

UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO-EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA
ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA DE LEIOA-LEIOAKO
ERIZAINZAKO UNIBERTSITATE ESKOLA

TRABAJO FIN DE GRADO

**EVOLUCION DEL ESTADO DE SALUD Y LAS CONDUCTAS
RELACIONADAS CON LA SALUD EN LA COMUNIDAD
AUTONOMA VASCA: EL EFECTO DE LA CRISIS ECONÓMICA**

Autora: Ainara Pérez García
Tutora: Elena Rodríguez Álvarez
Lugar y fecha: Leioa, 16 de mayo de 2014

RESUMEN:

Objetivo: Describir el efecto de la crisis económica sobre el estado de salud y los hábitos relacionados con la salud a partir de la descripción de la situación actual y los cambios producidos en el periodo de 2002 a 2013 en la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Métodos: Estudio descriptivo transversal referido a la población vasca. Se utilizaron los datos de las Encuestas de Salud de dicha población de las ediciones 2002, 2007 y 2013, la Encuesta de Población Activa, y datos de los Institutos Vasco y Nacional de estadística. Se describió la evolución de las características demográficas y sociales, del estado de salud (salud percibida, salud mental y enfermedades crónicas) y estilos de vida relacionados con la salud mediante análisis descriptivos.

Resultados: Se evidencia el envejecimiento de la población, las bajas tasas de natalidad y mortalidad, y el aumento de la tasa de paro. En lo que respecta al estado de salud, se observan pocos cambios en la salud percibida, un importante aumento de los síntomas de ansiedad y depresión y de los padecimientos crónicos. También hábitos relacionados con la salud como el consumo de alcohol y la alimentación no saludable se han visto afectados desde el comienzo de la crisis. Tanto el estado de salud como los hábitos relacionados con la salud siguieron un claro gradiente socioeconómico.

Conclusiones: Los resultados indican la necesidad de adecuar los programas de salud actuales, mejorar los sistemas de protección social y dirigir una especial atención hacia la promoción de la salud.

PALABRAS CLAVE: clase social, estado de salud, enfermedad crónica, estilo de vida, desigualdades en la salud.

I N D I C E

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. HIPOTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGIA	5
2.1. Hipótesis.....	5
2.2. Objetivos	6
2.3. Metodología.....	6
3. RESULTADOS	9
3.1. Contexto sociodemográfico en la Comunidad Autónoma del País Vasco ...	9
3.1.1. <i>Características demográficas de la Comunidad Autónoma Vasca...</i>	9
3.1.2. <i>Situación económico-laboral de la población vasca</i>	10
3.2. La situación de la salud y su evolución.....	12
3.2.1. <i>Evolución de la salud percibida.....</i>	12
3.2.2. <i>Evolución de la salud mental: síntomas de ansiedad/depresión</i>	13
3.2.3. <i>Evolución de los problemas crónicos de salud.....</i>	13
3.3. Las conductas relacionadas con la salud y su evolución	15
3.3.1. <i>Consumo de alcohol.....</i>	15
3.3.2. <i>Consumo de tabaco.....</i>	16
3.3.3. <i>Peso corporal y hábitos alimenticios.....</i>	19
3.3.4. <i>Actividad física.....</i>	20
4. DISCUSIÓN.....	21
5. CONCLUSIONES.....	24
6. BIBLIOGRAFIA.....	25

1. INTRODUCCIÓN

La relevancia actual de las enfermedades crónicas

Etimológicamente, el término “crónico” procede del griego Χρονος (*Chronos*): «dios del tiempo», y posteriormente del latín *chronicus*, que hace referencia a lo que es frecuente o permanece en el tiempo. Así, cuando a un problema de salud se le añade la palabra crónico, se hace referencia a su permanencia en el tiempo pero no así a su gravedad, de hecho, entre las enfermedades crónicas se puede encontrar desde las de escasa gravedad como la rinitis crónica, hasta las potencialmente mortales como algunas enfermedades oncológicas. Actualmente, las enfermedades crónicas se definen como aquellas que son de progresión lenta, de larga duración y derivan en un deterioro gradual de salud. Además, su origen es multicausal y complejo, su diagnóstico suele ser complicado y, salvo escasas excepciones, son problemas de salud que no se curan con tratamiento médico ni quirúrgico por lo que comprometen la calidad de vida, a través de limitaciones funcionales y discapacidad (Avellaneda et al., 2007). Por sus características conllevan una gran carga social, tanto por las tasas de mortalidad y de incapacidad, como por la repercusión económica que generan. Afortunadamente, un número significativo de ellas pueden ser prevenidas e incluso puede retrasarse su aparición, mediante la modificación de determinados estilos de vida, y en otras su progresión puede ser ralentizada y sus complicaciones reducidas (Departamento de Sanidad y Consumo de Gobierno Vasco y Osakidetza, 2010).

A pesar de la creencia de que los problemas crónicos son más característicos de los países desarrollados, donde efectivamente se sitúan como primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios, según los datos de la Organización Mundial de la Salud el 80% de las muertes causadas por enfermedades crónicas se producen en los países en desarrollo y emergentes donde, por otra parte, vive la mayor proporción de población mundial (OMS, 2005). Según los informes del citado organismo internacional, se prevé que las defunciones debidas a problemas crónicos aumentarán un 17% durante los próximos 10 años, lo que significa que de los 64 millones de personas que fallecerán en el año 2015, 41 millones lo harán debido a enfermedades crónicas. En la CAPV, se estima que los problemas crónicos suponen el 80% de las interacciones con el Sistema Sanitario Vasco, y que

consumen más del 77% del gasto sanitario (Osakidetza, 2010). Sin embargo, el modelo de atención sanitaria actual continua siendo principalmente para la gestión de los problemas agudos.

La gravedad de la situación ha llevado a los sistemas de salud y a las políticas sanitarias regionales, nacionales e internacionales, a orientarse hacia la cronicidad, principalmente mediante acciones de prevención y modelos de atención centrados en el paciente y recientemente también a la orientación hacia la promoción de los entornos y los estilos de vida saludables (Departamento de Salud de Gobierno Vasco, 2013) Así, en la cumbre mundial de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas convocada en septiembre de 2011 en Nueva York se adoptó por consenso la *Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, en la que se reconoce que las enfermedades crónicas están relacionadas con factores de riesgo comunes como el consumo de tabaco, el abuso del alcohol, una dieta malsana y la inactividad física, y que ya suponen un desafío de "proporciones epidémicas" y una amenaza para el desarrollo socio-económico de muchos países.

La Unión Europea, por su parte, adoptó en diciembre de 2010 una serie de conclusiones que recogió en el informe *Innovative Approaches for Chronic Diseases in Public Health and Healthcare Systems* con relación al desarrollo de planes de actuación que disminuyan el impacto de las enfermedades crónicas en Europa. También la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000, aprobó en la Asamblea Mundial la Salud la *Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles*, e instó a los Estados Miembros a establecer programas de prevención de las enfermedades crónicas, señalando de nuevo como principales factores de riesgo el tabaco, la falta de actividad física, el alcohol y los malos hábitos alimenticios. Posteriormente elaboró, junto con los Estados Miembros el *Plan de Acción 2008-2013* para traducir la *Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles* en medidas concretas.

También en la CAPV, el Departamento de Salud al inicio del año 2009 comenzó a implementar un nuevo modelo asistencial para el abordaje de la cronicidad, y de ahí surgió en el año 2010 la *Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi*,

como marco de actuación para reducir la aparición de nuevos casos de enfermedades crónicas, y la progresión de los ya existentes, mediante actividades de prevención y promoción. En este nuevo modelo la persona, su entorno, salud y necesidades pasan a ser el eje central del sistema. Además, recientemente se elabora y aprueba el Plan de Salud 2013-2020 partiendo de las conclusiones del anterior Plan. En él se establecen los objetivos de alcanzar la máxima equidad en salud incorporándola en todas las políticas, disminuir la morbilidad de aquellas enfermedades con mayor impacto, promover el envejecimiento saludable, mejorar las condiciones de salud de la infancia y juventud, y por último fomentar entornos y estilos de vida saludables.

La crisis económica y su efecto en las conductas relacionadas con la salud

En la actualidad, los países occidentales están atravesando un periodo de profunda crisis donde las altas tasas de desempleo y pobreza son los peores efectos de ella, especialmente en el sur de Europa (Eurostat, 2013). Existe una amplia bibliografía sobre el hecho de que la salud de la población está estrechamente influida por los determinantes sociales de la salud, que hacen referencia a las circunstancias en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen (Dahlgren y Whitehead, 1991). La posición socioeconómica es el determinante social de la salud más importante en el proceso que conduce a una distribución desigual de la salud en la población. De hecho, en lo que respecta a la salud, nuestro código postal importa más que nuestro código genético, tanto es así que dentro de una misma ciudad, las diferencias en la esperanza de vida de unos barrios a otros pueden llegar a ser de hasta seis años (Robert Wood Johnson Foundation, 2011). Dónde vivimos, hacemos la compra, comemos, el tipo de trabajo o la ausencia del mismo, pueden tener mayor impacto en nuestra salud y esperanza de vida que los propios cuidados sanitarios que recibimos. Esto tiene una gran influencia sobre la prevalencia de problemas crónicos que, como apuntaba anteriormente, están estrechamente relacionados con los hábitos relacionados con la salud.

Se sabe que los periodos prolongados de desempleo, la flexibilización del empleo, los bajos ingresos o el trabajo precario inciden en una peor salud física y mental (Benach et al., 2010). En palabras de la Directora General de la OMS, Margaret Chan, en el momento actual las diferencias en ingresos, oportunidades y estado de

salud son mayores que en cualquier otro momento de la historia, tanto dentro de cada país, como entre ellos, (Chan 2009), por ello, el reto en la actualidad es que la crisis económica que se está viviendo no se convierta en una crisis sanitaria y social. El potencial impacto que, durante estos años, puede generar el empeoramiento de los determinantes sociales de la salud en el aumento de la enfermedad, la dependencia o las conductas perjudiciales para la salud comienza a ser documentada en varios estudios (Suhrcke y Stucker, 2012).

Se teme que al igual que ocurrió en el pasado en anteriores crisis, la situación de salud de la población se agrave según se agraven las condiciones de vida, que aumenten las enfermedades mentales, el consumo de tabaco, el abuso de alcohol y de otras sustancias nocivas (OMS, 2009). La literatura recoge como a medida que se reduce el poder adquisitivo de las personas, aumentan las dificultades para acceder a los alimentos, en especial a los más saludables, así como los problemas de consumo insuficiente o de alimentos inadecuados, lo que conlleva situaciones de obesidad, o en el extremo contrario de desnutrición, sobre todo en los grupos de población más vulnerables, como lo son los niños, ancianos, embarazadas o lactantes, y/o personas con problemas crónicos de salud (Legido-Quigley H et al., 2013; OMS, 2009). Sin embargo, en el otro extremo algunos autores han encontrado que, paradójicamente, durante algunas crisis, como la sucedida en Islandia a partir del año 2008, ciertos hábitos de vida relacionados con la salud como el tipo de alimentación o el consumo de tóxicos mejoraron, y que por el contrario es en épocas de expansión de la economía cuando la población adquiere conductas menos saludables y la mortalidad aumenta (Ásgeirsdóttir et al., 2013).

Respecto a los sistemas sanitarios, la crisis económica ha dado lugar a diferentes opciones políticas, que van desde la reducción del gasto, a través de recortes en la cobertura o en el alcance y costo de los servicios, hasta políticas destinadas a mantener o aumentar el gasto, a través de la mejora de la eficiencia del gasto o de la asignación de mayor porcentaje en el gasto en salud. En el Estado español, la introducción del copago farmacéutico al igual que otras medidas contempladas en el Real Decreto Ley 16/2012, ha generado alarma por su posible efecto en la salud, las desigualdades en salud y el acceso al sistema sanitario (Benach et al., 2012) y que pone en riesgo el carácter de universalidad y solidaridad de nuestro sistema, siendo

los pacientes crónicos precisamente los grandes afectados, y más concretamente los pluripatológicos (López-Fernández et al., 2012).

En nuestro contexto son pocos los estudios realizados sobre el efecto de la crisis en la salud y más concretamente en los hábitos de vida. El estudio realizado por Gili et al. (2013) a partir de los usuarios de atención primaria encontró que la crisis había aumentado el número de trastornos mentales y de consumo excesivo de alcohol y este incremento fue mayor en las familias con problemas en el empleo o de impagos de hipotecas. Existe por lo tanto, necesidad de disponer de evidencias sobre las consecuencias de la crisis en la salud poblacional para poder implementar intervenciones orientadas a garantizar la salud.

2. HIPOTESIS, OBJETIVOS Y METODOLOGIA

2.1. Hipótesis

En la introducción se ha expuesto, de manera resumida, la evidencia que señala la importancia actual de las enfermedades crónicas, tanto a nivel internacional como nacional y su relación con los estilos de vida. Además, se han recogido las evidencias sobre el efecto negativo de la crisis en la salud poblacional y en los hábitos de vida relacionados con la salud. Dada la escasez de estudios en nuestro contexto sobre la relación entre la crisis y las conductas relacionadas con la salud, y dada la relación de éstas con las enfermedades crónicas, se considera pertinente realizar un estudio que analice dicha realidad. Así, las hipótesis principales de las que partió este trabajo fueron:

1. La crisis económica está teniendo un efecto negativo sobre la salud de la población vasca, especialmente en las personas mayores y en las que pertenecen a los grupos más desfavorecidos.
2. La prevalencia de problemas crónicos de salud en la CAPV continúa con una tendencia ascendente.

3. Se ha producido un empeoramiento de los hábitos relacionados con la salud como consecuencia de la crisis económica, especialmente en los grupos más desfavorecidos, lo que influirá en el aumento de los problemas crónicos.

2.2. Objetivos

Para poder comprobar la idoneidad de las hipótesis expuestas, este trabajo se plantea como objetivo general describir el efecto de la crisis económica sobre el estado de salud y los hábitos relacionados con la salud a partir de la descripción de la situación actual y los cambios producidos en el periodo de 2002 a 2013. Para la consecución de este objetivo se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de la CAPV y los cambios producidos en el periodo analizado.
2. Describir la evolución del estado de salud y de los problemas de salud crónicos en el periodo analizado.
3. Describir los cambios en los hábitos relacionados con la salud (consumo de alcohol, tabaco, alimentación y actividad física) en el periodo analizado.

2.3. Metodología

Diseño y fuentes de datos

Para dar respuesta a los objetivos planteados se diseñó un estudio descriptivo transversal y de tendencia temporal, referido a la población vasca a partir de fuentes de datos secundarias. Se detallan a continuación las fuentes de datos utilizadas:

- Encuesta de Salud de la CAPV (ESCAV) de los años 2002, 2007, 2013. Estas encuestas, se realizan a una muestra representativa de la población no institucionalizada de la CAPV y recogen información sobre la situación de salud, sus factores determinantes (entorno y hábitos relacionados con la salud) y el uso de los servicios sanitarios. En este estudio se han utilizado las ediciones de los años 2002, 2007 y 2013, cuyos tamaños de muestrales fueron de 8.398, 7.410 y 12.995

personas respectivamente. Un mayor detalle de las características metodológicas de estas encuestas, puede consultarse en la publicación de las mismas en la página web del Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

- Instituto Vasco de Estadística (EUSTAT), de los años 2001 a 2012, se recopiló información a partir de los Censos de población y la estadística sobre el volumen de población por edad y sexo, y las características socioeconómicas en la CAPV.

- Encuesta de Población Activa, de la cual se recogió la información correspondiente a la situación económica y laboral en la CAPV en los periodos estudiados.

- Instituto Nacional de Estadística (INE) de los años 2001 a 2012. Se recopiló la información del Padrón municipal y de la Encuesta de Población.

- Oficina Estadística de la Unión Europea (EUROSTAT), de donde se tomaron los datos relativos a las tasas de paro de la Unión Europea (UE) del año 2013.

Variables

Como variables sociodemográficas se han utilizado, (a) el sexo, (b) la edad, categorizada en grupos bidecenales (c) el nivel de estudios, se agrupan en “estudios primarios” “estudios secundarios” y “estudios universitarios” (d) la clase social basada en la ocupación, construida, según la relación laboral de la persona con la empresa, el cargo que desempeña y el sector de actividad de la empresa. En base a estos tres factores, se establecen cinco categorías que van desde el Grupo I al V (correspondiendo el Grupo I a los más favorecidos y el V a los menos favorecidos, desde directivos de empresas y altos funcionarios hasta trabajadores no cualificados) y (e) la situación laboral, categorizada en “activo”, “parado”, “ocupado” e “inactivo”.

Como variables de estado de salud se han utilizado (a) la salud percibida, que refleja la percepción subjetiva que las personas tienen sobre su salud y se ha mostrado muy relacionada con el padecimiento de enfermedades crónicas, la mortalidad o el uso de servicios sanitarios (Idler y Benyamini, 1997). La salud

percibida fue medida con la pregunta *¿En general como diría que es su salud ?*: *muy buena, buena, normal, mala, muy mala*, para el análisis se consideró buena salud cuando las personas declaraban su salud como “muy buena” o “buena” (b) los problemas crónicos, se valoraron mediante la respuesta afirmativa al padecimiento de alguno de los problemas que se presentan en un listado (c) la salud mental, medida a través de la escala Mental Health Inventory (MHI-5), que identifica a personas con síntomas de ansiedad y/o depresión (Departamento de Sanidad, 2009) y (d) la esperanza de vida al nacimiento, indicador construido según la tabla de mortalidad siguiendo el método Chiang (Chiang, 1976). El número medio de años de vida de una persona se toma bien en el nacimiento o, según la edad media de las defunciones de la tabla.

Para los hábitos de vida relacionados con la salud, se utilizaron las variables de: (a) consumo de alcohol, diferenciando las categorías no bebedor (no beber bebidas alcohólicas y no haberlo hecho jamás); bebedor ocasional (haber bebido durante el último año, al menos de una vez por semana); bebedor habitual (haber consumido bebidas alcohólicas al menos una vez por semana durante el último año). Se utiliza el cuestionario Cage, originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1970, para detectar el consumo de riesgo y la dependencia alcohólica (Ewing,1984) (b) consumo de tabaco, diferenciando las categorías como no fumador (haber fumado menos de 100 cigarrillos en la vida); fumador habitual (fumar al menos un cigarrillo diario) y fumador ocasional (haber fumado en su vida al menos 100 cigarrillos) (c) peso corporal, se clasifica a las personas según su IMC con peso insuficiente ($IMC < 18,5$), normal ($IMC 18,5-24,9$), sobrepeso ($IMC 25-29,9$) y obesidad ($IMC \geq 30$) y alimentación y (d) actividad física, diferenciando a las personas en sedentarias, moderadamente activas, activas o muy activas, según la actividad que realizan en su tiempo libre, combinando frecuencia y duración de las actividades realizadas.

Análisis de datos

Para el análisis de los datos, en algunas ocasiones se utilizó la información previamente elaborada por los organismos encargados de las fuentes de datos y en otros casos se realizó un análisis específico para el presente trabajo en los cálculos de prevalencias que se realizaron a partir de la población de la CAPV. En todos los casos los resultados se presentan diferenciando hombres y mujeres.

3. RESULTADOS

En primer lugar, se realiza un análisis de la situación sociodemográfica en la CAPV, teniendo en cuenta tanto la estructura poblacional, como la situación laboral de sus habitantes. A continuación, se describen los cambios que se han producido en la salud percibida, la salud mental y los problemas crónicos, haciendo hincapié en aquellos problemas más frecuentes, y finalmente se describen los cambios producidos en los hábitos relacionados con la salud. El periodo de análisis utilizado abarca desde el año 2002 al 2013.

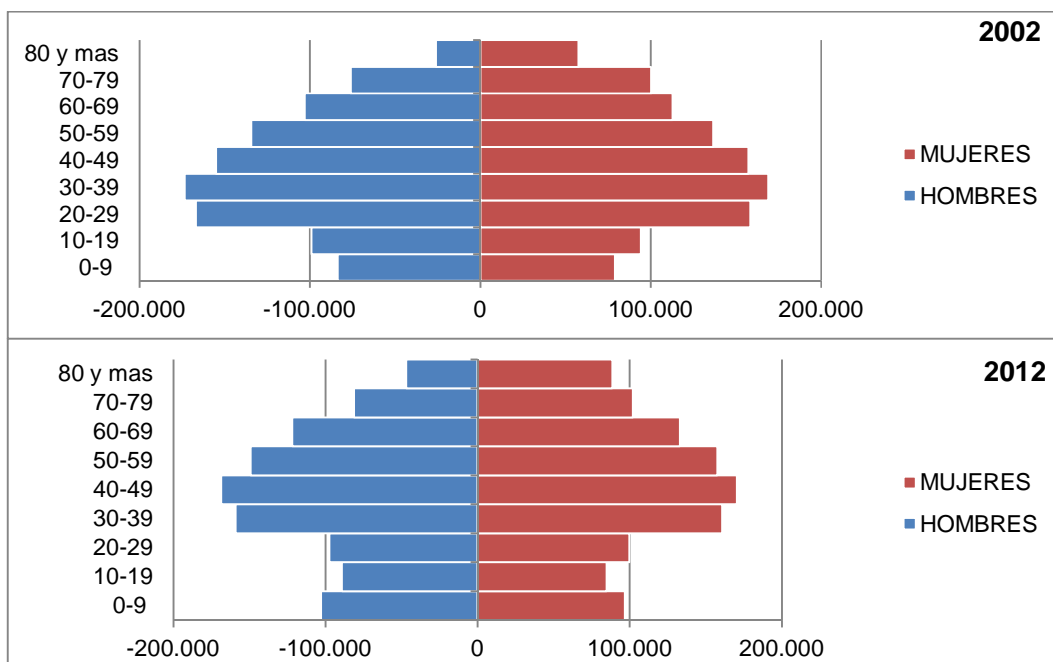
3.1. Contexto sociodemográfico en la Comunidad Autónoma del País Vasco

3.1.1. Características demográficas de la Comunidad Autónoma Vasca

Según los datos del padrón municipal del INE, la población de la CAPV pasó de 2.108.281 personas en el año 2002 a 2.193.093 personas en el 2012, de las cuales algo más de la mitad (51,19%) eran mujeres. Tras varios años con un saldo de crecimiento negativo y debido a la inmigración, que actualmente supone el 8,2% de la población, entre 2002 y 2012 la población vasca creció más de un 2%. Sin embargo, la crisis económica ha frenado la llegada de extranjeros y el incremento demográfico se ha estabilizado.

Respecto a la evolución de la estructura demográfica de la población de la CAPV (Gráfico 1), se observa un importante y continuo descenso de personas en los estratos más jóvenes, y un aumento en las edades mayores. Así, la población está en proceso de envejecimiento y con bajas tasas de natalidad y mortalidad, aunque la pirámide del año 2012 muestra un aumento de las tasas de natalidad. Si tenemos en cuenta el peso de los sexos, vemos que la diferencia entre hombres y mujeres se incrementa a partir de los 70 años, con un 40% de hombres. En el resto de grupos de edad, la distribución es más proporcional.

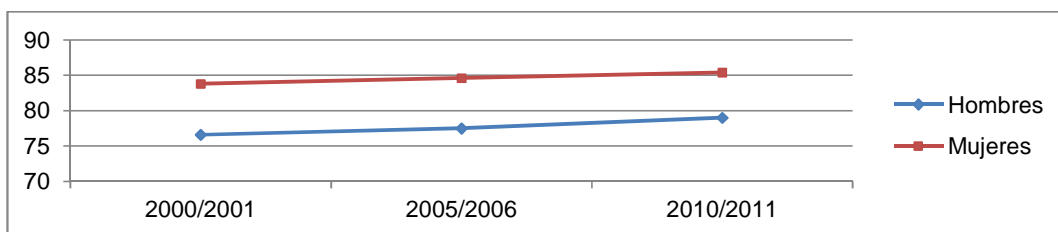
Gráfico 1. Pirámides de población de la CAPV, 2002 y 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE

Con una población estabilizada en poco más de 2 millones de habitantes, podemos comprobar que la sociedad vasca tiene una alta esperanza de vida (Gráfico 2), de 85 años en las mujeres y 79 en el caso de los hombres, en el año 2011.

Gráfico 2. Esperanza de vida al nacimiento en la CAPV, por sexo (2000-2011)

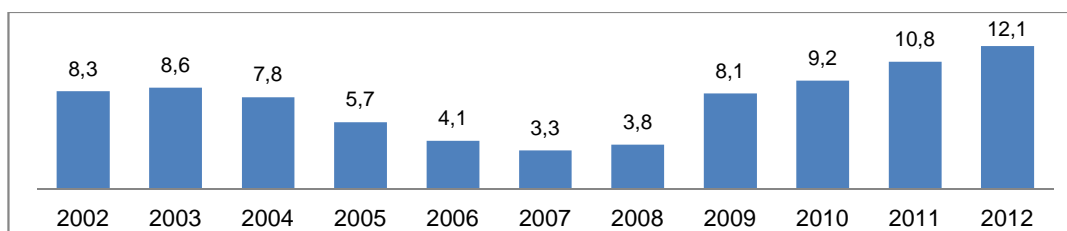


Fuente: Elaboración propia a partir de los indicadores demográficos de EUSTAT

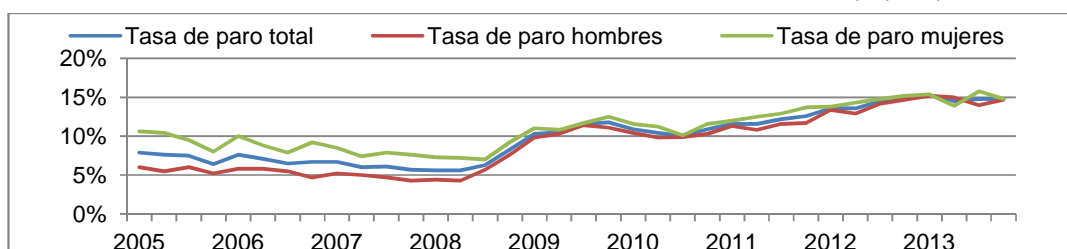
3.1.2. Situación económico-laboral de la población vasca

La CAPV, tanto por su situación geográfica como por su gran actividad industrial, se ha caracterizado por tener altos niveles de empleo. Sin embargo, partir del año 2009, con los efectos de la crisis económica, se ha ido produciendo un aumento de las tasas de desempleo (Gráficos 3 y 4).

Gráficos 3 y 4. Evolución (%) de la tasa de paro en la CAPV (2002-2012)



Fuente: Elaboración propia a partir de Eustat



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa (EPA) del INE

En la CAPV durante el cuarto trimestre de 2013, la tasa de ocupación se mantenía prácticamente estable respecto del trimestre anterior (Tabla 1) y, la tasa de paro era del 15,3%, con 165.600 personas paradas, es decir, aquellas que buscan empleo, realizan gestiones activas para ello, y además están disponibles para trabajar.

Tabla 1. Distribución de la tasa de ocupación en la CAPV, 2013

	4º trim 2013 (%)	Variación sobre trimestre anterior	Variación sobre año anterior
POBLACIÓN >16 AÑOS (1.874.200)			
TASA ACTIVIDAD	57,6	+0,4	+3,5
Hombres	63,6	-0,5	+3,5
Mujeres	52,0	+1,2	+3,5
TASA OCUPACIÓN	63,7	+0,1	+2,3
Hombres	67,5	-0,6	+2,4
Mujeres	59,8	+0,8	+2,3
Araba/Álava	63,8	+1,6	+2,7
Bizkaia	62,1	-0,3	+2,4
Gipuzkoa	66,3	+0,0	+2,3
TASA PARO	15,3	+0,5	+2,5
Hombres	15,4	+0,4	+2,2
Mujeres	15,3	+0,8	+2,9
16-24	36,9	-4,4	-2,5
25-44	16,6	+0,9	+2,8
45 y más	13,7	+1,0	+2,5
Araba/Álava	15,7	-1,0	+4,0
Bizkaia	16,5	+0,6	+1,5
Gipuzkoa	13,1	+1,2	+3,4
TASA INACTIVIDAD	42,4	-0,4	-3,5

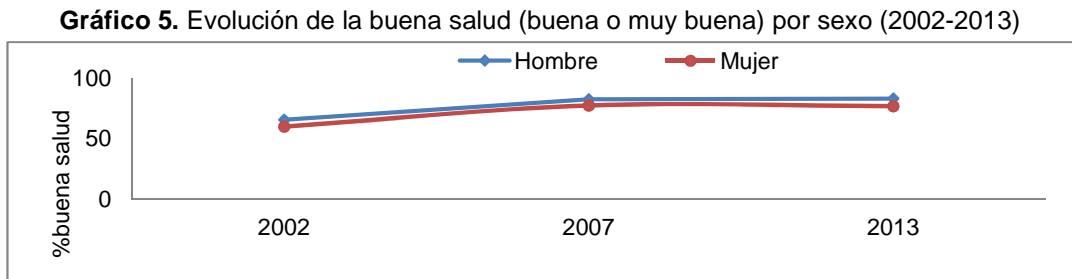
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de la Población en Relación con la Actividad de la CAPV

La tasa de paro es prácticamente igual en ambos sexos, sin embargo, por edad los más afectados son los más jóvenes, con tasas del 36,9%. Por territorios históricos, el más afectado era Bizkaia donde la tasa de paro alcanzó el 16,5%, a pesar de que donde más aumentó respecto del trimestre anterior fue en Gipuzkoa. Según Eurostat, en noviembre de 2013 la tasa de paro para el conjunto de la UE era del 10,9% y para España del 26,7%, por lo que la CAPV se sitúa por encima de la media europea, pero por debajo de la española (tabla no presentada).

3.2. La situación de la salud y su evolución

3.2.1. Evolución de la salud percibida

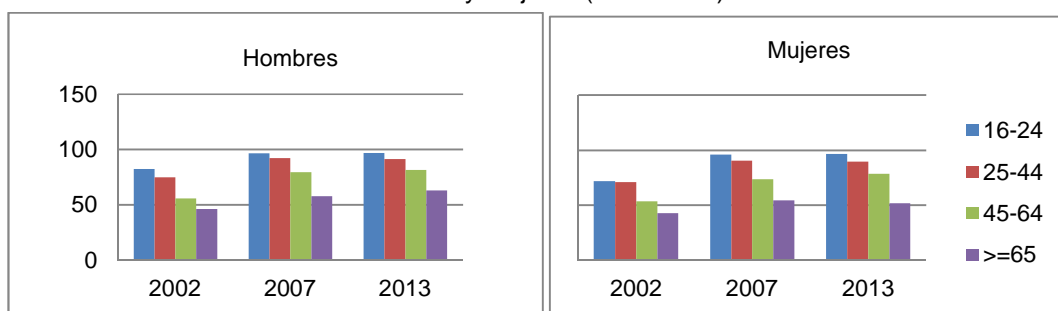
Como ya se ha comentado, la salud percibida se relaciona con el padecimiento de enfermedades crónicas, la mortalidad o el uso de servicios sanitarios. Teniendo esto en cuenta, el estado de salud percibido de la población vasca en el periodo analizado (2002-2013) se observa que ha evolucionado positivamente, aunque en los últimos años el incremento de buena salud percibida se ha estancado o ralentizado (Gráfico 5)



Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2002, 2007, 2013

En todos los años analizados, la buena salud es mayor en los hombres que en las mujeres. Por otra parte, si se tiene en cuenta la salud según las edades (Gráfico 6), se observa que la buena salud empeora con la edad, y en ambos sexos, durante todo el periodo analizado. Las mujeres tienen peor salud en todas las franjas de edades.

Gráfico 6. Distribución (%) de la buena salud percibida (buena o muy buena), por edad en hombres y mujeres (2002-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2002, 2007, 2013.

3.2.2. Evolución de la salud mental: síntomas de ansiedad/depresión

Respecto a la salud mental, se observa a través de las diferentes ESCAV analizadas, que los síntomas de ansiedad/depresión han aumentado entre la población vasca (Tabla 2). Así, el porcentaje de personas que en algún momento había pensado en suicidarse pasó de un 3,9% en el año 2002 a un 4,4% en el 2013. Si, además, analizamos la salud mental por grupo socioeconómico, se observa que son las personas pertenecientes al grupo socioeconómico más desfavorecido, las sufren en mayor proporción síntomas de ansiedad/depresión, con una brecha entre los grupos más altos y los más bajos que en el año 2013 ya alcanzaba el 10%.

Tabla 2. Distribución (%) de los síntomas de ansiedad y depresión, por sexo y grupo socioeconómico (2007-2013)

	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	2007	2013	2007	2013	2007	2013
Grupo I-II	10,4	11,3	16,8	18,0	13,6	14,6
Grupo III	10,4	15,1	17,8	21,6	14,1	18,4
Grupo IV-V	10,5	19,8	21,9	28,2	16,2	24,0
Total	10,4	15,5	18,8	24,3	14,6	20,0

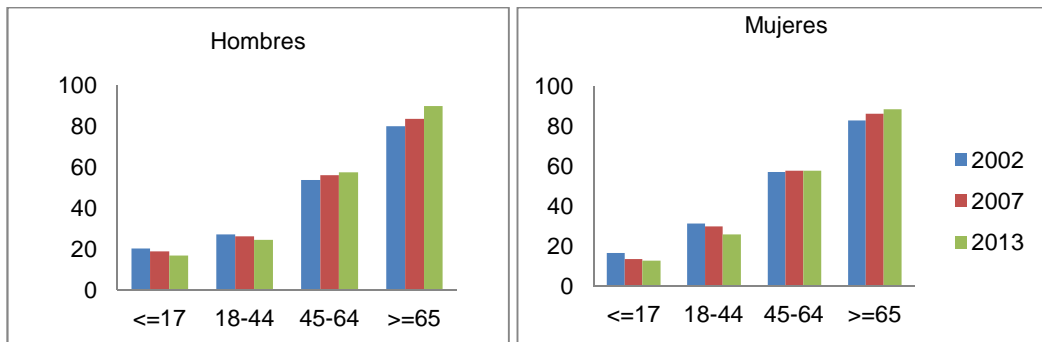
Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2007,2013

3.2.3. Evolución de los problemas crónicos de salud

El envejecimiento de la sociedad tiene repercusiones directas en la epidemiología de los problemas crónicos, que aumentan con la edad. Según los datos de la última ESCAV, la proporción de personas que sufre al menos un problema crónico de salud alcanza el 44,7% en el caso de los hombres y el 48,8% en el de las mujeres, es decir, la cronicidad afecta ya a casi a la mitad de la población.

Se comprueban diferencias en el padecimiento de los problemas crónicos, según la edad y el sexo, con mayor proporción de ellos en las personas mayores, y en las mujeres (Gráfico 7). Durante el periodo estudiado, se observa un aumento continuo de de los padecimientos crónicos, excepto en los grupos de menor edad, en los cuales se ha visto ligeramente reducidos. En el año 2013, los problemas crónicos más frecuentes en los hombres fueron la hipertensión, el colesterol elevado, los dolores de espalda y la diabetes; y en el caso de las mujeres la hipertensión, el colesterol elevado, la artrosis y los dolores de espalda (Tabla no presentada).

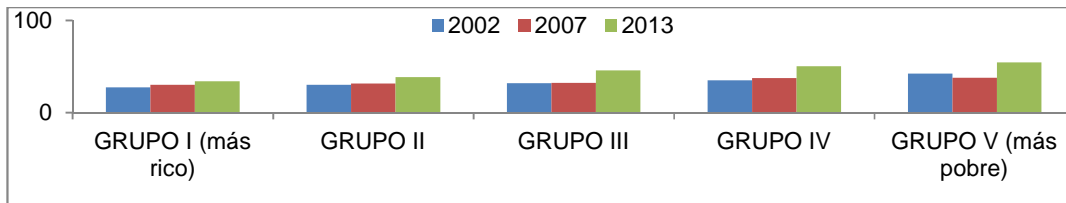
Gráfico 7. Evolución (%) de los problemas crónicos por sexo y edad (2002-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2002, 2007, 2013.

El grupo socioeconómico marca diferencias en el padecimiento de problemas crónicos, con un claro gradiente socioeconómico (Gráfico 8). Así, en el año 2013 la diferencia de padecimientos crónicos entre los grupos extremos (I y V) alcanzaba ya el 20%, de forma que un 54% de la población perteneciente al grupo más desfavorecido presentaba algún problema crónico de salud.

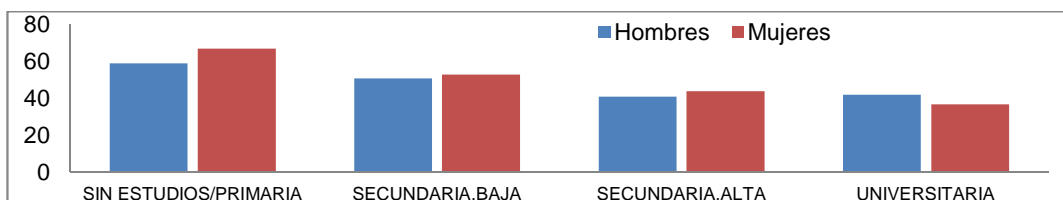
Gráfico 8. Distribución (%) de los problemas crónicas por grupo socioeconómico (2002-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2002, 2007, 2013.

El nivel de estudios es otro de los factores asociados a los problemas crónicos, y como se recoge en el gráfico 9, los padecimientos crónicos disminuyen a medida que aumenta el nivel de estudios.

Gráfico 9. Distribución (%) de problemas crónicos según el nivel de estudios, por sexo, 2013



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2013.

3.3. Las conductas relacionadas con la salud y su evolución

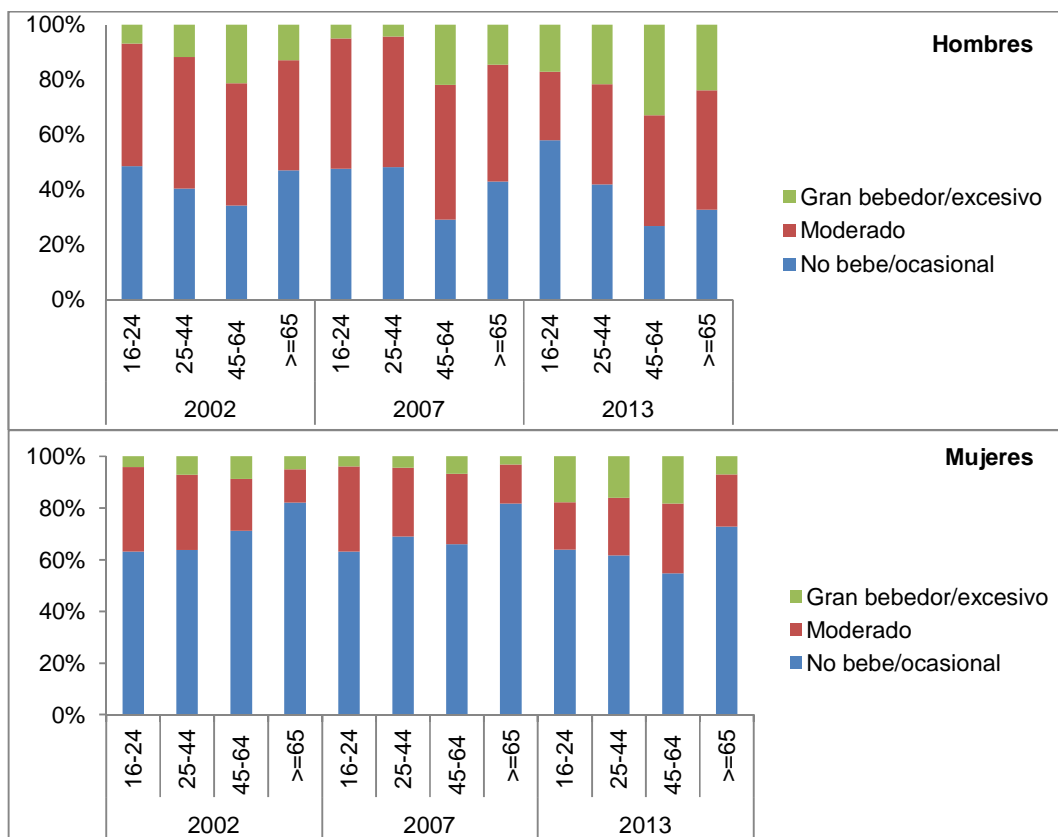
3.3.1. Consumo de alcohol

El consumo excesivo de alcohol es causante de numerosos problemas, no solo de salud sino también de tipo familiar, social y laboral, convirtiéndose por sus grandes proporciones en un problema de salud pública. Además, numerosas enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, la cirrosis hepática o algunos tipos de cáncer, se ven seriamente agravadas por el consumo excesivo de alcohol.

En los últimos diez años, la población que consume alcohol de forma excesiva ha aumentado en ambos sexos, a pesar de que en el periodo 2002-2007 las cifras se mantenían e incluso disminuían (Gráfico 10). En la distribución por edad, en los hombres la proporción fue mayor en la franja de 45-64 años, y en las mujeres en las edades más jóvenes.

Según los datos obtenidos en las diferentes ESCAV, a través del test Cage, se puede ver que, la población sospechosa de alcoholismo ha ido aumentando. Esta situación ha sido más notoria en el último periodo y especialmente entre las mujeres, con un aumento del 80% de ser sospechosas de alcoholismo. Por grupo socioeconómico, en los hombres la mayor proporción de sospecha de alcoholismo corresponde a los grupos más desfavorecidos, sin embargo, en las mujeres a los grupos más favorecidos (I y II) (Tabla 3).

Gráfico 10. Evolución del consumo de alcohol en hombres y mujeres por edad (2002-2013).



Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2002, 2007, 2013.

Tabla 3. Distribución (%) de la población sospechosa de alcoholismo por sexo, edad y grupo socioeconómico (2002-2013)

		Hombres			Mujeres		
		2002	2007	2013	2002	2007	2013
Edad	16-24	3,8	2,7	4,2	2,3	3,9	4,2
	25-44	7,2	6,3	9,5	2	2,1	4,5
	45-64	9,1	9,5	10,1	0,9	1,6	2,9
	>=65	4,0	6,0	5,5	0,2	0,1	0,8
Grupo Socioeconómico	I-II	5,7	6,9	6,75	1,7	1,8	3,95
	III	5,9	5,9	7,9	1,1	0,9	2,8
	IV-V	7,3	7,0	8,65	1,3	1,8	2,6
Total		6,2	6,4	7,5	1,4	1,7	3,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de las ESCAV 2002, 2007, 2013.

3.3.2. Consumo de tabaco

En términos generales, se observa una evolución positiva en el consumo de tabaco (Tabla 4), ya que en el periodo analizado, la población fumadora ha disminuido en

un 5% y también las mujeres continúan fumando en menor proporción que los hombres, en las categorías de consumo ocasional y habitual.

De acuerdo con los datos del año 2013 (Tabla 4), la población de la CAPV se distribuye de la siguiente manera en lo que respecta a su relación con el tabaco: el 25% se declara fumadora; de ellas, el 21% fuma habitualmente y el 4% de forma esporádica. Las personas ex fumadoras representan el 22% de la población, y el 53% restante no fuma en la actualidad, ni lo ha hecho en el pasado.

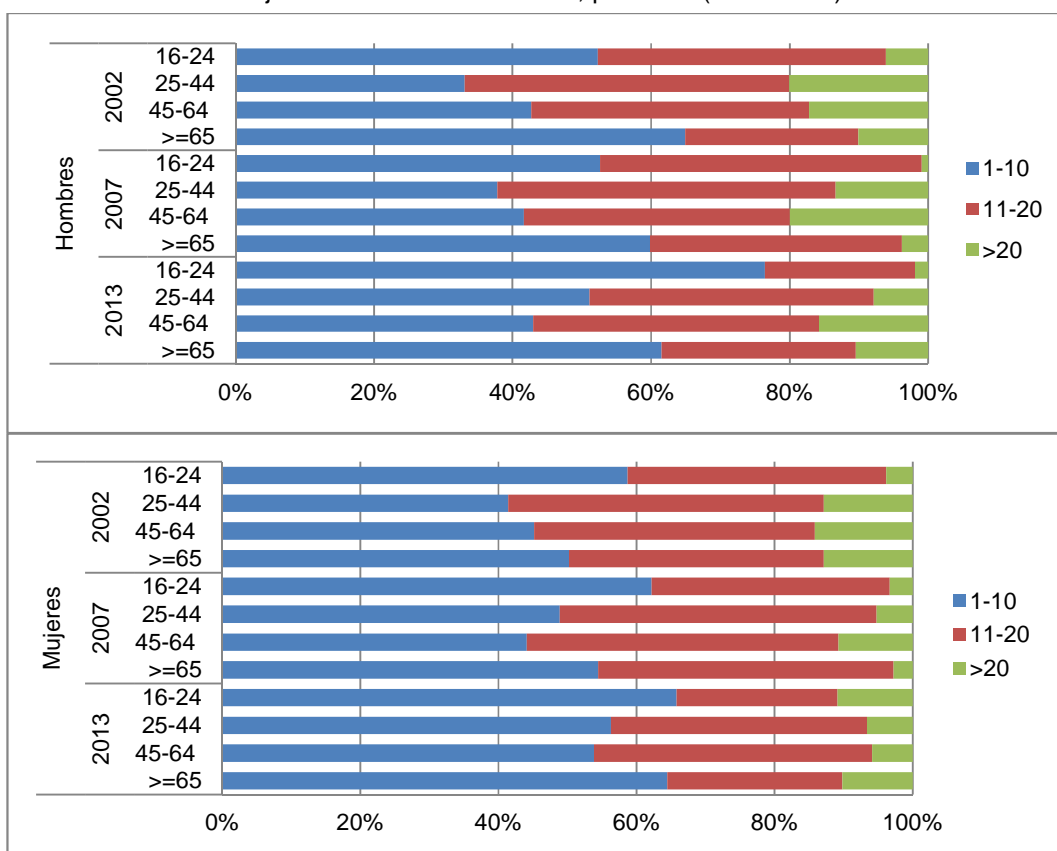
Tabla 4. Distribución (%) de la población según consumo de tabaco, por sexo (2002-2013)

		Nunca ha fumado	Ex Fumador	Ocasional	Fumador
Hombres	2002	43	20	5	31
	2007	45	22	4	29
	2013	44	27	4	25
Mujeres	2002	66	10	3	21
	2007	63	13	3	21
	2013	62	17	3	18
Ambos sexos	2002	55	15	4	26
	2007	54	18	3	25
	2013	53	22	4	21

Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV años 2002, 2007, 2013.

A lo largo del periodo estudiado, la intensidad de consumo entre los fumadores habituales también se ha visto reducida (Gráfico 11). En el año 2002, el 12% de la población fumadora habitual (13% de los hombres y 11% de las mujeres) consumía más de 20 cigarrillos al día, mientras que en el año 2013 se reducía a un 9% (9% de los hombres y 8% de las mujeres). Además, dentro del patrón de consumo, no solo ha variado la intensidad sino también la edad en la que se concentra el mayor consumo, así, en el año 2002 éste se concentraba en la franja de edad de 25 a 44 años, mientras que en el año 2013 fue en la franja de 45 a 64 años.

Gráfico 11. Distribución (%) del consumo de cigarrillos diarios entre los hombres y las mujeres fumadoras habituales, por edad (2002-2013).



Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2002, 2007, 2013.

Respecto a las desigualdades socioeconómicas en el consumo de tabaco, en periodo estudiado, se observa un mayor consumo habitual de tabaco a medida que se descende en la escala social (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución (%) de las desigualdades socioeconómicas en el consumo habitual de tabaco, por sexo (2002-2013)

	Total			Hombres			Mujeres		
	2002	2007	2013	2002	2007	2013	2002	2007	2013
Grupo Socioeconómico									
Grupo I-II	25,5	23,0	17,1	27,8	23,8	18,9	23,2	22,1	15,5
Grupo III	26,8	26,2	20,6	31,5	29,2	22,6	22,0	23,1	19,1
Grupo IV-V	26,2	25,8	22,8	32,8	31,3	28,5	21,1	20,3	18,6
Nivel estudios completado									
Primarios	17,8	18,2	17	28,5	26,9	23,6	10,3	9,4	12,1
Secundarios	33,9	30,9	24,4	36,7	32,7	27,8	30,7	29,1	20,9
Universitarios	24,8	22,5	18,1	25,9	22,8	18,2	23,7	22,2	18,1

Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV años 2002, 2007, 2013.

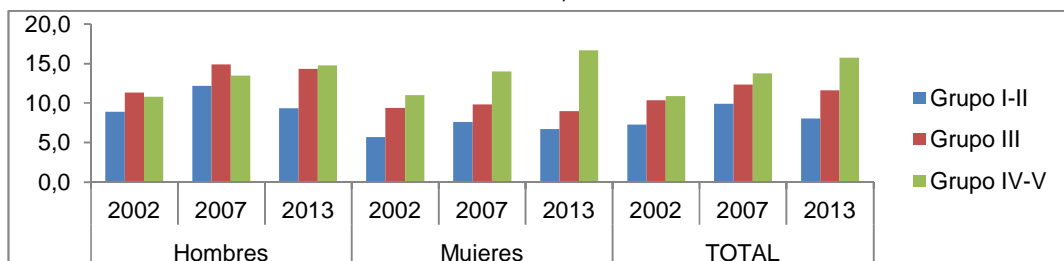
En el año 2013 el 23% de las personas pertenecientes al grupo más desfavorecido era fumadora habitual, frente al 17% de las del grupo más alto. Sin embargo, en cuanto al patrón de consumo según el nivel de estudios no se observan diferencias relevantes.

3.3.3. *Peso corporal y hábitos alimenticios*

Como ya se comentaba en la parte introductoria, la alimentación está muy relacionada con el padecimiento de enfermedades crónicas y, al mismo tiempo, las épocas de recesión suelen traer consigo un agravamiento de las condiciones de vida, que entre otros aspectos dificulta el acceso a una alimentación sana y variada.

Los efectos de una alimentación no saludable se ven reflejados en el peso corporal, y, por otra parte, las probabilidades de desarrollar problemas de salud son mayores en aquellas personas con exceso de peso, y aún en mayor medida con obesidad. Según los datos de las diferentes Encuestas de Salud de la CAPV, la proporción de población obesa aumentó un 3,3% durante el periodo estudiado (de un 9,9% de personas clasificadas como obesas en el año 2002, a un 13,2% en el 2013). Sin embargo, esta proporción de población obesa no se distribuye equitativamente en la población, sino que sigue un claro gradiente socioeconómico, ya que a medida que descendemos en el nivel socioeconómico aumenta la prevalencia de aquellas personas con mayor índice de masa corporal (Gráfico 12). Por otra parte, en la distribución por sexos, se observa que los problemas de obesidad recaen en mayor medida en hombres que en mujeres, excepto en el año 2013, en el que repuntaba la obesidad en las mujeres.

Gráfico 12. Distribución (%) de la población obesa por sexo y grupo socioeconómico (2002-2013).



Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2002, 2007, 2013.

En lo que respecta al tipo de alimentación durante el periodo estudiado, los datos de las diferentes ESCAV revelan, a partir del año 2007, un descenso en el consumo frecuente de alimentos saludables. Precisamente, el consumo de carne y pescado disminuyeron en 2,6% (Tabla 6).

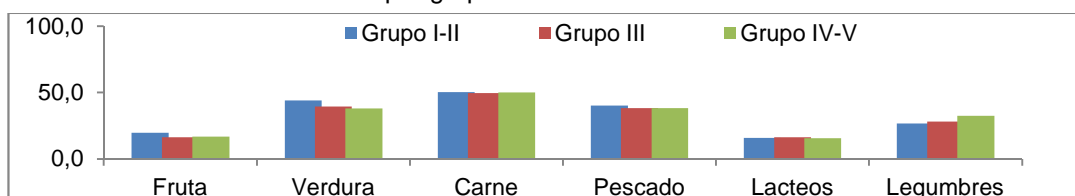
Tabla 6. Distribución (%) del consumo frecuente de alimentos saludables (3 o más veces/semana) en la población de la CAPV (2007-2013)

	2007	2013
Fruta	40,1	41,6
Verdura	34,8	33,5
Carne	31,1	28,5
Pescado	23,2	20,6
Leche/Queso	46,7	46,2
Legumbres	17,8	16,1

Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2007, 2013.

La alimentación saludable no parece seguir un claro gradiente social, según los datos recogidos en el año 2013. Aunque podemos apreciar una tendencia en la disminución en el consumo de ciertos alimentos saludables como la fruta o verdura, que disminuye según descendemos en el nivel socioeconómico (Gráfico 13).

Gráfico 13. Población según consumo de alimentos saludables 3 o más veces por semana, por grupo socioeconómico.

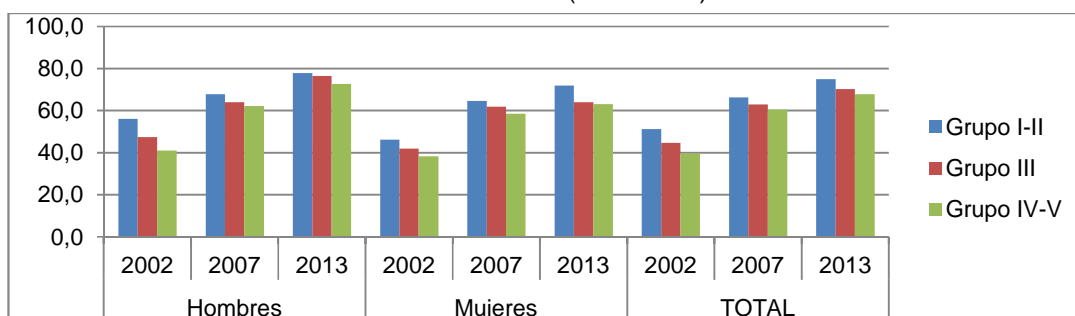


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2013.

3.3.4. Actividad física

Durante el periodo estudiado, la proporción de población que práctica actividad física en el tiempo libre, ha ido aumentando en ambos sexos (Gráfico 14). Aunque, todavía, el porcentaje de mujeres que hacen ejercicio físico es inferior al de los hombres (65% y 74% respectivamente, en 2013). También se puede comprobar, que a medida que se desciende en la escala social la práctica de ejercicio también disminuye, tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 14. Distribución (%) de la práctica de ejercicio físico, por sexo y grupo socioeconómico (2002-2013)



Fuente: Elaboración propia a partir de las ESCAV 2002, 2007, 2013.

4. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo fue describir el efecto de la crisis económica sobre el estado de salud y los hábitos relacionados con la salud ya que, de forma indirecta, influyen a las enfermedades crónicas. A través de los resultados obtenidos, se ha visto que desde el estallido de la crisis el desempleo en la CAPV ha aumentado, la salud mental se ha visto deteriorada con un aumento en los síntomas de ansiedad y depresión, y la cronicidad continúa ascendiendo, afectando a prácticamente la mitad de la población y en mayor medida a las mujeres. En lo que respecta a las conductas relacionadas con la salud, en el periodo estudiado ha aumentado la población que hace un consumo excesivo de alcohol, así como la población obesa, y ha descendido el consumo frecuente de alimentos saludables. Sin embargo, también se han obtenido algunos resultados positivos, como una reducción del consumo de tabaco y un aumento de la población que practica actividad física.

La primera hipótesis de la que se partió en este trabajo fue que la crisis económica está teniendo un efecto negativo sobre la salud de la población vasca. En este estudio no se ha podido comprobar un deterioro en el estado de salud percibida en los últimos años, resultados que coinciden con los estudios que refieren la existencia de un desajuste temporal entre el inicio de la crisis y los cambios en los indicadores de la salud física (Regidor et al., 2013). Sin embargo, algunos estudios de ámbito poblacional sí han encontrado una reducción de la mortalidad durante los periodos de crisis, debido a la mejora de la mortalidad por algunas causas como los

accidentes de tráfico, el consumo de alcohol o los accidentes laborales (Tapia Granados, 2005; Gerdtham y Ruhm, 2006). Aunque este comportamiento positivo se ha visto, en el estudio realizado en veintiséis países de la UE, que solo se producía en aquellos países que habían mantenido durante la crisis económica tanto el gasto social como políticas activas de empleo (Stuckler et al., 2009).

Para la salud mental, en la literatura se muestran resultados consistentes que relacionan el comienzo de la crisis en 2007 y el aumento de los suicidios o sus intentos en Inglaterra o Grecia (Economou et al., 2011; Barr et al., 2012) y en España (López Bernal et al., 2013). Aunque en este estudio no se recogían datos de suicidio, si se ha estudiado la evolución de la salud mental y se ha podido comprobar un aumento importante de los síntomas de ansiedad y depresión respecto a los años de bonanza económica. Estos resultados coinciden con los hallados en el estudio realizado en España a partir de las personas que hicieron uso de los servicios de atención primaria entre los años 2006 y 2010. En dicho estudio se encontró que la crisis había aumentado el número de desórdenes mentales y de consumo excesivo de alcohol. Además, este incremento fue mayor en las familias que presentaban problemas de desempleo o de impagos de hipotecas (Gili et al., 2013).

La segunda hipótesis planteada en este trabajo fue que la prevalencia de problemas crónicos de salud en la CAPV continúa con una tendencia ascendente. En este estudio se ha comprobado que la sociedad vasca está cada vez más envejecida, y que su esperanza de vida es mayor que en ninguna otra época, factores ambos que influyen de manera importante sobre la prevalencia e incidencia de enfermedades crónicas, a pesar de que las enfermedades como tal no forman parte del proceso de envejecimiento, sino que son consecuencia del mismo y de los estilos de vida (Pérez y Sierra, 2009). El aumento progresivo de la esperanza de vida al nacer durante la última década se ha comprobado en este estudio, y corrobora lo encontrado en los trabajos que recogen que la calidad de vida relacionada con la salud en la sociedad vasca ha aumentado gracias a las intervenciones en salud pública, y a las políticas de equidad en la atención sanitaria (Departamento de Salud de Gobierno Vasco, 2013). Esta situación, según diversos autores, podría verse comprometida como consecuencia de las políticas de austeridad implementadas por

los gobiernos como medida para salir de la crisis, lo puede generar un aumento de la enfermedad, la dependencia o las conductas perjudiciales relacionadas con la salud (Legido-Quigley et al., 2013). En este estudio hemos podido comprobar cómo el padecimiento de los problemas crónicos era mayor en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, resultados que coinciden con el estudio de Costa-Font y Gil (2008) en el que se muestra el efecto significativo de la renta sobre el padecimiento de las enfermedades crónicas. Así, un aumento de la renta del 1% se traducía en una reducción en la probabilidad de padecer diabetes de 0,193 puntos porcentuales, o en 0,149 para las enfermedades del corazón. Además, el estudio muestra como las personas con menor nivel de estudios estaban más expuestas a sufrir hipertensión arterial, diabetes y colesterol elevado que los que poseían estudios superiores. Si tenemos en cuenta que la crisis económica la soportan, en mayor medida, los grupos socioeconómicos más desfavorecidos y, que en las personas con menor nivel de estudios se concentran las mayores tasas de desempleo, se prevé que en los próximos años las desigualdades en la morbilidad aumenten, resultados que están siendo descritos en países de nuestro entorno (Suhrcke y Stuckler, 2012).

La tercera hipótesis planteada, se basaba en el empeoramiento de los hábitos de vida relacionados con la salud como consecuencia de la crisis económica, especialmente en aquellos grupos socioeconómicos más desfavorecidos. En este estudio, respecto al consumo de tóxicos (alcohol y tabaco) se ha comprobado que han aumentado la personas que consumen exceso de alcohol y las que tienen riesgo de alcoholismo. Desde el inicio de la crisis económica diversos estudios se han centrado en la relación de ésta con el consumo de tóxicos, especialmente de alcohol, y aunque los resultados son heterogéneos, nuestros resultados son coincidentes con los estudios que muestran el cambio en el consumo de alcohol en periodos de crisis según la condición socioeconómica (Pacula, 2011).

Por otra parte, el hecho de que en este estudio se encuentre una disminución en el consumo de tabaco, lo podemos relacionar, no tanto con la crisis sino con la entrada en vigor de la Ley 28/2005 antitabaco, que estableció medidas frente al tabaquismo, su venta, suministro, consumo y publicidad. Además, desde las políticas sanitarias se implementaron programas de deshabituación tabáquica en los centros de

Atención Primaria (Departamento de Sanidad y Consumo de Gobierno Vasco y Osakidetza, 2011).

El empeoramiento en el acceso y en el consumo de alimentos saludables es otro de los aspectos relacionados con la crisis económica. En este estudio se ha comprobado una reducción en el consumo frecuente de alimentos saludables como verdura y pescado, y un aumento de la obesidad. Sin embargo, en lo que respecta a la actividad realizada en el tiempo libre, se encontraron datos positivos que indicaban un aumento de la práctica de actividad física saludable. Ruhm (2005), nombrado ya anteriormente por encontrar en las crisis económicas oportunidades para la salud, explicaba este dato argumentando que el desempleo en estas épocas permite disponer de más tiempo para dedicarlo al autocuidado de la salud. De hecho, según sus estimaciones, la caída del 1% de la población ocupada reducía la inactividad física en un 0,7%, lo que se apreciaba en particular en aquellas personas que anteriormente no hacían ejercicio físico en absoluto. Sin embargo, lo realmente importante sería comprobar que estas conductas saludables se mantengan a largo plazo tras la recuperación económica.

Este estudio tiene una serie de limitaciones derivadas del tipo de diseño, que al ser transversal no permite establecer relaciones causales, sin embargo, los resultados obtenidos nos permiten apoyar la hipótesis sostenida en numerosos estudios que ponen de relieve que la salud de la población está estrechamente influida por los determinantes sociales de la salud, que hacen referencia a las circunstancias en que las personas nacen, viven, trabajan y envejecen (Dahlgren y Whitehead, 1991)

5. CONCLUSIONES

1. El estado de salud, específicamente la salud mental, ha empeorado desde que se estableció la crisis económica, lo cual indica la necesidad de monitorizar estas situaciones de salud e implementar políticas de protección que garanticen la salud de la población vasca.

2. La relación entre los hábitos de vida y las desigualdades sociales de salud, se confirma en este trabajo, de forma que la posición social, los ingresos y el nivel de

estudios completados son determinantes del consumo de alcohol en el caso de los hombres, y del consumo de tabaco, de la alimentación saludable y la práctica de actividad física en ambos sexos. Este empeoramiento de las conductas relacionadas con la salud puede conducir a un aumento de las enfermedades crónicas y a que estas se inicien a edades menores, por lo que sería preciso establecer políticas sociales y de salud, dirigidas especialmente a los grupos más vulnerables, de forma que puedan mitigarse dichas desigualdades sociales de salud.

3. A pesar del nuevo modelo asistencial que se comienza a implantar en el año 2009 en la CAPV, la prevalencia de enfermedades crónicas sigue en aumento, y ya cerca de la mitad de la población sufre de algún tipo de problema crónico. Además, los padecimientos crónicos son más frecuentes a medida que descendemos en la escala social, por lo cual se hace necesario adecuar los programas a la situación de crisis actual, con un enfoque específico en la promoción de la salud

6. BIBLIOGRAFIA

Ásgeirsdóttir T.L., Corman H., Noonan K. et al. Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviors. *Economics and Human Biology*. 2013; 13:1-19.

Avellaneda A., Izquierdo M., Torrent-Farnell J. et al. Enfermedades raras: enfermedades crónicas que requieren un nuevo enfoque sociosanitario. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007; 30(2):177-190.

Barr B., Taylor-Robinson D., Scott-Samuel A. et al. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis. *British Medical Journal*. 2012; 345:e5142 doi:10.1136/bmj.e5142.

Benach J., Solar O., Vergara M. et al. Six employment conditions and health inequalities. *International Journal of Health Services*. 2010; 40(2):269-80.

Benach J., Tarafa G., Muntaner C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. Gaceta Sanitaria. 2012; 26:80-82.

Chiang C.L. Life table and mortality analysis. Geneva. WHO. 1976. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/62916/1/15736_eng.pdf

Chan M. Discurso pronunciado en la 62 Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza. 2009. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_3-sp.pdf?ua=1

Costa-Font J., Gil J. Una exploración de las desigualdades socioeconómicas en morbilidad en España. Cuadernos económicos de ICE. 2008; 75:43-63.

Dahlgren G., Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Future Studies. 1991; 26:80-82.

Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco y Osakidetza. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. 2010. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html

Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco y Osakidetza. Euskadi libre de humo de tabaco. 2011. Disponible en: http://www.irekia.euskadi.net/assets/attachments/1231/Euskadi_libre_de_humo_de_tabaco.pdf?1306497066

Departamento de Salud de Gobierno Vasco. Plan de Salud de Euskadi 2013-2020. 2013. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/plan_salud_2013_2020.pdf

Economou M., Madianos M., Theleritis C. et al. Increased suicidality amid economic crisis in Greece. The Lancet. 2011; 378(9801):1459.

Eurostat. Euro area unemployment rate at 11.8%. Eurostat News Release. 2013.

Ewing J.A. Detecting alcoholism. The cage questionnaire. JAMA. 1984; 252(14):1905-7.

Gerdtham U., Ruhm C.J. Deaths rise in good economic times: evidence from the OECD. Economics and Human Biology. 2006; 4:298-316.

Gili M., Roca M., Basu S., et al. The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010. European Journal of Public Health. 2013; 23:103–8

Legido-Quigley H., Otero L., La Parra D. et al. Will austerity cuts dismantle the Spanish healthcare system? BMJ. 2013; 346.

López-Bernal J.A., Gasparrini A., Artundo C.M. et al. The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis. European Journal of Public Health. 2013; 23:732-6.31.

López-Fernández L.A., Martínez J.I., Fernández A. et al. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro sistema nacional de salud?. Gaceta Sanitaria. 2012; 26(4): 298-300.

Organización Mundial de la Salud, OMS. Informe Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. 2005. Disponible en:

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html

Organización Mundial de la Salud, OMS. Informe de la reunión consultiva de alto nivel de la OMS. La crisis financiera y la salud mundial. Ginebra. 2009. Disponible en:

http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090119/es/index.html

Pacula R.L. Substance use and recessions: what can be learned from economic analyses of alcohol?. *The International Journal on Drug Policy*. 2011; 22(5):326-34.

Pérez V., Sierra F. Biología del envejecimiento. *Revista Médica de Chile*. 2009; 137(2):296-302. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000200017&lng=es

Ruhm C.J. Healthy living in hard times. *Journal of Health Economics*. 2005; 24:341-63.

Regidor E., Barrio G., Bravo M.J. et al. Has health in Spain been declining since the economic crisis? *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2014 Mar 68(3):280-2. Epub 2013 Oct 23.

Robert Wood Johnson Foundation. Health Care's Blind Side: The Overlooked Connection between Social Needs and Good Health. 2011. Disponible en:
<http://www.rwjf.org/content/rwjf/en/research-publications/find-rwjf-research/2011/12/health-care-s-blind-side.html>

Suhrcke M., Stuckler D. Will the recession be bad for our health? It depends. *Social Science and Medicine*. 2012; 74:647-53.

Stuckler D., Basu S., Suhrcke M. et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*. 2009; 374(9686):315-23.

Tapia-Granados J. Recessions and mortality in Spain, 1980–1997. *European Journal of Population*. 2005; 21:393-422.