo difícil pensarlo* (Fernando).

A esta realidad se unió que, en el año 2012, Rocío también pierde su trabajo. Junto al resto de sus compañeras, es despedida del comercio en el que llevaba 8 años como dependienta. Tuvo derecho a prestación por desempleo pero era insuficiente para pagar las cuotas hipotecarias y préstamos que habían pedido para tratar de mantener el bar. Por ello, empezaron los impagos.

> *Yo nunca me imaginé que… no sé, sabíamos que el banco diría algo, claro pero… como que en mi cabeza era imposible que nos quitaran la casa y… no sé. Nos confiamos o… no sé, de verdad. Yo siempre pensé que esto iba a ir a mejor y que… que iban a salir trabajos* (Rocío).

El proceso de pérdida de la vivienda fue realmente dramático para la familia. En el año 2014 obtuvieron dación en pago y el banco les concedió un alquiler social en la misma vivienda. Para Rocío, esto fue una suerte. No tuvo que sacar a sus hijos de su entorno.

> *Por lo menos, estamos aquí y… no sé. Yo confío en poder comprar la casa otra vez, no sé, eso se puede, ¿no? (…). Lo bueno es que seguimos aquí y mis hijos no han tenido que ver como había que recoger sus cosas* (Rocío).

Durante el proceso, la salud física y mental de ambos progenitores se fue deteriorando. Desde que cerró el bar, Fernando refiere tener mucha ansiedad, problemas de espalda y encontrarse en un estado depresivo no tratado. Rocío no ha vuelto a trabajar y tiene un

estado de malestar general agravado por una fuerte anemia y continuos ataques de migraña, que antes de 2011 no padecía. A esta realidad se une que su hija Emma padece una escoliosis lumbar bastante acusada para cuyo tratamiento eran fundamentales las clases de natación que, desde 2012, no han podido pagar.

La situación actual vuelve a ser crítica. Hasta el año 2016 se mantenían gracias a la Renta Mínima de Inserción, que les fue retirada cuando Fernando comenzó a trabajar como camarero. Trabaja con un contrato a media jornada pero, en realidad, hace 50 horas semanales por un sueldo de 600 euros. Así, ante la escasez de ingresos, empezaron a dejar de pagar cuotas de alquiler. Tienen abierto proceso judicial y, de no pagar la deuda, tendrán que abandonar la vivienda.

> *No me puedo creer que estemos así otra vez, de verdad que no. Es que… ¿cómo vamos a pagar ese dinero? Y nos están ayudando mucho. Pero muchísimo. Pero no sé cómo lo vamos a hacer* (Fernando).

e. La trayectoria vital de Josefina y Roberto (HV-2.3)

Ficha resumen

DATOS GENERALES			
TIPO DE FAMILIA: 2		**HISTORIA DE VIDA: HV-2.2**	
Josefina		**Roberto**	
1ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 10/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 55′	**1ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 10/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 95′
2ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 24/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 90′	**2ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 24/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 80′
3ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 5/02/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 80′	**3ª sesión**	

RESUMEN SOCIOBIOGRÁFICO

Familia nuclear de origen español constituida por Josefina (madre, 42 años), Roberto (padre, 47 años) y su hijo Daniel, de 12 años.

Roberto, desempleado desde el año 2011, ha desarrollado su carrera profesional en el sector de la construcción y las reformas. Por su parte, Josefina, perdió su empleo en el año 2013 aunque en la actualidad, se encuentra empleada de manera temporal y discontinua como teleoperadora, sector en el que mayoritariamente ha trabajado.

Tras el desempleo de Roberto, los ingresos descienden y se ven incapaces de hacer frente a los gastos, sobre todo después de que Josefina perdiese el empleo en el año 2013. Consiguen dación en pago en el año 2015 y se van temporalmente a vivir a casa de los padres de Josefina. En 2016 Roberto ocupó una vivienda propiedad de banco para que la familia pudiera vivir. Posteriormente, el banco regularizó la situación residencial ofreciéndoles un alquiler social.

Roberto ha sido diagnosticado con depresión. Josefina refiere ansiedad y dificultades para dormir.

Historia de vida

Roberto y Josefina, ambos nacidos en Madrid, se casaron en el año 2003. Tienen un hijo, Daniel, de 12 años.

Desde que tenía 16 años, Roberto se ha dedicado a la construcción. No quería seguir estudiando, así que su padre, que realizaba reformas y obras, le sacó del colegio para que trabajara con él. Josefina, que cursó Formación Profesional en Administración, ha trabajado principalmente como teleoperadora, dedicada a la venta telefónica.

El mismo año de su boda, Josefina y Roberto se compraron una pequeña casa en un barrio madrileño.

> *Era la casa en la que nació mi hijo y… y en la que formamos nuestra familia. No era gran cosa pero… tenía su patio y… Daniel empezó a andar en ese patio* (Josefina).

La economía familiar siempre ha sido buena. Roberto iba uniendo diferentes contratos que, aunque de carácter temporal, nunca le faltaban. De la misma manera, Josefina pasaba pocas temporadas desempleada. Así, ambos trabajando, podían permitirse disfrutar del tiempo de ocio, vacaciones, tener dos vehículos o las actividades extraescolares de Daniel.

> *Yo la verdad que no he sabido que es el paro hasta esta vez o sea… nunca he estado en paro, ni he cobrado ni nada. Trabajar era lo que me gustaba y lo que hacía y… bueno, pues ahora ya no es así* (Roberto).

La situación, como para tantas otras familias, comienza a verse deteriorada a partir del año 2009. El nivel de trabajo de Roberto desciende y le empieza a costar conseguir nuevos empleos, alargándose las temporadas de paro hasta el año 2011, cuando tiene su último trabajo y comienza a cobrar la prestación por desempleo. En el año 2013, la empresa en la que trabajaba Josefina sufre un Expediente de Regulación de Empleo y es despedida. En ese momento, Roberto ya había agotado su derecho a la prestación y los únicos ingresos que entran en el hogar familiar son el escaso paro de Josefina y el subsidio de Roberto. Eran insuficientes, en todo caso, para afrontar una hipoteca que había ascendido a 1000 euros. Así, comienzan a dejar de pagar.

> *La verdad es que no se podía o sea… 1000 euros de casa y… ¡si era más de lo que ingresábamos! (…). Tomamos la decisión de dejar de pagar para poder llenar la nevera y pagar la luz y eso pero… así pasó* (Fernando).

Ante los impagos, pierden la vivienda en el año 2015. Consiguen dación en pago y se van a vivir a casa de los padres de Josefina, donde también se encontraba una de sus hermanas junto a sus dos hijos.

> *Fue de locos, la verdad. Es que éramos… pues… mi padre, mi madre, mi hermano y mis sobrinos y… pues eso, ocho personas en la misma casa y… es que así no se podía estar* (Josefina).

Ante la inexistencia de alternativas habitacionales, en el año 2016 ocupan una vivienda en un deprimido barrio de Madrid. La vivienda estaba vacía y pertenecía a un banco, con el que en ese mismo año negocian, obteniendo un alquiler social de la vivienda ocupada.

Eso fue terrible. Yo creo que no he pasado más miedo nunca. ¿Cómo le hacía eso a mi hijo? Es que era… era lo único que se nos ocurrió, la verdad (Josefina).

Aunque en la actualidad Josefina tiene empleo –discontinuo y temporal– y parece que Roberto empieza a realizar algunas reformas, toda la realidad vivida ha pasado factura a la familia. Roberto se encuentra en tratamiento para afrontar la depresión y la ansiedad. Josefina tiene insomnio cronificado. No solo eso, el estrés experimentado ha deteriorado las relaciones familiares y tanto Josefina como Roberto se plantean la separación.

f. La trayectoria vital de Lama (HV- 3.1)

Ficha resumen

DATOS GENERALES	
TIPO DE FAMILIA: 3	**HISTORIA DE VIDA: HV-3.1**
	Lama
1ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 16/03/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 55'
2ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 29/03/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 85'
3ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 29/05/2017 **Lugar:** domicilio **Duración:** 70'

RESUMEN SOCIOBIOGRÁFICO
Familia monoparental de origen marroquí constituida por Lama (madre, 37 años) y sus dos hijos, Adbel de 9 años, y Hassan, de 4 años, ambos nacidos en España. Lama llega a España con su exmarido en el año 2003. Se separa en el año 2013. A lo largo de su matrimonio, se dedicó al cuidado del hogar y de sus hijos. Actualmente se encuentra desempleada y realiza trabajos esporádicos y temporales como auxiliar de limpieza. La situación económica nunca ha sido estable, aunque empeora tras su separación y la salida junto a sus hijos del domicilio que compartía con su exmarido. Alquila una vivienda sin contrato que resulta ser un piso perteneciente al banco, por lo que inicialmente vive ocupando. Posteriormente, el banco le proporciona un alquiler social. Lama padece psoriasis eritodérmica que empeora ante las situaciones de estrés.

Historia de vida

Lama encabeza una familia monoparental con dos hijos, Abdel, de 9 años, y Hassan, de 4 años. Nacida en Marruecos en el año 1980, llega a España en el año 2005 junto a su exmarido. Lama es licenciada en Filología Árabe. Para su padre, era fundamental que tanto ella como sus hermanas se formaran.

En un primer momento, comienzan a vivir con unos familiares de su marido hasta que en el año 2007, ya embarazada de su primer hijo, alquilan un pequeño piso en la ciudad de Madrid, donde vivirá la familia hasta su separación.

El exmarido de Lama trabajaba como camarero. Apenas pasaba tiempo en casa, ya que necesitaban obtener ingresos tanto para mantenerse ellos como para enviar a la familia que ambos tenían en Marruecos.

La relación matrimonial nunca fue buena. Lama no disponía de libertad y su papel se limitaba a cuidar de sus hijos y de su casa.

> *Yo era… era infeliz, ¿sabes? Es que no sé cómo decir… era… triste todo tiempo y… no salía, no tenía amigas y… poco más* (Lama).

En el año 2013, toma la decisión de separarse. Se enfrenta entonces a una difícil situación. Pese a tener estudios universitarios en su país de origen, nunca ha trabajado. Se encontraba sin ingresos, sola y con dos hijos menores de edad.

> *Yo no sé es valiente o tonto [risas] que yo… no tenía nada, solo a mis niños y ya. Me recuerdo que tenía 16 euros en bolsillo, solo eso. Y así fuimos a casa de amiga para poder estar un tiempo* (Lama).

Tras abandonar su casa, se aloja junto a sus hijos en casa de una amiga. Están compartiendo la vivienda hasta el año 2014. En ese momento, Lama había comenzado a cobrar la Renta Mínima de Inserción y se plantea la posibilidad de alquilar un pequeño apartamento en el que vivir independiente con su familia.

A través de un conocido, alquila un pequeño piso en el centro de Madrid. No hace contrato de alquiler y, mensualmente, paga en efectivo al propietario de la vivienda. Sin embargo, a los seis meses de residir, la Policía se persona en su casa y la acusa de ocupación. El piso que había alquilado, en realidad, era un piso ocupado por la persona que mensualmente le cobraba el alquiler.

> *Eso costó mucho que yo… no entender que decía. Yo pagaba alquiler todos los meses. No faltar ni un mes y… ahora no entendía por qué irme de mi casa. La Policía muy amable con nosotros y… dijo que no preocupar que, informarían y a ver qué pasaba* (Lama).

El piso era propiedad de un banco que, finalmente, concedió a Lama y a su familia un alquiler social, que aunque con dificultades debido a las limitaciones de la Renta Mínima, pueden mantener.

Desde que se separó, Lama ha empezado a realizar trabajos esporádicos en el sector de la limpieza. La mayoría de ellos sin contrato, le permiten aumentar sus ingresos y tratar de mejorar su situación.

La salud de Lama está deteriorada. Sufre psoriasis eritodérmica que se agrava ante situaciones de estrés. Durante sus años de matrimonio, tenía brotes constantes que precisaban de hospitalización. En la actualidad, su enfermedad está más controlada y tiene

escasos brotes de psoriasis que, en todo caso, desde el año 2013, no han precisado de atención hospitalaria.

> *Yo me recuerdo de tener todo cuerpo con… como con bolas de agua y… necesitar muchos días de hospital. Creo que tres veces o cuatro por año estaba en hospital y… mucho dolor. Mucho dolor* (Lama).

El caso concreto de Lama y su familia es reflejo de que su calidad de vida, pese a las dificultades socioeconómicas existentes en un contexto de crisis –máxime cuando se trata de una mujer, de origen extranjero, con cargas laborales e inexperiencia laboral– puede verse mejorada al escapar de un entorno familiar inadecuado.

> *Yo como te decir, ahora soy feliz con mis niños. Salen trabajitos y… estamos los tres a gusto y… muy contentos. Antes no, antes no poder salir, no tener mi dinero y… ahora mucho mejor* (Lama).

g. La trayectoria vital de Manuela (HV- 3.2)

Ficha resumen

DATOS GENERALES	
TIPO DE FAMILIA: 3	**HISTORIA DE VIDA: HV-3.2**
	Manuela
1ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 20/06/2017 **Lugar:** calle **Duración:** 90'
2ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 6/07/2017 **Lugar:** calle **Duración:** 85'
3ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 31/08/2017 **Lugar:** calle **Duración:** 45'

RESUMEN SOCIOBIOGRÁFICO

Familia monoparental de origen español constituida por Manuela (madre, 31 años) y sus cuatro hijos, José Miguel, de 13 años, Marcos, de 12 años, Luis, de 3 años y Marina, fallecida en el año 2004.

Se encuentra separada de su pareja y padre de sus hijos desde el año 2014.

Actualmente se encuentra desempleada y ha trabajado, principalmente, como auxiliar de limpieza con contratos temporales y por horas. Es perceptora de la Renta Mínima de Inserción.

Las dificultades económicas coinciden con la separación y la caída de sus ingresos, que, a su vez, es paralela a una ejecución hipotecaria de la vivienda que compartía con su expareja. Tras residir temporalmente con sus hijos en casa de su madre, consigue una vivienda en régimen de alquiler social del Ayuntamiento del municipio en el que reside.

Historia de vida

Manuela, de 31 años, encabeza una familia monoparental compuesta por ella y por sus tres hijos, José Miguel, Marcos y Luis (13, 12 y 3 años respectivamente). Manuela, además, se enfrentó al fallecimiento de su primera hija en el año 2004.

Manuela es la menor de una familia compuesta por 4 hermanos. Dejó los estudios a los 14 años y comenzó a trabajar limpiando los portales del barrio en el que vivía. Su primera hija nació cuando ella tan solo era una adolescente, lo que generó muchas dificultades en la convivencia con sus padres y el deterioro de la relación con su expareja, lo que se agravó por una cardiopatía congénita con la que la pequeña nació y que le causó la muerte en el año 2004. Este dramático suceso es algo que Manuela no quiere recordar.

Ese mismo año nació su segundo hijo, José Miguel. Manuela y su expareja alquilaron un pequeño piso en un barrio de Madrid y se establecieron como familia. Manuela seguía haciendo horas como auxiliar de limpieza y su expareja trabajaba como transportista. Pasaba muchas horas fuera de casa, pero, a cambio, obtenían ingresos suficientes para mantenerse.

Así, en el año 2005 y coincidiendo con el nacimiento de su hijo Marcos, Manuela y su expareja compraron una vivienda a las afueras de Madrid.

> *Obtuvimos una hipoteca que… era de vergüenza, la verdad. Yo no sé cómo nos llegaron a dar ese dinero, es que era de locos. Es que encima tuvimos que hacer reforma y… claro, eso también nos lo dieron pero es que… compramos en muy mal momento* (Manuela).

Al inicio de la crisis, ni Manuela ni su pareja ven afectadas su situación socioeconómica. De hecho, inicialmente mejoró. En el año 2009, al tiempo que su expareja seguía trabajando como transportista, Manuela obtuvo un contrato de limpieza a tiempo completo en una gran empresa del sector.

> *La verdad es que no sé qué suerte tuvimos. Empezamos que… no sé, veías que todo el mundo estaba fatal, que si el paro y… yo acababa de firmar mi primer contrato en condiciones y el trabajo seguía sin problemas* (Manuela).

Esta estabilidad se mantuvo hasta el año 2012. Su expareja es despedida de su último trabajo y, además, con una prestación por desempleo limitada. Estaba contratado a tiempo parcial cuando, en realidad, trabajaba a tiempo completo. Así, el sueldo de Manuela y el paro de su expareja comienzan a ser insuficientes para mantener a la familia. Esta realidad se complica en el año 2013, cuando Manuela también es despedida de su empresa por "ajustes presupuestarios".

> *Desde que me despidieron… ya todo fue a peor o sea… ya solo teníamos mi paro y… eran como 700 euros así que… si pagábamos 820 de hipoteca, dime tú cómo hacíamos para pagar* (Manuela).

Así, ante la deuda hipotecaria acumulada, coincidiendo con su separación y el nacimiento de su hijo menor, la familia es víctima de una ejecución hipotecaria en el año 2014. Como las otras familias, dan la casa en dación en pago y ante la ausencia de alternativas habitacionales para Manuela y sus hijos, se van a vivir con el padre de Manuela, un hombre mayor y afectado de una insuficiencia respiratoria grave.

A partir del año 2016 las cosas comienzan a mejorar. Manuela, perceptora de la Renta Mínima de Inserción desde el año 2014, empieza a realizar horas de limpieza que, aunque sin contrato, le permiten aumentar los ingresos y no perder el derecho a prestación. Además, ese mismo año Manuela se convierte en adjudicataria de una vivienda de alquiler social del Ayuntamiento del municipio en el que residía con su familia. Sin embargo, las dificultades residenciales han vuelto a aparecer, no por retrasos en el pago del alquiler, sino por las condiciones de la vivienda en la que reside junto a sus hijos. Se trata de una casa antigua con numerosas humedades, filtraciones, cañerías obstruidas y serios problemas con el tendido eléctrico.

h. La trayectoria vital de Saray (HV- 3.3)

Ficha resumen

DATOS GENERALES	
TIPO DE FAMILIA: 3	**HISTORIA DE VIDA: HV-3.3**
	Saray
1ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 9/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 75'
2ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 18/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 80'
3ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 22/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 55'

RESUMEN SOCIOBIOGRÁFICO
Familia monoparental de origen español constituida por Saray (madre, 37 años) y su hija Abigail, de 10 años. Saray está separada del padre de su hija desde el año 2015. Actualmente se encuentra desempleada y ha trabajado, principalmente, en el cuidado a domicilio de personas mayores así como en residencias. Es perceptora del subsidio por desempleo. Tras su separación, abandona la vivienda de alquiler en la que residía con su hija y su expareja. Las dificultades comienzan tras perder su empleo en el año 2016. A través de un amigo, ocupa una vivienda propiedad de un banco, que posteriormente le ofrece alquiler social. Abigail sufre bronquitis recurrentes.

Historia de vida

Saray (37 años) vive junto a su hija Abigail, de 10 años. Saray proviene de una familia de tres hermanas, siendo ella la mayor. Sus padres, de origen venezolano, llegaron a España en los años 70, donde nacieron las tres hermanas en un pequeño pueblo de Jaén.

A los 18 años, Saray llegó a Madrid para trabajar en servicio doméstico en régimen de interna. A partir de ese momento comenzó a unir diferentes trabajos –con y sin contrato– en el sector de la limpieza.

> *Siempre quise salir del pueblo o sea yo… no tengo estudios ni nada pero… había que venir a Madrid a trabajar que allí, allí no había nada y… te ahogabas en ese pueblo* (Saray).

Cuando dejó su trabajo de interna, Saray pasó a vivir en una habitación en un piso compartido con dos amigas. Era la única forma de poder pagar un alojamiento ante un salario que, aunque no faltaba, era escaso. Poco después comienza la relación con el hermano de una de sus compañeras de piso, con quien se casa en el año 2003. Su ahora exmarido estaba empleado como camarero y, además, hacía algunas horas en la empresa de reformas de un amigo.

El año en que se casan, Saray y su exmarido se van a vivir en régimen de alquiler en un municipio a las afueras de Madrid. Posteriormente, cuando nace su hija Abigail, buscan una vivienda más grande y adecuada a la nueva realidad de la familia. Así, en el año 2008 alquilan un nuevo piso en el que residirán hasta el año 2015, cuando el matrimonio se separe.

> *Pagábamos un alquiler… al final nos subió a 800 y pico euros. Y es un piso… es un piso pequeño y… no es gran cosa. Igual debíamos haber comprado pero… no llegábamos a eso y… mira, casi estábamos pagando una hipoteca* (Saray).

La situación económica de la familia se había mantenido relativamente estable a lo largo de los años. Sin embargo, en el año 2010 el exmarido de Abigail sufre un accidente laboral que le hizo permanecer de baja durante tres meses. Al incorporarse nuevamente al restaurante en el que trabajaba, es despedido. Así, en plena Recesión, su exmarido no volverá a tener un trabajo estable.

Mientras tanto, y contando con la prestación por desempleo de su exmarido, Saray continuaba trabajando en el sector de la limpieza. Así, desde el año 2009 estuvo empleada sin contrato de trabajo en diferentes domicilios de particulares.

> *La verdad es que así nos sacábamos unas horitas y… él si hacía algunas horas también pero… no todos los meses o sea que era dinero con el que no se podía contar y yo… pues bueno, trabajaba todos los días unas horitas y un sueldo así entre los dos sacábamos. Así tirábamos. Muy justos, pero podíamos* (Saray).

La situación se complica en el año 2012. Ante el desempleo prolongado, su exmarido cae en una depresión que deteriorará las relaciones familiares. Además, la situación económica se complicaba cada vez más. Las horas en limpieza de Saray se ven disminuidas al tiempo que su exmarido solo cobraba el subsidio por desempleo. Las facturas se empiezan a acumular y los impagos son cada vez más recurrentes.

> *Es humillante cuando… cuando vas a dar la luz y ves que no tienes. O sea, nos cortaron la luz y… y eso. Ni luz ni el termo de lo del agua caliente (…). Se lo pedí a mi padre, claro pero… pero la cortaron y… aprendimos a pedir, eso pasó* (Saray).

En el año 2015 Saray y su exmarido deciden poner fin a su matrimonio. Como otras familias, Saray y Abigail se van a vivir con el padre de Saray y, en el año 2016, ocupan una vivienda. La vivienda resultó pertenecer a un banco que hizo a la familia un alquiler social que, con la Renta Mínima de Inserción de Saray y algunas horas en el sector de la limpieza, aunque con dificultades, pueden afrontar. La alimentación, la ropa y otros gastos para garantizar su bienestar son cubiertos gracias a la solidaridad de diferentes asociaciones.

> *Yo no sé si sabes cómo es ocupar pero… pero es que es... al principio es que no vives. Y además, la policía venía y… que si documentación y esto y lo otro y… todo el día con el miedo de que te iban a echar* (Saray).

i. La trayectoria vital de Ramona (HV- 4.1)

Ficha resumen

DATOS GENERALES			
TIPO DE FAMILIA: 4		**HISTORIA DE VIDA: HV-4.1**	
	Ramona		**Pepe**
1ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 15/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 55′	**1ª sesión**	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 15/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 48′
2ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 23/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 82′	**2ª sesión**	
3ª sesión	**Entrevistadora:** Iria **Día:** 26/01/2018 **Lugar:** domicilio **Duración:** 60′	**3ª sesión**	

RESUMEN SOCIOBIOGRÁFICO
Familia extensa reconstituida formada por Ramona (madre, 42 años) y sus dos hijos: Jairo, de 15 años y Beatriz de 9 años. A su vez residen en el domicilio de los padres de Ramona, Pepe (88 años) y Concha (86 años). Concha se ha dedicado al trabajo doméstico no remunerado y Pepe trabajó en una gravera donde terminó por jubilarse. Ramona, que dejó de trabajar cuando nació su hijo mayor, ha tratado de retomar su actividad laboral tras su divorcio en el año 2011. Actualmente, se encuentra trabajando en un servicio de ayuda a domicilio. Se trata de un contrato temporal y a tiempo parcial. El salario que gana apenas supera los 400 euros, por lo que el sustento principal de la familia viene de la pensión de jubilación de Pepe. Pepe y Concha presentan problemas de salud propios de su avanzada edad.

Historia de vida

Ramona nació en Madrid en el año 1972 y es la tercera de una familia compuesta por cuatro hermanas. A los 22 años, se fue a vivir con el que más tarde se convirtió en su marido y padre de sus hijos, nacidos en 1999 y 2005.

Ramona ha trabajado desde los 16 años como operaria en diferentes fábricas. Sin embargo, cuando se quedó embarazada de su hijo mayor fue despedida. Dada la situación, Ramona y su marido acuerdan que ella se quede en casa dedicada al cuidado de sus hijos. Su marido, transportista, ganaba suficiente como para poder permitirse que Ramona dejara de trabajar.

De esta manera, la trayectoria laboral de Rosa queda interrumpida hasta 14 años después, pues a partir de su divorcio en el año 2011, necesita retomar su actividad laboral para mantener a sus dos hijos menores. Sin embargo, sin formación, con cargas familiares y alejada durante mucho tiempo del mercado laboral, la búsqueda de empleo ha sido realmente complicada.

> *He tirado 14 años por la borda, la verdad (…). Ahora ha sido muy difícil volver a empezar. No sé, creo que sin crisis no hubiera sido así pero claro cuando me divorcié pues… fue en toda la crisis* (Ramona).

En el año 2013 comienza a trabajar, lo que le permite, aunque con retrasos y limitaciones, seguir pagando la hipoteca de la casa en la que vivía con sus hijos y que compró durante su matrimonio. Sin embargo, en el año 2014 es despedida. Solo con 426 euros de subsidio por desempleo y ante la pasividad de su exmarido para afrontar los gastos, pierde la vivienda en el año 2014.

> *Es que fue… es que no solo era la casa, ¡es que no había ni para comprar un kilo de arroz! Yo me acostaba y solo hacía que preguntarme ¿qué narices comemos mañana? Es que no había nada en la despensa* (Ramona).

Tras abandonar su casa, Ramona y sus dos hijos pasan a vivir con sus padres convirtiéndose en una de las cada vez más familias que sobreviven gracias a la pensión de los abuelos, una pensión que en este caso roza los 700 euros y de la que viven cinco personas.

> *Mi pensioncita se estira lo que se puede y… vamos tirando pero claro, a veces no llega para todo y… pues bueno yo ya estoy mayor y… no sé… que no sé qué va a ser de mis niños si a mí me pasa algo* (Pepe).

Los esfuerzos de Ramona se destinan a mejorar la realidad en la que viven sus hijos. Tanto es así que gran parte del dinero del subsidio por desempleo lo ha destinado a pagar un trastero en el que guarda las cosas que pertenecen a los menores y que no caben en el piso de 50 metros cuadrados en el que vive junto a sus padres.

> *Ya te lo dije, no voy a dejar que le quiten más cosas. No, no y no (…). O sea, yo no voy a consentir que esta sociedad les quite más cosas a mis hijos porque antes, me pongo aquí en medio de la nada o lo que sea, de verdad ¿recuerdas que ya te lo había dicho?* (Ramona).

Desde el año 2015 Ramona trabaja como auxiliar de ayuda a domicilio con un contrato de 25 horas semanales por el que percibe un salario de 400 euros mensuales. Dada la situación, ve imposible poder vivir independiente de sus padres a no ser que pudiera acceder a un alquiler social. Se encuentra en diversas listas de espera desde el año 2015 y sigue sin tener respuesta, por lo que no deja de plantearse la ocupación como única salida para mejorar su vida y la de su familia.

> *La ocupación es la última opción y… es ilegal, sí, pero no sé. Mis hijos lo saben, se lo he contado y explicado lo que es. Ya te lo dije la otra vez, es que no tengo a donde ir ni nadie que me alquiler algo por 200 euros pues… a buscar un piso de banco y ya está. Cada vez lo tengo más claro, ¿sabes?* (Ramona).

ANEXO Nº 3

Lista de abreviaturas y siglas

AROPE: *At Risk of Poverty and/or Exclusion (Tasa de riesgo de pobreza y/o exclusión).*
CHD: *Coronary Heart Disease (Cardiopatía Coronaria).*
CdV: *Calidad de vida.*
CS: *Clase Social.*
CVRS: *Calidad de Vida Relacionada con la Salud.*
DSS: *Determinantes Sociales de la Salud.*
ECV: *Encuesta de Condiciones de Vida.*
EE: *Estatus de Empleo.*
ENS: *Encuesta Nacional de Salud.*
EQ-5D: *EuroQol-5D.*
EU-SILC: *EU-Statistics on Income and Living Conditions (Encuesta europea de Condiciones de Vida).*
EVRS: *Estilos de Vida Relacionados con la Salud.*
GHQ: *General Health Questionaire (Questionario General de Salud).*
ICD: *Clasificación Internacional de Enfermedades.*
IER: *Inequality Extraction Ratio (razón de extracción).*
INE: *Instituto Nacional de Estadística.*
IPF: *Inequality Possibility Frontier (frontera de desigualdad posible).*
NE: *Nivel Educativo.*
OCDE: *Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos.*
OMS: *Organización Mundial de la Salud.*
PIB: *Producto Interior Bruto.*
UE: *Unión Europea.*
WHOQOL: *The World Health Organization Quality of Life Assesment*

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer el apoyo y la ayuda recibida de Cáritas Madrid (Centro Residencial "Sínodo 2005"), la Asociación Provivienda y el equipo de la Fundación FOESSA. Su colaboración ha sido indispensable para el desarrollo de la investigación.

En especial, los autores quieren expresar su agradecimiento a las personas que participaron en el estudio, compartiendo sus vivencias, sus experiencias y su palabra.

ISBN 978-84-8440-759-1

La crisis económica que comienza en 2008 y que, conocida como la Gran Recesión, tuvo un impacto global, ha reavivado el debate en torno a la importancia de las crisis económicas en la salud de las poblaciones. De hecho, la bibliografía sobre el impacto de la Gran Recesión en la salud ha permitido enriquecer las hipótesis y líneas de investigación al respecto. Uno de los ámbitos que merecen especial atención es la relación existente entre Gran Recesión, desigualdades sociales y salud. La hipótesis del presente trabajo señala, precisamente, que una adecuada caracterización de la relación entre crisis económica y salud requiere de la incorporación de un análisis del efecto de los periodos de recesión en las desigualdades socioeconómicas. Para explorar dicha hipótesis, la investigación aborda el impacto de la Gran Recesión en la salud y la calidad de vida de la población en España, utilizando una perspectiva metodológica que combina diversas técnicas. En primer lugar, el análisis de datos secundarios de carácter transversal y longitudinal. En segundo lugar, un diseño original basado en técnicas biográficas, y, en concreto, en el análisis de historias de vida.

Los resultados muestran que los cambios en los indicadores de salud y calidad de vida de la población española durante la Gran Recesión responden a la reconfiguración de las desigualdades socioeconómicas que, a su vez, son resultado de dicha crisis.

FUNDACIÓN FOESSA
FOMENTO DE ESTUDIOS SOCIALES
Y DE SOCIOLOGIA APLICADA

Cáritas