

Impacto de la crisis económica sobre la percepción de la salud en la población española

Jesús Manuel Ampuero-Nuño^a y Jesús Martín-Fernández^{a,b}

^aFacultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid (España).

^bUnidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Oeste. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Servicio Madrileño de Salud. Madrid (España).

Correspondencia

Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Oeste. Calle Alonso Cano, nº 8. 28933 Móstoles. Madrid (España).

Correo electrónico

jesus.ampuero.nuno@gmail.com

Recibido el 20 de abril de 2021.

Aceptado para su publicación el 6 de mayo de 2021.

RESUMEN

Objetivo: analizar el impacto de la situación económica en la percepción del estado de salud y la capacidad explicativa de las características individuales en esta percepción.

Método: estudio transversal con enfoque analítico. Se extrajeron datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) publicada en 2011-2012 (crisis económica) y en 2017 (recuperación). La variable dependiente fue la percepción de la salud recogida en una escala Likert de 1 (muy bueno) a 5 (muy malo). Las variables independientes fueron: el momento de recogida (crisis/recuperación), sociodemográficas, relacionadas con el estilo de vida, relativas al estado «objetivo» de salud y relacionadas con el uso de servicios. Se construyeron modelos lineales generalizados para dar respuesta a los objetivos. Para valorar la magnitud del tamaño del efecto de las asociaciones se valoró la dispersión de las distribuciones según la relación existente entre el efecto y la desviación estándar de la media (DS).

Resultados: se encontró una mejoría en la percepción del estado de salud de -0,066 (intervalo de confianza [IC] 95%: entre -0,080 y -0,052) puntos en el período de recuperación. Se hallaron asociaciones de tamaño del efecto «moderado» entre una peor percepción de salud y las variables relacionadas con el estado «objetivo» de salud; y «pequeño», con las variables relacionadas con el estilo de vida poco saludable y la clase social más desfavorecida.

Conclusión: los períodos de crisis económica se asocian a una peor percepción del estado de salud, impactando más en aquella población perteneciente a una categoría social baja, con hábitos de vida poco saludables y especialmente en los pacientes crónicos.

Palabras clave: estado de salud, crisis económica, enfermedad crónica, España, clase social, características de la población.

IMPACT OF THE FINANCIAL CRISIS ON HEALTH PERCEPTION IN THE SPANISH POPULATION

ABSTRACT

Objective: to analyse the impact of the economic situation on the perception of health status and the explanatory role of certain individual characteristics in its variability.

Method: cross-sectional study with an analytical approach. Data from the Spanish National Health Survey (NHS) published in 2011/12 (economic crisis) and 2017 (recovery) were used. The dependent variable was self-perceived health measured on a Likert scale from 1 (very good) to 5 (very bad). Independent variables were: the time of collection (crisis/recovery), socio-demographic, lifestyle-related, related to "objective" health status and related to service use. Generalised Linear Models were constructed to tackle the objectives. To evaluate the magnitude of the effect size of the associations, the dispersion of the distributions was assessed according to the ratio of the effect to the standard deviation of the mean (SD).

Results: an improvement in the self-perceived health of -0.066 (95%CI: -0.080/-0.052) points was detected for the recovery period. "Moderate" effect size associations were revealed between worse self-perceived health and variables related to "objective" health status and "small" with variables related to unhealthy lifestyle and most deprived social class.

Conclusion: periods of the economic crisis are associated with worse self-perceived health with a greater impact on the population belonging to a low social category, unhealthy lifestyle habits and especially on chronic patients.

Keywords: chronic disease, economic crisis, health status, population characteristics, social class, Spain.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

INTRODUCCIÓN

La definición de la salud en cada momento histórico se relaciona con las herramientas que se utilizan para la evaluación de los estados de salud, y, por ende, de los resultados de las intervenciones en salud. Tradicionalmente, dichas herramientas pretendían capturar variables «objetivas» que identificaban el estado de salud con determinadas características mensurables mediante tecnologías de laboratorio¹. Desde que la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como «el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o invalidez»², han surgido multitud de maneras de cuantificarla, que incorporan la subjetividad percibida por el mismo individuo, y que de una manera más sensible se consideran aptas para revelar el concepto de «salud» dentro de una población¹.

Una de estas herramientas es la percepción del estado de salud, la cual permite reflejar de manera subjetiva cómo se encuentran los individuos de una población en términos de salud³. Los resultados de esta medida constituyen un buen descriptor del estado de salud de una población, pues existe una clara asociación entre una mala percepción del mismo y una mayor probabilidad de sufrir enfermedades de carácter crónico, así como un mayor uso de los servicios sanitarios⁴. Por ello, ha sido de gran utilidad en estudios que pretenden analizar el impacto en la salud durante épocas de desigualdades sociales y dificultades económicas.

Numerosos estudios indican que existe una asociación entre un período de crisis económica y una percepción negativa de la salud del individuo^{5,6}. La crisis económica viene definida por una época de inestabilidad laboral y social y sus consecuencias en el estado de salud poblacional pueden aparecer inmediatamente en el momento de la crisis o verse reflejada unos años más tarde⁷. La percepción negativa del estado de salud en períodos de crisis económica se ha relacionado con problemas de salud física, pero sobre todo de salud mental, siendo la depresión uno de sus mayores exponentes⁸. Dichos efectos perjudiciales se han visto influenciados por la manera de afrontar del individuo dicha situación adversa, encontrándose que el optimismo y la confianza social, las relaciones sociales y el bienestar físico son factores protectores frente a los mismos⁹.

Uno de los mayores exponentes de estas crisis económicas ha sido la conocida como Gran Recesión, la cual fue un período de recesión económica que golpeó a prácticamente todos los países europeos entre 2008 y 2013¹⁰. España se vio duramente afectada no solo a nivel económico, como demostró el aumento de la tasa de desempleo, que alcanzó un 27,2% de población desempleada en 2013, sino social, con un aumento de personas en riesgo de pobreza extrema con una reducción del producto interior bruto (PIB) per cápita a nivel poblacional¹¹. Actualmente, pese a poder afirmar que dejamos atrás la crisis en términos económicos en 2014, aún pueden sentirse claramente sus efectos a nivel social, cuando se valoran los indicadores actuales de desigualdad de renta y porcentaje de población en riesgo de pobreza o de exclusión social¹².

En España se ha analizado la situación del estado de salud poblacional durante la mencionada crisis económica comparándolo con períodos anteriores^{5,7,8,9}. El estudio de la salud resulta de interés por ser un requisito necesario, junto a otros condicionantes, para

alcanzar una condición de pleno estado de bienestar tanto a nivel individual como a nivel social¹².

Regidor et al. encontraron una mejora en la percepción de la salud entre la población analizada en la ENSE de 2011-2012 frente a la de 2006-2007, con una reducción del 5,7% de la prevalencia de mala percepción de la salud⁷. Fornell et al. vincularon las consecuencias de la crisis económica (desempleo, inseguridad laboral y pobreza) con una peor percepción de la salud⁷. Estos autores observaron un riesgo 1,52 veces mayor de percibir una mala salud en personas desempleadas, 1,28 veces mayor en personas con empleos temporales y 1,59 veces mayor en personas en riesgo de extrema pobreza⁵.

No obstante, no encontramos en la literatura mención alguna a los períodos posteriores a la crisis, ni tenemos ningún estudio que valore la esperable recuperación del estado de salud poblacional tras la salida de la crisis, y si el cambio potencial ha sido diferente en sujetos con diferentes características basales.

Este estudio pretende analizar las diferencias en la percepción del estado de salud en la población española en función de su situación económica en el período durante (2012) y posterior (2017) a la crisis económica e identificar características individuales que puedan explicar la variabilidad potencial en dicha percepción del estado de salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Estudio transversal con enfoque analítico.

Fuente de datos

La ENSE publicada en los años 2011-2012 y 2017. Estas son las dos últimas encuestas disponibles, pues se realizan con una periodicidad de cinco años.

Participantes

En ambas muestras, la ENSE realizó un muestreo en tres fases, estratificado, en el siguiente orden: unidad censal correspondiente al padrón municipal, hogares y personas aptas para participar en la encuesta.

En cuanto a la unidad censal, en 2012 se seleccionaron 2.000 secciones censales, incluyendo en cada sección 12 viviendas. En cambio, en la ENSE 2017 se recogieron 2.500 secciones censales, incluyendo 15 viviendas dentro de cada una. Asimismo, dentro de cada hogar, se seleccionó a un adulto al que se le realizó un cuestionario de adultos (personas mayores de 15 años), y en caso de existir un menor de 15 años, se le pasó un cuestionario para menores de edad^{13,14}.

Variables

Variables dependientes: la variable dependiente seleccionada fue la percepción de la salud en el individuo, la cual es recogida en ambos períodos en la ENSE en una escala Likert con cinco niveles: 1 («muy bueno»), 2 («bueno»), 3 («regular»), 4 («malo») y 5 («muy malo»).

Variables independientes:

Los datos demográficos incluidos son la edad, el sexo y la región de residencia.

Las variables sociales incluidas son la nacionalidad (española/extranjera), el estado civil (casado/otros), la clase social agrupada en alta/media/baja (cada categoría incluía dos de los seis grupos de la clasificación de Domingo-Salvan et al.¹⁵) y la situación profesional.

Se incorporaron variables relacionadas con el estilo de vida, tales como el hábito de fumar (sí/no), la actividad física realizada (ninguna actividad, alguna actividad ocasional, varias veces al mes o varias veces a la semana) y el índice de masa corporal (IMC) (en cuatro categorías: peso insuficiente, normopeso, sobrepeso, obesidad).

Para valorar el estado «objetivo» de salud, se recogieron la presencia de alguna enfermedad crónica de larga duración, definida como aquella condición clínica que requiere atención por el sistema de salud y que persiste durante más de 6 meses (sí/no), restricción de la actividad habitual en las últimas semanas (sí/no) y permanencia en cama en las últimas 2 semanas (sí/no). También se incluyen la valoración de la salud mental, medida a través de la puntuación en el Cuestionario Goldberg (puntuación de 0 [mejor salud mental] a 12 [peor salud mental])¹⁶ y el apoyo social (medido en base a la escala Duke-Unk¹⁷).

Por último, se seleccionaron variables relacionadas con el uso de servicios tales como consulta a un médico o médica de familia en las 4 últimas semanas (sí/no), acceso a la consulta de alguna otra especialidad médica (sí/no), última consulta médica realizada, y la modalidad de seguro contratado (seguro privado: sí/no).

Análisis estadístico

Las variables discretas se describieron según frecuencias y porcentajes. Las variables continuas se analizaron en función de sus medidas de tendencia central y dispersión. Las variables cualitativas se compararon mediante las pruebas de chi cuadrado y las cuantitativas mediante la t de Student o su equivalente no paramétrico en caso preciso.

Para dar respuesta al objetivo principal, se construyeron modelos lineales generalizados (GLM, *generalized linear models*), cuya variable dependiente fue la percepción del estado de salud. La respuesta ordinal se transformó en una variable continua, en la que el 1 representaba la mejor («muy buena») percepción de salud, y el 5, la peor («muy mala»). Las escalas tipo Likert pueden ser evaluadas con estadística paramétrica, incluso con tamaños de muestra pequeños, con varianzas desiguales y con distribuciones no normales, sin temor a llegar a conclusiones erróneas¹⁸. Las variables independientes se introducirán por grupos, sociodemográficas, sociales, relativas a los estilos de vida y relacionadas con el estado «objetivo» de salud.

Para seleccionar el mejor modelo, se estudiaron los criterios de información de Akaike, Bayes (Akaike Information Criteria [AIC], Bayes Information Criteria [BIC]) y la pseudo R2 ajustada de McFadden¹⁹. Se estudió la mejora del BIC de acuerdo con las interpretaciones propuestas por Kass y Raftery²⁰. Los errores estándar (EE)

se calcularon mediante métodos robustos para prevenir la posible existencia de heterocedasticidad²¹.

La magnitud de las asociaciones se valorará de acuerdo con la dispersión de las distribuciones, asumiendo los hitos propuestos por Cohen para el tamaño del efecto (relación entre el efecto y la DS), siendo 0,2 pequeño, 0,5 moderado y 0,8 grande²².

RESULTADOS

En la **tabla 1** puede verse la distribución de las principales variables utilizadas para el análisis, junto a ellas se recogen el número de sujetos que respondieron a cada una de las cuestiones y las posibles diferencias existentes entre cada uno de los dos períodos. La puntuación media para la percepción del estado de salud en la encuesta 2012 fue de 2,26 (IC 95%: 2,24-2,27 [DS: 0,90]) y en 2017 de 2,27 (IC 95%: 2,26-2,28 [DS: 0,92]), no hubo diferencias significativas entre ambas medidas. Entre las muestras de 2012 y 2017, hay diferencias significativas en la edad (más alta en 2017), en la actividad física, en la enfermedad crónica (algo más prevalente en 2017) y en el acceso a un seguro médico privado (también mayor en 2017).

La **tabla 2** presenta los diferentes modelos lineales analizados a fin de explicar las posibles diferencias sobre la percepción de la salud entre 2012 y 2017. Como se observa, el modelo 4 es el que consigue un mejor ajuste respecto al modelo nulo, permitiendo explicar el impacto de las variables sobre la percepción de la salud. Las variables relacionadas con el estado «objetivo de salud» muestran una clara relación con la percepción del estado de salud, que se ve incrementada aún más cuando se añaden al modelo las variables relacionadas con el uso de servicios. La mejora de la percepción de la salud de 2017 con respecto a 2012 fue de un -0,066 (IC 95%: entre -0,080 y -0,052) (puntuaciones negativas indican mejoría en la escala propuesta). Se probó en sus respectivos modelos la variable situación profesional, pero no logró mejorar la capacidad explicativa del modelo.

Para valorar cómo afectan las diferentes variables a la percepción del estado de salud, se aceptó como mejor el modelo 4 (**tabla 3**). En cuanto a las variables sociodemográficas, las mujeres asociaron una peor percepción de la salud de 0,015 puntos, al igual que los nacionalizados españoles que sufrieron una reducción de esta de 0,029 puntos. En lo relativo a las clases sociales, a medida que avanzamos en las categorías de la clasificación nacional de ocupaciones (grupos sociales *a priori* menos favorecidos), la percepción del estado de salud es peor. Con respecto a los estilos de vida, la población fumadora expresó una peor percepción de la salud, 0,028 puntos frente a las personas no fumadoras; tener un IMC diferente al normopeso se asoció con una merma en la percepción del estado de salud, destacando las personas obesas que empeoraron 0,127 puntos; y, por último, realizar cualquier tipo de actividad física mejoró la percepción del estado de salud, recalando que las personas que hacían ejercicio varias veces a la semana mejoraron -0,195 puntos, en contraposición a la población sedentaria.

En lo que respecta a las variables que hacen mención del estado «objetivo» de salud, tener una enfermedad crónica empeoró la percepción de la salud 0,436 puntos. También resulta muy relevante la asociación con una peor percepción de la salud de 0,423 puntos en

Tabla 1. Comparación de las características de la población de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2012 y 2017

VARIABLES CUANTITATIVAS	2012 MEDIA (IC 95%)	N	2017 MEDIA (IC 95%)	N	DIFERENCIA (IC 95%)
Percepción del estado de salud	2,26 (2,24-2,27)	21.007	2,27 (2,26-2,28)	23.089	-0,02(-0,03-0,01)
Edad (años)	51,6 (51,3-51,9)	21.007	53,43 (53,19-53,67)	23.089	-1,83 (-2,19 / -1,48)
Salud mental (Goldberg)	1,59 (1,55-1,63)	20.695	1,44 (1,41-1,48)	22.819	0,14 (0,09-0,2)
Apoyo social (Duke-Unk)	47,85 (47,74-47,95)	1.997	47,87 (47,78-47,97)	21.893	-0,03 (-0,17-0,11)
VARIABLES CUALITATIVAS	PORCENTAJE (IC 95%)	N	PORCENTAJE (IC 95%)	N	P VALOR ^a
PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD					
Muy buena	17,78 (17,27-18,31)	3.736	18,15 (17,66-18,65)	4.190	0,001
Buena	50,14 (49,46-50,81)	10.532	48,27 (47,63-48,91)	11.145	
Regular	22,70 (22,14-23,27)	4.768	23,96 (23,41-24,51)	5.531	
Mala	7,49 (7,14-7,86)	1.574	7,47 (7,13-7,81)	1.724	
Muy mala	1,89 (1,71-2,08)	397	2,16 (1,98-2,36)	499	
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS					
Sexo					
Hombre	45,93 (45,26-46,61)	9.649	45,89 (45,25-46,53)	10.595	0,925
Mujer	54,07 (53,39-54,74)	11.358	54,11 (53,47-54,75)	12.494	
Nacionalidad					
Española	93,69 (93,36-94,01)	19.682	93,73 (93,41-94,03)	21.642	0,862
Extranjera	6,31 (5,99-6,64)	1.325	6,27 (5,96-6,59)	1.447	
Estado civil					
Casado/a	52,26 (51,59-52,94)	10.979	53,99 (53,34-54,63)	12.465	0,001
Otros	47,74 (47,06-48,41)	10.028	46,01 (45,37-46,66)	10.624	
Clase social					
Clase alta	17,67 (17,16-18,19)	3.712	17,55 (17,07-18,05)	4.053	0,572
Clase media	32,23 (31,60-32,87)	6.771	32,70 (32,10-33,31)	7.551	
Clase baja	50,10 (49,42-50,77)	10.524	49,74 (49,10-50,39)	11.485	
Situación profesional					
Asalariado/a	84,09 (83,3-74,85)	7.103	84,19 (83,43-84,92)	7.740	0,001
Empresario/a con asalariados/as	3,14 (2,79-3,53)	265	4 (3,64-4,46)	370	
Empresario/a sin asalariados/as	11,93 (11,26-12,64)	1.008	11,29 (10,66-11,95)	1.038	
Ayuda familiar	0,56 (0,42-0,74)	47	0,33 (0,23-0,47)	30	
Miembro de cooperativa	0,16 (0,09-0,28)	14	0,12 (0,07-0,21)	11	
Otros	0,12 (0,07-0,22)	10	0,05 (0,02-0,13)	5	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA					
Fumador/a					
No	74,69 (74,10-75,28)	15.691	76,62 (76,07-77,16)	17.691	0,001
Sí	25,31 (24,72-25,90)	5.316	23,38 (22,84-23,93)	5.398	
Actividad física					
Ninguna	44,73 (44,06-45,41)	9.390	38,47 (37,84-39,10)	8.878	0,001
Alguna vez al mes	36,13 (35,49-36,79)	7.585	39,18 (38,55-39,81)	9.042	
Alguna vez a la semana	11,06 (10,64-11,49)	2.321	11,04 (10,64-11,45)	2.547	
Diariamente	8,07 (7,71-8,45)	1.695	11,32 (10,92-11,73)	2.612	
IMC					
Insuficiente	1,97 (1,78-2,17)	375	2,16 (1,97-2,36)	475	0,001
Normopeso	42,88 (42,17-43,58)	8.176	42,24 (41,59-42,89)	9.301	
Sobrepeso	37,61 (36,92-38,3)	7.171	37,84 (37,21-38,49)	8.333	
Obesidad	17,55 (17,02-18,1)	3.347	17,75 (17,26-28,27)	3.910	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ESTADO DE SALUD					
Enfermedad crónica					
No	52,80 (52,13-53,48)	11.083	30,74 (30,14-31,33)	7.094	0,001
Sí	47,20 (46,52-47,87)	9.906	69,26 (68,67-69,86)	15.987	
Restricción actividad últimos 12 meses					
No	87,82 (87,37-88,26)	18.449	85,17 (84,71-85,62)	19.665	0,001
Sí	12,18 (11,74-12,63)	2.558	14,83 (14,38-15,29)	3.424	
Permanencia en cama en las últimas 2 semanas					
No	94,22(93,89-94,52)	19.789	93,55(93,23-93,86)	21.599	0,004
Sí	5,78(5,48-6,11)	1.215	6,45(6,14-6,77)	1.488	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL USO DE SERVICIOS					
Consulta Atención Primaria					
No	68,99 (68,36-69,61)	14.493	69,16 (68,56-69,76)	15.969	0,697
Sí	31,01 (30,39-31,64)	6.514	30,84 (30,24-31,44)	7.120	
Consulta otro/a especialista					
No	84,05 (83,55-84,54)	17.956	85,87 (85,42-86,32)	19.827	0,001
Sí	15,95 (15,46-16,45)	3.351	14,13 (13,68-14,58)	3.262	
Seguro médico privado					
No	90,50 (90,10-90,9)	19.012	89,14 (88,73-89,54)	20.582	0,001
Sí	9,50 (9,11-9,90)	1.995	10,86 (10,46-11,27)	2.507	

IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal; N: número.

^a Las variables cuantitativas se muestran junto a su IC 95%. Las variables cualitativas se exponen junto a su P valor, el cual corresponde al valor de la chi cuadrado para la comparación de la distribución de las categorías en las dos encuestas.

Tabla 2. Modelos lineales generalizados que explican la percepción de la salud

	VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLE DEPENDIENTE: PERCEPCIÓN DE LA SALUD		
		AIC	BIC	R2
Modelo 1	Año Sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad, estado civil, clase social)	107.704,6	107.774,1	0,077
Modelo 2	Año Sociodemográficas Estilo de vida (fumador, IMC, actividad física)	97.967	98.096,3	0,160
Modelo 3	Año Sociodemográficas Estilo de vida Estado de salud (enfermedad crónica, permanencia en cama, salud mental-Goldberg, apoyo social-Duke Unk)	81.783,1	81.945,9	0,299
Modelo 4	Año Sociodemográficas Estilo de vida Estado de salud Uso de servicios (consulta Atención Primaria, consulta con otro/a especialista, seguro médico privado)	80.489,6	80.678,1	0,310

IC: intervalo de confianza.

*La variable percepción de la salud toma los valores 1-5, siendo 1 «muy buena percepción del estado de salud» y 5 «muy mala percepción del estado de salud».

Tabla 3. Impacto en la percepción de la salud según las variables del modelo 4

VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLE DEPENDIENTE: PERCEPCIÓN DE LA SALUD	
	COEFICIENTE (IC 95%)	P VALOR
Año	-0,066 (-0,080 / -0,052)	0,001
Sexo (mujer vs hombre)	0,015 (0,001-0,030)	0,034
Edad	0,010 (0,010-0,011)	0,001
Nacionalidad española	0,029 (0,002-0,056)	0,039
Situación civil (casado/a vs otros)	0,005 (-0,009-0,019)	0,475
Clase social		
Clase media vs clase alta	0,083 (0,064-0,102)	0,001
Clase baja vs clase alta	0,143 (0,124-0,162)	0,001
Fumador	0,028 (0,012-0,044)	0,001
IMC		
Peso insuficiente vs normopeso	0,087 (0,037-0,137)	0,001
Sobrepeso vs normopeso	0,026 (0,010-0,042)	0,001
Obesidad vs normopeso	0,127 (0,106-0,148)	0,001
Actividad física		
Ocasional vs ninguna	-0,110 (-0,126 / -0,094)	0,001
Varias veces al mes vs ninguna	-0,165 (-0,187 / -0,143)	0,001
Diaria vs ninguna	-0,195 (-0,219 / -0,171)	0,001
Enfermedad crónica	0,436 (0,421-0,451)	0,001
Permanencia en cama		
Test Goldberg	0,081 (0,078-0,084)	0,001
Test Duke-Unk	-0,005 (-0,006 / -0,004)	0,001
Visita a Atención Primaria	0,170 (0,154-0,187)	0,001
Visita a otro/a especialista	0,255 (0,233-0,278)	0,001
Seguro privado	0,050 (0,028-0,073)	0,001

IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal.

Nota. El «no» es la referencia dentro de las variables binomiales. Función vínculo: identidad.

Distribución: Gausiana AIC: 80489,62; BIC: 80678,13; pseudoR2: 0,310.

quienes tuvieron que permanecer en cama las últimas 2 semanas previas a las encuestas. El comunicar una puntuación elevada en el test de Goldberg, que indica un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental, se asoció a un deterioro de la percepción de la salud de 0,081 puntos por cada punto que aumentaba el resultado de dicho test. También se correlacionó con una mejor percepción de la salud el tener un mejor apoyo social, cada punto obtenido en el test de Duke-Unk se asociaba con una mejora de -0,005 en la percepción del estado de salud.

Las variables que hacen referencia al «uso de servicios» demostraron que la población que acudió tanto a la consulta de Atención Primaria como a la de otra especialidad médica sentían un peor estado de salud de 0,170 y 0,255 puntos respectivamente. Finalmente, la población poseedora de un seguro privado de salud expresaba un deterioro de la percepción del estado de salud de 0,050 puntos.

DISCUSIÓN

Parece que la percepción del estado de salud mejoró levemente entre 2012 y 2017 una vez que se ajusta por el efecto de determinadas variables confusoras. Para valorar la magnitud de dicho cambio, se valoró el tamaño del efecto de las asociaciones encontradas, comparando el tamaño de la asociación con la DS de la percepción del estado de salud (0,909). Se consideraron pequeños los cambios cuya media fue $> 0,182$, moderados los $> 0,455$ y grandes los $> 0,727$ ²³.

Los dos cortes evaluados en este estudio reflejan dos momentos «económicos» claramente diferenciados. En 2012, el PIB per cápita presentó una tasa de variación interanual del -3%; en el año 2017, la economía estaba en pleno crecimiento, con un +4% de incremento del PIB interanual. Entre ambos períodos, existe una mejora de la percepción del estado de salud equivalente a -0,066 puntos en una escala que va de 1 a 5. Esta asociación se ha estudiado aislando el potencial efecto de otras variables que influyen en la percepción del estado de salud, ya que los análisis brutos no mostraban diferencias entre 2012 y 2017.

El tamaño de esta asociación puede considerarse pequeño si se compara con la DS de la distribución de la respuesta; sin embargo, la percepción del estado de salud ha demostrado necesitar un período de adaptación a los cambios derivados de las condiciones socioeconómicas, por lo que es esperable que el paso del tiempo y la mejora económica a nivel poblacional haga de este efecto un cambio más relevante⁸. Los resultados son congruentes con los hallazgos realizados por diversos autores que asociaron los períodos intracrisis con un empeoramiento de la percepción del estado de salud en comparación al período precrisis, tanto en España²⁴ como en Europa²⁵. Hay que señalar, sin embargo, que algún autor había reportado datos de una percepción del estado de salud intracrisis igual o mejor a la época precrisis, interpretando dicha asociación como una valoración positiva del estado de salud por una población conocedora de las dificultades que rodeaban la sociedad del momento²⁶.

Las variables que se asocian con la percepción del estado de salud, una vez aislado el efecto del período, son concordantes con lo

descrito en la literatura. Aquellas relacionadas con la situación «objetiva» de salud (enfermedad crónica y permanencia en cama) tienen un tamaño alrededor del umbral que hemos denominado como «moderado», situación descrita previamente en la literatura. Zavras et al. encontraron en la población griega una asociación entre la existencia de enfermedad crónica y una baja posibilidad de presentar buena o muy buena percepción del estado de salud (odds ratio: 0,18)²⁵. Tamayo et al., que siguieron una cohorte valenciana durante 4 años, describieron cómo la percepción del estado de salud se ve claramente influenciada por la enfermedad crónica, describiendo una asociación entre ambas con una OR de 5,8 en hombres y de 5,6 en mujeres²⁷.

Las variables relacionadas con un estilo de vida poco saludable (sedentarismo, obesidad) se asocian a una peor percepción de la salud, aunque la asociación estaría en el umbral de relevancia pequeña, según la clasificación propuesta para el tamaño del efecto. Esta asociación fue descrita por autores como Molarius et al.²⁸, quien documentó que ser una persona fumadora se asociaba con una peor percepción del estado de salud en aquella población asalariada (OR: 1,3). Pérez Romero et al. fueron más allá y relacionaron estos hábitos poco saludables durante las épocas de crisis económica al inicio de sintomatología de trastornos mentales y al ulterior consumo de tranquilizantes⁸.

Por último, el desempleo, la inseguridad laboral y sobre todo una mayor pobreza han sido clásicamente asociados con una peor percepción de la salud en épocas de crisis económica⁵. Estos resultados son consistentes con dichas aseveraciones, mostrando una asociación entre la clase social más desfavorecida y una peor percepción del estado de salud con un tamaño del efecto cercano al umbral que consideramos pequeño. La asociación progresaba en cuanto a magnitud a medida que descendemos en las categorías de la clasificación nacional de ocupaciones. El empobrecimiento asociado a los períodos de crisis económica ha sido señalado por algunos autores como uno de los mecanismos transmisores más claros de la crisis económica sobre la salud poblacional transcurrido el tiempo¹², lo cual, pese a la esperable mejora de la percepción de la salud pasado un período adaptativo, obliga a ser precavidos en cuanto a sus repercusiones en los indicadores de salud actuales a medio-largo plazo.

Dentro de las limitaciones de este estudio debemos señalar que su diseño transversal no permite establecer relaciones causales. Por otra parte, puede haber sesgos de información. La percepción del estado de salud es una variable sujeta a sesgos de deseabilidad social o al sesgo de «indulgencia». Otros sesgos de información pueden estar presentes al haberse utilizado fuentes de datos secundarias, pero debe ponerse en valor que se ha utilizado la mejor información sobre el estado de salud de la población española disponible.

Este estudio presenta diversas implicaciones. En primer lugar, muestra la importancia que tiene el estudio de la percepción del estado de salud más allá de indicadores tradicionalmente considerados como «robustos» y de cómo esta es sensible a cambios sociales y económicos. Por otra parte, nos muestra caminos para mejorar esa percepción, como la potenciación de los estilos de vida saludable. Además, se vuelve a poner de manifiesto la importancia de la situación social de partida (la clase social) en la percepción

social, remarcando la necesidad de un mayor esfuerzo comunitario en el mantenimiento de la salud en aquellos grupos que tienen mayor necesidad, lo que coincide con grupos sociales menos favorecidos, aspecto a valorar a la hora de realizar intervenciones en la política sanitaria a nivel poblacional.

CONCLUSIÓN

Los períodos de crisis económica se asocian a una peor percepción del estado de salud, siendo esta peor en la población perteneciente a una categoría social baja, en quienes poseen hábitos de vida poco saludables y especialmente en las personas con enfermedades crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Schlaepfer-Pedarzini L, Infante-Castañeda C, Seblaepfer-Pedarzini L, Infante-Castañeda C. La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Publica Mex.* 1990; 32(2):141-55.
- World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. Published online 1948).
- Hernández Quevedo C, Rice N, Jones AM. Sesgo de respuesta y heterogeneidad en salud autopercebida. Evidencia del Panel de Hogares Británico. *Cuad Económicos ICE.* 2008;(75). doi: 10.32796/cice.2008.75.5931
- Morcillo Cebolla V, De Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Domínguez Ruiz de León P, Rodríguez Barrientos R, Torijano Castillo MJ. Health inequalities in self-perceived health among older adults in Spain. *Gac Sanit.* 2014; 28(6):511-21. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.05.008
- Fornell B, Correa M, López del Amo MP, Martín JJ. Influence of changes in the Spanish labor market during the economic crisis (2007-2011) on perceived health. *Qual Life Res.* 2018; 27(8):2095-105. doi: 10.1007/s11136-018-1824-5
- Rugulies R, Aust B, Burr H, Bültmann U. Job insecurity, chances on the labour market and decline in self-rated health in a representative sample of the Danish workforce. *J Epidemiol Community Health.* 2008; 62(3):245-50. doi: 10.1136/jech.2006.059113
- Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, De la Fuente L. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *J Epidemiol Community Health.* 2014; 68(3):280-2. doi: 10.1136/jech-2013-202944
- Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, De la Cruz-Sánchez E, Sánchez-Ruiz JF, Parra-Hidalgo P, Monteagudo-Piqueras O. Recesión económica (2006-2012) y cambios en el estado de salud de la población española. *Salud Publica Mex.* 2016; 58(2):41-8. doi: 10.21149/spm.v58i1.7666
- Chaves C, Castellanos T, Abrams M, Vazquez C. The impact of economic recessions on depression and individual and social well-being: the case of Spain (2006-2013). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018; 53(9):977-86. doi: 10.1007/s00127-018-1558-2
- Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, et al. Financial crisis, austerity, and health in Europe. *Lancet.* 2013; 381(9874):1323-31. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60102-6
- Bartoll X, Toffolutti V, Malmusi D, Palència L, Borrell C, Suhrcke M. Health and health behaviours before and during the Great Recession, overall and by socioeconomic status, using data from four repeated cross-sectional health surveys in Spain (2001-2012). *BMC Public Health.* 2015; 15(1):1-12. doi: 10.1186/s12889-015-2204-5
- Oliva J, Peña-Longobardo LM, González López-Valcárcel B, Barber Pérez P, Zozaya González N. Crisis económica y salud: lecciones aprendidas y recomendaciones para el futuro. *Cuad Económicos ICE.* 2019;96. doi: 10.32796/cice.2018.96.6749
- Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Metodología de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad e Instituto Nacional de Estadística. Spanish National Health Survey 2017: Methodology. *Spanish Natl Heal Surv 2017 Methodol.* Published online 2017:64.
- Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C. Propuestas de clase social neweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 2013; 27(3):263-72. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.12.009
- Rocha KB, Pérez K, Rodríguez-Sanz M, Borrell C, Obiols JE. Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española TT - Psychometric properties and normative values of General Health Questionnaire (GHQ-12) in Spanish population. *Int J Clin Heal Psychol.* 2011; 11(1):125-39.
- Cuellar-Flores I, Dresch V. Validation of the Duke-UNK-11 functional social support questionnaire in caregivers. *Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica.* 2012; 2(34):89-101.
- Norman G. Likert scales, levels of measurement and the «laws» of statistics. *Adv Heal Sci Educ.* 2010; 15(5):625-32. doi: 10.1007/s10459-010-9222-y
- Shtatland ES, Kleinman K, Cain EM. One More Time About R2 Measures of Fit in Logistic Regression. *NESUG 15 Proc.* 2002; (15):222-6.
- Kass RE, Raftery AE. Bayes Factors. *J Am Stat Assoc.* 1995; 90(430):773-95. doi: 10.2307/2291091
- Long JS, Ervin LH. Using Heteroscedasticity Consistent Standard Errors in the Linear Regression Model. *Am Stat.* 2000; 54(3):217-24. doi: 10.1080/00031305.2000.10474549
- Bilbao A, Martín-Fernández J, García-Pérez L, Mendezona JI, Arrasate M, Acosta FJ, et al. Psychometric properties of the EQ-5D-5L in patients with major depression: factor analysis and Rasch analysis. *J Ment Health.* 2021; 0(0):1-11. doi: 10.1080/09638237.2021.1875422
- Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care.* 1989; 27(3):S178-S189.
- Saez M, Vidiella-Martin J, Casasnovas GL. Impact of the great recession on self-perceived health in Spain: A longitudinal study with individual data. *BMJ Open.* 2019; 9(1):1-9. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023258
- Zavras D, Tsiantou V, Pavi E, Mylona K, Kyriopoulos J. Impact of economic crisis and other demographic and socio-economic factors on self-rated health in Greece. *Eur J Public Health.* 2013; 23(2):206-10. doi: 10.1093/eurpub/cks143
- Arroyo E, Renart G, Saez M. How the economic recession has changed the likelihood of reporting poor self-rated health in Spain. *Int J Equity Health.* 2015;14(1):2011-2. doi: 10.1186/s12939-015-0285-5
- Tamayo-Fonseca N, Quesada JA, Nolasco A, Melchor I, Moncho J, Pereyra-Zamora P, et al. Self-rated health and mortality: A follow-up study of a Spanish population. *Public Health.* 2013;127(12):1097-104. doi:10.1016/j.puhe.2013.09.003
- Molarius A, Berglund K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson HG, et al. Socio-economic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *Eur J Public Health.* 2007; 17(2):125-33. doi: 10.1093/eurpub/ckl070