



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Influencia de la posición socioeconómica en la morbilidad
de la población laboral activa en España. Análisis del
impacto de la crisis económica de 2008.

Influence of the socioeconomic position on the morbidity of the
working population active in Spain. Analysis of the impact of the
2008 economic crisis.

Autora

Miriam Gutiérrez Magdalena

Directora

Raquel Sánchez Recio

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2021

RESUMEN:

El presente trabajo se centra en el estudio de la morbilidad sufrida por la población activa ocupada en España entre los años 2006 y 2017, es decir, antes, durante y tras la crisis económica de 2008.

Para estudiar la morbilidad se han empleado las Encuestas Nacionales de Salud de España de los años 2006, 2011 y 2017 ($n = 31.412$) y el *software* estadístico STATA 15.

Los principales resultados muestran que la morbilidad aumentó durante el periodo estudiado, aunque se han encontrado diferencias en la prevalencia de las enfermedades de acuerdo con las diferentes características socioeconómicas estudiadas.

La carga de morbilidad observada entre la población ocupada en España pone de manifiesto la necesidad de elaborar políticas de empleo orientadas a la mejora de la salud en el trabajo y a erradicar las desigualdades sociales en salud.

Palabras clave:

Morbilidad, posición socioeconómica, desigualdades en salud, crisis económica, población activa ocupada.

ABSTRACT:

The present work focuses on the study of the morbidity suffered by the working population active in Spain between 2006 and 2017, that is, before, during and after the Great Recession of 2008.

To study morbidity, the National Health Surveys of Spain for 2006, 2011 and 2017 ($n = 31,412$) and the statistical software STATA 15 were used.

The main finding show that morbidity increased during the period studied, although differences have been found in the prevalence of diseases according to the different socioeconomic characteristics studied.

The burden of disease observed among the employed population in Spain highlights the need to develop employment policies aimed at improving health at work and eliminating social inequalities in health.

Key words:

Morbidity, socioeconomic position, health inequalities, economic crisis, working population active.

ÍNDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	5
EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA SOBRE LA SALUD	5
DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD	7
GÉNERO Y SALUD	9
LA INFLUENCIA DEL TRABAJO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA	10
LA PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS ORGANIZACIONES Y LA EMPRESA SALUDABLE	11
<u>OBJETIVOS</u>	14
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
<u>METODOLOGÍA</u>	15
LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD DE ESPAÑA (ENSE)	15
VARIABLES UTILIZADAS	16
SOFTWARE UTILIZADO	19
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	19
<u>RESULTADOS</u>	20
<u>DISCUSIÓN</u>	29
PRINCIPALES RESULTADOS	29
COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS	29
LIMITACIONES DEL ESTUDIO	32
<u>APLICACIONES PRÁCTICAS</u>	34
<u>CONCLUSIONES</u>	36
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	37

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1.	21
TABLA 2.	25
TABLA 3.	27

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.	8
------------------	----------

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Fin de Grado (en adelante TFG) se centra en el estudio de la morbilidad sufrida por la población laboral ocupada residente en España entre los años 2006 y 2017, con el objeto de analizar sus resultados en salud durante la crisis de 2008. Concretamente, se centra en el estudio de la morbilidad antes, durante y tras la crisis económica. También se van a estudiar las desigualdades en salud según la posición socioeconómica de la población, medida a través de la clase social ocupacional y el nivel de estudios alcanzado.

EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA SOBRE LA SALUD

La crisis económica de 2008 golpeó a gran parte de los países miembros de la eurozona, especialmente a España (Leschke & Jepsen, 2012). Estos experimentaron un gran aumento de su deuda pública y de los tipos de interés, grandes caídas en su Producto Interior Bruto (PIB) y un rápido aumento de las tasas de desempleo, principalmente se perdió el empleo poco cualificado relacionado con la burbuja inmobiliaria, el desarrollado por los conocidos como “trabajadores de cuello azul” (Sánchez-Recio et al., 2021). Para paliar los efectos de la crisis desde Europa se impusieron políticas de austeridad que impactaron directamente en las políticas sociales y sanitarias de los diferentes países europeos (Leschke & Jepsen, 2012).

Como ya se ha señalado, España fue uno de los países que más sufrió el impacto de la crisis económica. Se experimentó un drástico aumento de la tasa de desempleo, que, según datos de la Encuesta de Población Activa (EPA), llegó a alcanzar un valor de 26,94% (INE) en el primer trimestre del año 2013, la tasa de desempleo más alta registrada en la historia reciente de nuestro país. Este aumento del desempleo derivó en un empobrecimiento y empeoramiento de las condiciones de vida de la población, pero no afectó únicamente a quienes perdieron el empleo, también a los que lograron conservarlo (de Montserrat i Nonó et al., 2015) pues la crisis económica y las reformas laborales aprobadas para mitigar sus consecuencias tuvieron como resultado el auge de la precariedad laboral. Un claro ejemplo de ello fue la reforma laboral aprobada en el año 2012 por el Gobierno del Partido Popular, a través del Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. Las principales medidas que introdujo la reforma fueron el abaratamiento del despido, también facilitó el despido colectivo, introdujo la posibilidad de realización de horas extraordinarias en los contratos a tiempo parcial y dotó de flexibilidad las relaciones laborales al permitir a las empresas cambiar con total facilidad la jornada, los turnos y los salarios de la plantilla. La inseguridad e inestabilidad laboral derivada del miedo a perder el empleo, o a un cambio en las condiciones laborales, afecta a la salud de la población trabajadora (Arias-de la Torre et al., 2016; Reichert & Tauchmann, 2017).

Aunque toda la población en su conjunto se vio afectada, los efectos económicos derivados de esta crisis no afectaron por igual a todos los estratos de la sociedad, sino que impactaron con más intensidad sobre aquellos que ya se encontraban de antemano en una situación vulnerable: las clases sociales más bajas (Pérez et al., 2014). Los hogares que más afectados resultaron por el impacto de la crisis económica fueron aquellos con miembros con un menor nivel de estudios, con un amplio número de personas en la unidad familiar y aquellos con mayor número de miembros en situación de desempleo (Bárcena-Martín & Moro-Egido, 2013).

Las consecuencias que acarreó la crisis económica no solo impactaron en el ámbito económico y laboral, también lo hizo en el sanitario. Las consecuencias más notorias fueron la reducción del presupuesto público en sanidad, el aumento de las listas y tiempos de espera así como el descontento de la población con el sistema sanitario (Urbanos Garrido & Puig-Junoy, 2014). Las crisis económicas y financieras afectan a la salud de la población, especialmente a la salud mental a causa de la inestabilidad laboral y la escasez de ingresos (Pérez et al., 2014; López-Casasnovas, 2014) que estas acarrean. Los efectos de la crisis sobre la salud dependen de factores como el contexto histórico del país, la duración de la propia crisis y, especialmente, de las políticas y medidas adoptadas por los gobiernos (Segura Benedicto, 2014; Pérez et al., 2014; Pulido et al., 2021). En este sentido, se debe señalar que se estima que se necesita de un transcurso de entre 10 y 20 años para poder observar los efectos de las crisis económicas sobre la población vulnerable, incluso, en aquellos grupos más desfavorecidos puede que nunca lleguen a observarse todos los efectos de la misma (Fundación Encuentro, 2012).

Ya se ha comentado que la mayoría de los países europeos optaron por medidas de austeridad para disminuir el gasto público y que, en España, el sector sanitario fue uno de los servicios públicos que sufrieron recortes. El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones¹ introdujo modificaciones para contener el gasto sanitario. Las medidas más destacables y controvertidas recogidas en la norma fueron la reducción del gasto farmacéutico mediante la modificación del copago de medicamentos y la restricción de la asistencia sanitaria a personas extranjeras indocumentadas². Aquellos que más repercusiones sufrieron en su salud y en el acceso a los servicios sanitarios fueron las personas que se encontraban en una posición socioeconómica desfavorecida (Pérez et al., 2014).

Sin embargo, en este sentido, existen resultados divergentes que deben mencionarse. Investigaciones realizadas previamente muestran que, durante el mismo periodo de estudio (2006-2017), la salud

¹ Fue derogado en 2018 por el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre acceso universal al Sistema Nacional de Salud.

² El derecho a asistencia sanitaria de estas personas quedó limitado a urgencias y asistencia por embarazo, parto y postparto, a excepción de los menores que gozaban de asistencia sanitaria en igualdad de condiciones que los españoles.

autopercebida de la población trabajadora no empeoró, de hecho, la de las mujeres incluso mejoró, lo que se relaciona con la incorporación de la mujer al mundo laboral y por considerar que el empleo tiene un efecto protector para la salud (Aguilar-Palacio et al., 2018). Urbanos Garrido & Puig-Junoy (2014) resaltan un efecto positivo de la introducción del copago farmacéutico al ser España uno de los países a nivel mundial con mayor consumo de fármacos, ya que esta medida podría ayudar a su reducción. Ruhm (2000) encontró un efecto procíclico de las crisis económicas sobre la salud que algunos investigadores han estudiado posteriormente: en tiempos de recesión aumenta el tiempo libre para la actividad física (Colman & Dave, 2013), se reduce la exposición a riesgos laborales y, por consiguiente, los accidentes de trabajo (Fernández-Muñiz et al., 2018) y disminuye el número de accidentes de tráfico (Pulido et al., 2021). No obstante, los efectos positivos de las crisis que señalan algunos estudios dependerán de la forma en que las personas sean capaces de gestionar y hacer frente a la pérdida de empleo y de ingresos (Pérez et al., 2014).

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

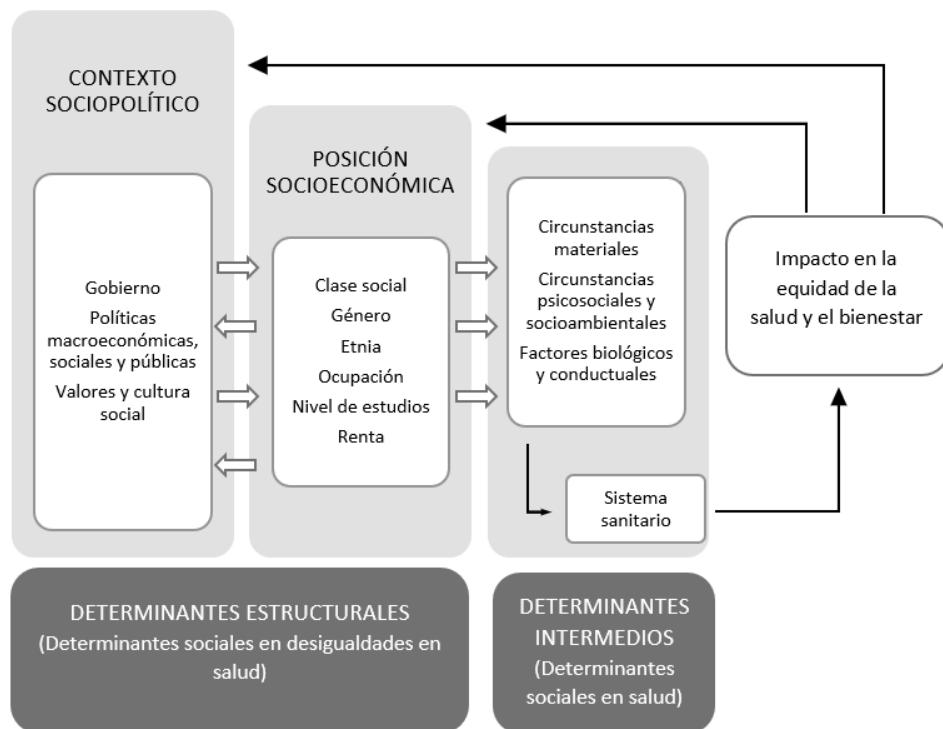
Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en la salud, evitables e injustas, que vienen dadas por factores como la clase social, el género o la etnia. Solar e Irwin (2010), para la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS, establecen tres factores que determinan la existencia de estas desigualdades sociales en salud (FIGURA 1). En primer lugar, el contexto sociopolítico, entendido como un conjunto muy amplio de factores estructurales, funcionales y culturales del sistema social. Las políticas adoptadas por los gobiernos, especialmente en materia social y económica, así como los valores sociales y culturales de una sociedad, como el grado de importancia que se le da a la salud y al bienestar, constituyen aspectos que afectan a la salud y a la equidad. El segundo factor es la posición socioeconómica, delimitada por determinantes estructurales como la clase social, la ocupación, el género, la etnia, el nivel de estudios y la renta. Los distintos estratos o posiciones socioeconómicas de los individuos producen un acceso desigual a los recursos materiales y sanitarios, así como a la exposición a factores de riesgo para la salud. En tercer y último lugar, distinguen los determinantes intermedios, entendidos como las circunstancias y condiciones particulares de cada individuo. Los factores que incluyen en este grupo son las circunstancias materiales (condiciones laborales y condiciones de vida), las circunstancias psicosociales y socioambientales, los factores biológicos (como la genética o el sexo) y conductuales (hábitos de consumo) y, por último, el sistema sanitario (el acceso y la utilización de los servicios médicos).

Observamos que las desigualdades en salud son consecuencia de las desigualdades en las condiciones y oportunidades de acceso a los recursos relacionados con la salud y en las condiciones de vida, de hecho, diversos estudios realizados en distintos países europeos señalan cómo la salud y la esperanza de vida van en detrimento a medida que desciende la posición de los individuos en la estructura social, es el denominado “grado de social” (Whitehead & Dahlgren, 2006). Las personas que se encuentran en una posición

socioeconómica desfavorable se ven expuestas a estilos de vida perjudiciales para la salud y sufren mayor morbilidad, un ejemplo es la mayor exposición a riesgos laborales, lo que se traduce en una mayor morbilidad de enfermedades laborales y accidentalidad. También experimentan mayor dificultad en el acceso a los servicios sanitarios. En este sentido, Urbanos Garrido & Puig-Junoy (2014) observan la existencia de un gradiente social en el acceso a los servicios médicos, el cual ha aumentado durante la crisis al declarar las personas con niveles de renta más bajos tener necesidades médicas no cubiertas. Abásolo et al. (2014) también encuentran un gradiente social en el acceso a los servicios sanitarios, además de en los tiempos de espera, que son significativamente mayores entre las clases sociales desfavorecidas. En definitiva, los estratos sociales más desfavorecidos se ven expuestos a factores que determinan un peor estado de salud y un mayor índice de morbilidad.

Figura 1.

Marco conceptual de las desigualdades sociales en salud de Solar e Irwin para la Comisión de Determinantes Sociales de Salud (2010).



Fuente: elaboración propia a partir del esquema de Solar e Irwin en *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and practice)*.

GÉNERO Y SALUD

Las mujeres y los hombres presentan diferencias y desigualdades en su salud debido tanto a las diferencias biológicas como a las desigualdades sociales de género (OMS, 2018). Entre las características biológicas que más influyen en las diferencias en salud se encuentran las reproductivas, hormonales, metabólicas y genéticas (Artazcoz, 2002). El género es un constructo social que determina la organización social y las conductas de los individuos en función de su sexo (Rohlf et al., 2000; Borrell et al., 2004; Borrell & Artazcoz, 2008), lo que supone la existencia de una serie de hábitos, costumbres y relación con el entorno consideradas propias de cada género, esto son los denominados “roles de género”. La existencia de estos roles supone que se produzcan desigualdades de género, por ejemplo, la desigual distribución del trabajo doméstico y de los cuidados, un trabajo que, a pesar de la incorporación de la mujer al mercado laboral, siguen ejerciendo mayoritariamente ellas (Campos-Serna et al., 2012; Arias-de la Torre et al., 2019; Bacigalupe et al., 2020).

Los hábitos y el medio en el que se desenvuelven los individuos son determinantes del estado de salud. Las mujeres presentan una esperanza de vida superior a la de los hombres, pero también un peor estado de salud debido a una mayor morbilidad (Artazcoz, 2002; Borrell et al., 2004; OMS, 2018). Por su parte, los hombres presentan mayor morbilidad de enfermedades con tasas más altas de mortalidad como la diabetes, patologías cardíacas o cáncer, mientras que las mujeres presentan tasas más altas de enfermedades mentales o musculoesqueléticas (Artazcoz, 2002). La menor esperanza de vida de los hombres suele asociarse con la masculinidad: tradicionalmente los hombres han asumido roles y patrones de conducta y consumo que suponen un mayor riesgo para la salud: tasas más altas de accidentes de tráfico, mayor tendencia al tabaquismo y al consumo de alcohol, desatención a la salud mental o la ocupación de puestos de trabajos con mayor exposición a riesgos laborales (Courtenay, 2000). Por su parte, el peor estado de salud de las mujeres se asocia con el rol de cuidadoras que han ejercido tradicionalmente, pues el exceso de trabajo que se produce al compatibilizar la vida laboral (trabajo productivo) con la familiar (trabajo reproductivo) afecta a su estado de salud, así como la discriminación y la violencia de género y la tardía incorporación de la perspectiva de género a los estudios de salud pública. Todo ello afecta negativamente al estado de salud de las mujeres (Artazcoz, 2002; Borrell et al., 2004; Campos-Serna et al., 2012).

Observamos que, como consecuencia de las diferencias biológicas y de las desigualdades de género, el estado de salud de mujeres y hombres presenta diferencias y desigualdades. Diferencias porque existen enfermedades propias de cada sexo: como señala Artazcoz (2002) los ejemplos más claros son el cáncer de próstata y el cáncer uterino, así como diferente sintomatología frente a la misma enfermedad. Desigualdades porque mujeres y hombres asumen diferentes conductas y roles de género, por ello las mujeres alcanzan una edad más longeva al exponerse a menos riesgos mortales que los hombres, pero presentan un peor estado

de salud como consecuencia de su posición social y la discriminación a la que tradicionalmente se han visto sometidas (Borrel & Artazcoz, 2008).

Con motivo de las diferencias y desigualdades en el estado de salud, y para garantizar la equidad sanitaria, es necesaria la incorporación de la perspectiva de género a los estudios y encuestas de salud pública, así como realizar análisis desagregados para conocer la influencia del género en la salud y las necesidades específicas de ambos grupos poblacionales, algo beneficioso tanto para las mujeres como para los hombres (Rohlf et al., 2000; Borrel & Artazcoz, 2008).

LA INFLUENCIA DEL TRABAJO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN TRABAJADORA

El interés por estudiar la relación existente entre el trabajo y la salud se remonta al siglo XIX en Europa, cuando diversos autores e investigadores europeos estudiaron el impacto que la Revolución Industrial había tenido sobre la vida y la salud de la población trabajadora (Yanes, 2003). El modelo productivo y la organización del trabajo han sufrido cambios desde entonces. Ahora, en un contexto en el que el mercado laboral se rige por políticas neoliberales, el trabajo se caracteriza por la precariedad laboral (Tomasina, 2012), caracterizada por una intensificación del tiempo de trabajo pero, a su vez, del número de personas con una jornada a tiempo parcial no deseada, un aumento de la exposición a riesgos laborales, especialmente psicosociales, y una infrarrepresentación de la plantilla en las empresas (de Montserrat i Nonó et al., 2015).

Las condiciones laborales en las que se desarrolla la actividad laboral influyen en el estado de salud de la población. Los bajos salarios, la exposición a riesgos laborales, las largas jornadas de trabajo o la temporalidad laboral impactan de manera negativa en la vida y la salud de aquellos que se ven expuestos a estas condiciones. Una remuneración insuficiente puede afectar tanto a la salud mental como a la salud física, a la mental por el estrés derivado de no ser capaz de hacer frente a los gastos, a la física por los estilos de vida y la privación material que pueden sufrir las personas con ingresos insuficientes (Pérez et al., 2014). Las personas que desarrollan su actividad exponiéndose a riesgos químicos, biológicos o físicos sufren con mayor frecuencia enfermedades y accidentes laborales. La intensificación del tiempo de trabajo es otro factor que afecta de manera negativa a la salud, ya que las personas que ocupan puestos en los que se desarrollan horas extraordinarias o largas jornadas de trabajo presentan mayor morbilidad que aquellos que realizan una jornada ordinaria (Siegrist, 2010). En este sentido, un reciente estudio conjunto entre la OMS y la OIT (2021) en 194 países atribuye a las largas jornadas de trabajo (≥ 55 horas semanales) un gran número de muertes y discapacidades. Existe evidencia de la relación causal entre el empleo temporal y la siniestralidad laboral (Siegrist, 2010; Tomasina, 2012), es por ello que la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales, considera a las personas con una relación laboral de duración determinada como "trabajadores

especialmente sensibles”, por ser especialmente susceptibles a sufrir accidentes y patologías por los riesgos derivados del trabajo.

Observamos que la ocupación no afecta al estado de salud de la población trabajadora por igual, depende del tipo de trabajo y de las condiciones en las que este se desarrolla. Pero existe otro factor que afecta a las diferencias en la salud de la población trabajadora: el género. La tradicional división sexual del trabajo avoca a las mujeres al trabajo reproductivo y a los hombres al productivo; incluso con la incorporación de la mujer al mercado laboral esta tendencia a la división sexual se ha mantenido y se produce una segregación horizontal en el mercado de trabajo, de ahí que encontremos sectores de actividad denominados “feminizados” (como las actividades sanitarias y de servicios sociales o la educación) y “masculinizados” (como la agricultura o la construcción). Como consecuencia de esta segregación las trabajadoras se encuentran más expuestas a riesgos psicosociales y los trabajadores a riesgos físicos (Artazcoz et al., 2004; Campos-Serna et al., 2012). Mujeres y hombres no enferman ni se accidentan de la misma manera en el entorno laboral, de ahí que se impulse desde las administraciones la incorporación de la perspectiva de género a la actividad preventiva de las empresas (González Gómez, 2011).

La Constitución Española, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales de los Trabajadores y la Constitución de la OIT, entre otras, establecen el derecho de toda persona trabajadora a la protección de la salud y la seguridad en el trabajo. A pesar de la normativa nacional y supranacional, en España, los datos proporcionados por la página web del Ministerio de Trabajo y Economía Social muestran que en el año 2019³ se notificaron 614.697 accidentes de trabajo (con baja) y 12.877 enfermedades profesionales (con baja). La OIT (2019) estima que en el mundo se producen anualmente más de trescientos setenta millones de lesiones laborales no mortales y tres millones de muertes por accidentes y enfermedades profesionales.

LA PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LAS ORGANIZACIONES Y LA EMPRESA SALUDABLE

Como se ha comentado en el apartado anterior, el trabajo tiene un gran impacto sobre la salud de la población trabajadora. Este hecho se reconoció legalmente en España a principios del siglo XX, al aprobarse en enero de 1900 la primera Ley sobre accidentes de trabajo; en ella se hace responsable al empresario de los accidentes laborales sufridos por los trabajadores y le obliga a prestarles la asistencia sanitaria necesaria como consecuencia de dicho accidente. En 1971 comienza a desarrollarse la normativa en prevención de riesgos en España con la aprobación del Plan Nacional de Higiene y Seguridad en el Trabajo para crear centros

³ Se han tomado los datos del año 2019 debido al periodo de confinamiento en 2020.

de seguridad e implantar acciones preventivas y formativas en todas las empresas⁴. Ya en democracia, se aprobaron las dos grandes normas por las que se rige la política actual en materia preventiva: el Estatuto de los Trabajadores y la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, por la que se traspuso al Derecho español la Directiva 89/391/CEE. Con la incorporación de España a la Unión Europea se produjo un avance en esta materia, ya que las diferentes directivas y estrategias europeas en salud y seguridad laboral no solo persiguen la prevención de los riesgos en el trabajo, también la mejora de la salud de la población trabajadora (Comisión Europea, 2021).

Debido a la estrecha relación entre trabajo y salud es esencial que en las organizaciones se adopten medidas que garanticen entornos de trabajo seguros que protejan la salud y garanticen la seguridad de los trabajadores y trabajadoras. En los últimos años ha surgido el concepto de empresa saludable y la preocupación de garantizar entornos de trabajo seguros. La OMS (2010) define un lugar de trabajo saludable como aquel en el que la plantilla y la dirección colaboran para promover y garantizar la seguridad y salud, tanto física como mental, de todos sus miembros a través de la mejora continua.

Que una organización se comprometa con la promoción y protección de la salud de la plantilla más allá de lo que dicta la normativa es beneficioso para esta, pero también lo es para la empresa. Los accidentes y lesiones laborales suponen costes para la empresa, como es evidente, económicos, pero también acarrean costes “humanos”: el resto de la plantilla se ve afectada emocionalmente cuando un compañero sufre un incidente en el lugar de trabajo. La Comisión Europea (2021) estima que los costes económicos derivados de accidentes laborales y enfermedades profesionales estuvieron en torno a 460.000 millones de euros en el año 2019. Las enfermedades físicas también afectan negativamente a las empresas: si el trabajador no acude a trabajar, de nuevo, supone costes económicos para la organización, por otro lado, en caso de acudir a su puesto de trabajo la empresa también se verá afectada pues cuando un trabajador está enfermo es menos productivo de lo que lo es normalmente. La salud mental de la plantilla también afecta al estado de la organización, un trabajador desmotivado o estresado ve afectada su productividad y rendimiento en el trabajo (Burton & OMS, 2010). Las empresas deben garantizar la salud y seguridad en el lugar de trabajo pues es un derecho fundamental de toda persona trabajadora, pero el hecho de ir más allá e invertir en buenas prácticas en salud reporta beneficios a las organizaciones. Las empresas saludables que velan por la salud del personal son más productivas (Burton & OMS, 2010) y, según estimaciones de la Comisión Europea (2021), por cada euro que invierten las empresas en la mejora de la salud obtienen una ganancia aproximada de dos euros.

⁴ Anteriormente, el Decreto de 21 de agosto de 1956 por el que se organizan los Servicios Médicos de Empresa ya obligaba a contar con médicos del trabajo y desarrollar acciones preventivas, pero solo en las grandes empresas (más de 500 personas en plantilla).

La preocupación en Europa por la promoción y mejora de la salud en los centros trabajo se remonta al siglo XX. En 1996 se formó la Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo (ENWHP) con el objetivo de mejorar la salud de la población trabajadora de los estados miembros a través del intercambio de información y de recomendaciones que hace la Red sobre buenas prácticas en materia de salud. En 1997 se redactó la Declaración de Luxemburgo en la que se establecen los pilares fundamentales para una buena promoción y gestión de la salud en el trabajo. A nivel nacional, España impulsó en 2013 el proyecto “Empresas Saludables”, también con el objetivo de promover la salud en las organizaciones y otorgar un reconocimiento a las empresas adheridas a la Declaración de Luxemburgo y que integran en su estrategia y política empresarial los principios de promoción de la salud laboral de la plantilla. En España hay 858 empresas adheridas a la Declaración de Luxemburgo⁵.

⁵ A fecha de junio de 2021

OBJETIVOS

Objetivo general

- Estudiar la influencia de la posición socioeconómica, medida a través de la clase social y del nivel de estudios, en la morbilidad de la población activa residente en España durante el periodo comprendido entre 2006 y 2017.

Objetivos específicos

- Conocer el impacto de la crisis económica de 2008 en la salud de las distintas clases sociales en España.
- Estudiar la influencia del género como condicionante de la salud de la población activa ocupada en España.
- Estudiar la influencia de los indicadores socioeconómicos “clase social” y “nivel de estudios” en la salud de la población trabajadora en España.

METODOLOGÍA

Para lograr los objetivos mencionados en el apartado anterior se ha llevado a cabo un estudio de los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud de España de los años 2006, 2011 y 2017. La población objeto de estudio en este TFG ha sido la población ocupada, que son aquellas personas que “tienen una relación contractual por la que reciben una retribución en metálico o en especie, las personas que están trabajando por cuenta propia y los miembros de cooperativas de producción que trabajan en las mismas” (ENSE). En total se han considerado 31.412 personas ocupadas para el estudio, siendo el tamaño de la muestra de 13.206 en 2006, 8.287 en 2011 y 9.919 en 2017.

Para poder comparar los datos de las tres encuestas seleccionadas los análisis se han realizado a través del método de estandarización directa por edad, tomando como referencia la población del año 2006, la primera encuesta utilizada en el estudio.

LAS ENCUESTAS NACIONALES DE SALUD DE ESPAÑA (ENSE)

Las ENSE recopilan periódicamente información relativa a diversos aspectos sanitarios de la población residente en España: el grado de salud y morbilidad de los ciudadanos, el acceso a los servicios sanitarios y los determinantes que influyen en el grado de salud.

La forma en la que las ENSE llevan a cabo la recogida de información es a través de una entrevista personal en la que, a partir del año 2011, el entrevistador se sirve de un ordenador (encuesta CAPI⁶). Las entrevistas se realizan en aquellas viviendas que han sido seleccionadas previamente para la encuesta. La información obtenida durante la entrevista se recoge mediante tres cuestionarios: cuestionario de hogar, cuestionario de adultos y cuestionario de menores. En una primera fase, un adulto (15 años o más⁷) responde al cuestionario de hogar, el cual recopila información sociodemográfica sobre todos los miembros del hogar, sobre la persona sustentadora principal y sobre las características de la vivienda. En una segunda fase, se selecciona a un adulto para responder al cuestionario de adultos sobre cuestiones sanitarias relativas al estado de salud, a la utilización de servicios sanitarios y los determinantes de salud. Por último, se selecciona a un menor (de 0 a 14 años), en caso de haberlo, para el cuestionario de menores sobre cuestiones sanitarias, que será respondido por la madre, el padre o el tutor legal.

La primera encuesta nacional realizada en España fue en 1987, después en 1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006, 2011 y la última en 2017. Su elaboración se alterna con las Encuestas Europeas de Salud (en adelante

⁶ Siglas en inglés de *Computer-Assisted Personal Interviewing*

⁷ La ENSE de 2011 es la primera encuesta que considera adultos a las personas de 15 años en adelante, anteriormente se consideraba adulto a partir de los 16 años.

EES), siendo la primera de estas en 2009, después en 2014 y la última en 2020⁸. El fin de ambas encuestas es monitorizar el estado de salud de la población y armonizar la recogida de información mediante indicadores comunes, para así garantizar la comparabilidad de la información entre los estados miembros de la Unión Europea.

Tras años de trayectoria y numerosas publicaciones, las ENSE han experimentado cambios y adaptaciones en los cuestionarios para garantizar la observación y el análisis de todos los indicadores y determinantes de salud. El Ministerio de Sanidad y Consumo organizó en el año 2004 un grupo de expertos para revisar la encuesta de 2003 (ENS2003) y mejorar la de 2006 (ENS2006). Esta mejora se consiguió a mediante tres grandes cambios: se incorporaron los parámetros establecidos para la armonización con las EES; se incluyeron determinantes medioambientales, como el estrés laboral, y cuestiones sanitarias, como la salud mental, no contemplados en encuestas anteriores; y se fomentó el estudio y medición de las desigualdades sociales y de género en salud, incorporando así la perspectiva de género a las encuestas. En la encuesta de 2011 (ENSE2011) de nuevo se observan cambios para la adaptación y armonización con las encuestas europeas, a la vez que se adapta la determinación de la ocupación de los entrevistados a la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011 (CNO-11) y se incorporan nuevas dimensiones de la salud como las limitaciones cognitivas, y de morbilidad como las enfermedades de riñón.

El Instituto Nacional de Estadística (INE) publica diversas encuestas sobre la población ocupada, destacan la Encuesta de Condiciones de Vida y la Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (EWCS), esta última se centra específicamente en las personas trabajadoras y recoge datos sobre las condiciones de trabajo a las que se ven expuestas, como el tiempo de trabajo, el tipo de contrato o la exposición a riesgos laborales. A pesar de su existencia, el uso de las ENSE en los estudios de salud y morbilidad de la población ocupada está muy extendido pues proporcionan tanto información sanitaria (como la utilización de los servicios sanitarios, enfermedades o salud auto percibida) como información socioeconómica (como la ocupación, el sexo o el nivel de estudios) sobre los encuestados (Gómez & López, 2005; Carmona et al., 2015); gracias a ello, la Administración sanitaria y las organizaciones obtienen información de gran interés para la prevención y el control de enfermedades de la población trabajadora (González Álvarez & Gamero-Burón, 2013).

VARIABLES UTILIZADAS

Se han utilizado dos tipos de variables para el estudio: variables de resultados en salud y variables para identificar la posición socioeconómica.

⁸ Pese a ser la encuesta más reciente realizada en España, no se han tomado los datos para el análisis por coincidir una parte del periodo de recogida de datos con la declaración del estado de alarma por la Covid-19, durante el cual las condiciones laborales cambiaron drásticamente.

VARIABLES DE RESULTADOS EN SALUD

ENFERMEDADES Y PROBLEMAS DE SALUD: Para el estudio de la morbilidad de la población ocupada en España se ha analizado la prevalencia de siete enfermedades:

- Diabetes mellitus
- Infarto de miocardio
- Problemas crónicos de la piel
- Migrañas o dolor de cabeza frecuente
- Colesterol alto
- Tensión alta
- Enfermedad mental⁹

Para conocer si la población estudiada padecía alguna de estas enfermedades se utilizó la pregunta “¿Le ha dicho un médico que padece esta enfermedad?” de las ENSE, con posible respuesta de “Sí”, “No”, “No sabe” y “No contesta”.

VARIABLES DE POSICIÓN SOCIOECONÓMICA

Para el estudio de la posición socioeconómica se han tomado dos variables recogidas en las ENSE: la clase social y el nivel de estudios alcanzado. También el sexo de los encuestados.

CLASE SOCIAL: La ocupación de cada persona es uno de los indicadores socioeconómicos más empleados en los estudios de desigualdad y estratificación social, pues el trabajo que desarrolla cada individuo delimita su estado de salud (Gómez & López, 2005) y sus condiciones materiales de vida, por tanto, su clase social.

La determinación de la clase social en las ENSE se lleva a cabo en base a la ocupación de cada individuo, preguntando al entrevistado cuál es la ocupación, profesión u oficio que desempeña en su empleo, siendo la respuesta codificada a tres dígitos en base a la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO). Las categorías de clases social se codifican siguiendo la clasificación de 1995 del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE). En esta clasificación se asigna la clase social según la ocupación de la Clasificación Nacional de Ocupaciones (CNO) de 1979 (SEE, 1995). De esta manera, las ENSE distinguen entre seis clases sociales:

- CLASE I: Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- CLASE II: Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.

⁹ Para el análisis de esta variable se han incluido depresión, ansiedad y otros trastornos mentales.

- CLASE III: Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- CLASE IV: Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- CLASE V: Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- CLASE VI: Trabajadores/as no cualificados/as.

Para el estudio, las seis clases sociales propuestas por la SEE se han recodificado y agrupado en dos grupos siguiendo la propuesta de Domingo Salvany y Marcos Alonso (1989): clase manual y clase no manual. Se ha considerado **clase social no manual** a las clases I, II y III, y **clase social manual** a las clases IV, V y VI.

NIVEL EDUCATIVO: El nivel de estudios es un factor muy ligado a la ocupación y a la clase social, las oportunidades y condiciones de empleo a las que tienen acceso las personas se ven condicionadas por su cualificación (Siegrist, 2010), de ahí la importancia seleccionar este indicador de posición socioeconómica para el estudio de las desigualdades sociales en la morbilidad.

Las ENSE recopilan información sobre la cualificación de cada persona preguntando al entrevistado cuál es el mayor nivel de estudios alcanzado, con diez posibles respuestas: “No procede, es menor de 10 años” “No sabe leer ni escribir”, “Sin estudios”, “Estudios primarios o equivalentes”, “Enseñanza general secundaria 1^a etapa”, “Enseñanza profesional de grado medio”, “Enseñanza general secundaria 2^a etapa”, “Enseñanzas profesionales superiores”, “Estudios universitarios o equivalentes 1^{er} ciclo”, “Estudios universitarios o equivalentes 2^o ciclo”. Las respuestas se codifican según establece la Clasificación Nacional de Educación 2014 (CNED 14-A):

- No sabe leer ni escribir: código 01 CNED 14-A.
- Educación primaria incompleta (asistió menos de 5 años): código 02 CNED 14-A.
- Educación primaria completa (asistió 5 o más años y no llegó al último curso de enseñanza obligatoria): código 10 CNED 14-A.
- Primera etapa de Enseñanza Secundaria, con o sin título (aprobó 2^o de ESO, EGB, Bachillerato elemental): códigos 21, 22, 23 y 24 CNED 14-A.
- Enseñanza de Bachillerato: código 32 CNED 14-A.
- Enseñanzas profesionales de Grado Medio o equivalentes: códigos 33, 34, 35, 38 y 41 CNED 14-A.
- Enseñanzas profesionales de Grado Superior o equivalentes: códigos 51 y 52 CNED 14-A.
- Estudios universitarios o equivalentes: códigos 61, 61, 53, 71, 72, 73, 74 y 81 CNED 14-A.

Al igual que la clase social, el nivel de estudios se agrupó, en este caso, siguiendo el criterio propuesto por la UNESCO en la *International Standard Classification of Education* (2011), en tres grupos: bajo, medio y alto. Se considera **nivel educativo bajo** a personas sin estudios o con estudios primarios, **nivel educativo medio** a

personas de enseñanza secundaria, bachillerato o grado medio; y **nivel educativo alto** a personas con estudios superiores o universitarios.

SOFTWARE UTILIZADO

Para llevar a cabo el análisis de los datos se ha utilizado el *software* estadístico STATA 15.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar, se ha seleccionado la muestra del estudio: la población ocupada. A partir de la variable ocupación (trabajando, en desempleo, jubilado/a, estudiando, incapacitado/a para trabajar, labores del hogar) de los encuestados, se ha generado una nueva variable para diferenciar a la población que se encontraba trabajando en el momento de la entrevista de la que no.

Seguidamente se han generado nuevas variables para la medición de la clase social y del nivel de estudios alcanzado. Se ha recodificado la variable “clase social” en dos categorías: clase social manual y clase social no manual; y la variable “nivel de estudios” se ha recodificado en tres: estudios altos, estudios medios y estudios bajos.

En tercer lugar, se ha calculado, en cada una de las tres encuestas, la prevalencia de las siete enfermedades estudiadas (diabetes, infarto, problemas de piel, colesterol, migraña, tensión alta y enfermedades mentales) y la evolución de la posición socioeconómica de la población (clase social y nivel de estudios). Para garantizar la comparabilidad de los datos de las tres encuestas se ha utilizado el método de estandarización directa, tomando como población de referencia la primera encuesta utilizada (2006). Se ha calculado el intervalo de confianza (IC 95%) de las prevalencias. Se han realizado los análisis de tendencias para conocer la evolución de las prevalencias de las enfermedades estudiadas y de la posición socioeconómica. Todos los análisis se han realizado diferenciados por sexo, clase social y nivel de estudios, y ponderados para corregir los posibles errores de muestreo o las tasas de no respuestas de las ENSE.

RESULTADOS

Como ya se ha expuesto en el apartado anterior, para conocer la influencia de la posición socioeconómica (a partir de los indicadores de clase social y de nivel de estudios alcanzado) en la morbilidad de la población activa en España en el periodo estudiado (2006-2017), y lograr los objetivos de investigación fijados para este TFG, se han analizado los datos de las ENSE de los años 2006, 2011 y 2017. Los resultados obtenidos se exponen a continuación.

Tras el análisis se ha observado un mayor porcentaje de los hombres pertenecientes a la clase social manual respecto de la no manual; el caso de las mujeres es el contrario: el porcentaje de mujeres de clase social no manual es mayor, a excepción del año 2017.

Se han producido aumentos significativos en los niveles de estudios medios y altos tras la crisis económica, especialmente entre las mujeres. El nivel de estudios que más han alcanzado tanto hombres como mujeres es el nivel medio: enseñanza secundaria, bachillerato o grado medio.

Las enfermedades estudiadas que más prevalencia presentan entre la población, tanto entre las mujeres como entre los hombres, son el colesterol y la tensión alta.

Evolución de las características socioeconómicas de la población

Se han observado cambios en las características socioeconómicas de la población trabajadora en el periodo estudiado. Como muestra la TABLA 1.

Descripción de las variables utilizadas estratificadas por sexo (2006, 2011, 2017)., se ha producido un incremento significativo ($p <0,05$) de la población perteneciente a la clase social manual, tanto entre hombres (2006: 51,77% vs. 2017: 56,98%) como entre mujeres (2006: 47,48% vs 2017: 51,55%).

Por otra parte, se observa que se ha producido una mejora en el nivel educativo de la población tras la crisis económica: se produce un aumento de la cantidad de hombres que poseen estudios medios (2006: 48,61% vs. 2017: 51,27%; $p <0,001$) y altos (2006: 21,02% vs. 2017: 37,20%; $p <0,001$), mientras que entre las mujeres aumenta únicamente la cantidad que posee un nivel de estudios altos (2006: 27,58% vs. 2017: 47,14; $p <0,001$). La disminución tras la crisis económica de la cantidad de población con un nivel de estudios bajo también es estadísticamente significativa, tanto entre las mujeres (2006: 25,17% vs. 2017: 8,15%; $p <0,001$) como entre los hombres (2006: 29,87% vs. 2017: 11,53%; $p <0,001$).

Tabla 1.**Descripción de las variables utilizadas estratificadas por sexo (2006, 2011, 2017).**

		2006	2011	2017	P (x2)
MUJERES (%)					
Clase social	Manual	47,48	49,33	51,55	0,0399
	No manual	52,52	50,67	48,45	0,0207
Nivel de estudios	Bajo	25,17	7,42	8,15	<0,001
	Medio	46,58	61,70	44,70	<0,001
	Alto	27,58	30,88	47,14	<0,001
Enfermedades	Diabetes	1,85	2,71	2,44	<0,001
	Infarto	0,30	0,24	0,32	0,2774
	Problemas de piel	6,52	4,88	5,37	<0,001
	Colesterol	10,74	12,65	11,85	0,0019
	Migraña	16,69	12,76	13,48	<0,001
	Tensión alta	11,15	9,86	10,25	0,0160
	Enfermedades mentales	15,23	9,89	12,23	<0,001
HOMBRES (%)					
Clase social	Manual	51,77	54,69	56,98	0,0140
	No manual	48,23	45,31	43,02	0,0015
Nivel de estudios	Bajo	29,87	9,20	11,53	<0,001
	Medio	48,61	68,94	51,27	<0,001
	Alto	21,02	21,86	37,20	<0,001
Enfermedades	Diabetes	2,96	4,26	4,00	<0,001
	Infarto	0,89	0,85	1,20	0,0085
	Problemas de piel	3,96	3,84	4,03	0,5507
	Colesterol	14,69	17,52	16,28	<0,001
	Migraña	5,22	4,55	4,92	0,0504
	Tensión alta	12,35	15,71	15,77	<0,001
	Enfermedades mentales	5,77	4,36	5,17	<0,001

Fuente: elaboración propia.

Clase social manual: Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas, trabajadores/as cualificados/as, semicualificados/as y no cualificados/as. Clase social no manual: Directores/as y gerentes, deportistas, artistas, ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

Nivel de estudios bajo: sin estudios o estudios primarios. Nivel de estudios medio: enseñanza secundaria, bachillerato o grado medio. Nivel de estudios alto: estudios superiores o universitarios.

Prevalencia de enfermedades

Se observa en la TABLA 1.

Descripción de las variables utilizadas estratificadas por sexo (2006, 2011, 2017). un aumento en la prevalencia de las enfermedades estudiadas tras la crisis económica. Los hombres experimentan un aumento significativo ($p<0,05$) de la prevalencia de diabetes (2006: 2,96% vs. 2017: 4,00%), infarto (2006: 0,89% vs. 2017: 1,20%), colesterol (2006: 14,69% vs. 2017: 16,28%) y tensión alta (2006: 12,35% vs. 2017: 15,77%). Por su parte, las mujeres experimentan un aumento significativo ($p<0,05$) en la prevalencia de diabetes (2006: 1,85% vs. 2017: 2,44%), infarto (2006: 0,89% vs. 2017: 1,20%) y colesterol (2006: 10,74% vs. 2017: 11,85%).

Influencia de las características socioeconómicas en la morbilidad

Se ha analizado la prevalencia de las enfermedades estudiadas diferenciada según el sexo de la población y su posición socioeconómica a partir de dos indicadores: la clase social y el nivel de estudios.

La TABLA 2.

Prevalencia de diabetes, infarto, problemas de piel, colesterol, migraña, tensión alta y enfermedades mentales en mujeres en función de su clase social y su nivel de estudios antes, durante y tras la crisis económica de 2008. Datos estandarizados por edad y ponderados. muestra la morbilidad de las mujeres en función de su clase social y de su nivel de estudios. Se observa que, a excepción de los problemas de piel, la prevalencia en el resto de las enfermedades es superior entre las mujeres de clase manual que entre las de clase no manual en los tres años estudiados. Las enfermedades en las que se encuentran mayores diferencias entre la clase social manual y no manual son migraña (manual 2006: 1,59% vs. 2017: 1,37%; no manual 2006: 1,49% vs. 2017: 1%), tensión alta (manual 2006: 1,14% vs. 2017: 0,98%; no manual 2006: 0,87% vs. 2017: 0,56%) y enfermedades mentales (manual 2006: 1,46% vs. 2017: 1,16%; no manual 2006: 1,11% vs. 2017: 0,77%).

Respecto al nivel de estudios, encontramos que las mujeres con niveles educativos más altos son las que experimentan una menor prevalencia de enfermedades durante los tres años estudiados. Aquellas enfermedades en las que se observan mayores diferencias son el colesterol (estudios bajos 2006: 0,68%, 2011: 0,37%, 2017: 0,23%; estudios medios 2006: 0,58%, 2011: 1,26%, 2017: 0,82%; estudios altos 2006: 0,61%, 2011: 0,63%, 2017: 0,64%), la migraña (estudios bajos 2006: 0,88%, 2011: 0,19%, 2017: 0,20%; estudios medios 2006: 1,32%, 2011: 1,29%, 2017: 1,23%; estudios altos 2006: 0,89%, 2011: 0,78%, 2017: 0,92%), y las enfermedades mentales (estudios bajos 2006: 0,91 %, 2011: 0,24%, 2017: 0,28%; estudios medios 2006: 0,97%, 2011: 0,94%, 2017: 1,08%; estudios altos 2006: 0,71%, 2011: 0,49%, 2017: 0,57%).

La TABLA 3.

muestra la morbilidad que sufren los hombres teniendo en cuenta su clase social y su nivel de estudios. Observamos que los hombres de clase social manual presentan mayor prevalencia de diabetes, infarto y migraña en los tres años estudiados que los hombres de clase social no manual, observando mayores

diferencias en el caso de diabetes (manual 2006: 2,07%, 2011: 0,55%, 2017: 0,43%; no manual 2006: 1,53%, 2011: 0,45%, 2017: 0,29%) y migraña (manual 2006: 0,83%, 2011: 0,57%, 2017: 0,64%; no manual 2006: 0,63%, 2011: 0,39%, 2017: 0,389%).

Respecto al nivel de estudios, en el caso de los hombres encontramos el mismo patrón que en las mujeres: aquellos con niveles educativos más altos son los que experimentan menos morbilidad durante los tres años estudiados. Aquellas enfermedades en las que se observan mayores diferencias en la prevalencia en función del nivel de estudios son el colesterol (estudios bajos 2006: 1,32%, 2011: 0,48%, 2017: 0,40%; estudios medios 2006: 1,29%, 2011: 2,32%, 2017: 1,49%; estudios altos 2006: 1,26%, 2011: 1,09%, 2017: 1,16%) y la tensión alta (estudios bajos 2006: 1,48%, 2011: 0,40%, 2017: 0,45%; estudios medios 2006: 1,22%, 2011: 2,02%, 2017: 1,43%; estudios altos 2006: 0,92%, 2011: 0,99%, 2017: 0,88%).

Influencia del género en la morbilidad

La TABLA 2.

Prevalencia de diabetes, infarto, problemas de piel, colesterol, migraña, tensión alta y enfermedades mentales en mujeres en función de su clase social y su nivel de estudios antes, durante y tras la crisis económica de 2008. Datos estandarizados por edad y ponderados. y TABLA 3.

muestran la prevalencia en mujeres y hombres, respectivamente. Encontramos que los hombres presentan mayor prevalencia de diabetes, infarto, colesterol y tensión alta en los tres años observados, en ambas clases sociales (manual y no manual) y en los tres niveles de estudios alcanzados.

Por su parte, las mujeres sufren mayor prevalencia de migraña y de enfermedades mentales en los tres años de estudio, tanto en clase social manual como no manual y para los tres niveles de estudios.

En el caso de los problemas de piel, antes (2006) y durante la crisis económica (2011) presentan una mayor prevalencia los hombres, sin embargo, tras la crisis (2017) lo hacen las mujeres, a excepción de la clase social no manual pues las mujeres presentan mayor prevalencia ya durante la crisis.

Influencia de la crisis económica en la morbilidad

En la TABLA 2.

Prevalencia de diabetes, infarto, problemas de piel, colesterol, migraña, tensión alta y enfermedades mentales en mujeres en función de su clase social y su nivel de estudios antes, durante y tras la crisis económica de 2008. Datos estandarizados por edad y ponderados. encontramos el comportamiento de la prevalencia en las mujeres antes (2006), durante (2011) y tras la crisis económica (2017). La evolución muestra que las mujeres pertenecientes a la clase social manual y aquellas que poseen un nivel de estudios medio son las que sufren aumentos más significativos ($p<0,05$) en su morbilidad.

En el caso de los hombres, la TABLA 3.

también muestra la prevalencia de los hombres antes (2006), durante (2011) y tras la crisis económica (2017). Al igual que en el caso de las mujeres, los hombres que pertenecen a la clase social manual y los que han alcanzado un nivel de estudios medio son los que sufren aumentos más significativos ($p<0,05$) respecto de la morbilidad.

Observando el nivel de estudios se observa un patrón tanto en hombres como en mujeres: durante el periodo previo a la crisis económica (2006) las personas con un nivel de estudios bajo presentan mayor prevalencia, sin embargo, durante (2011) y después de la crisis económica (2017) presentan una mayor prevalencia aquellas que han alcanzado un nivel de estudios medio. En el caso de las mujeres este comportamiento se observa en dos de las enfermedades estudiadas: diabetes (Nivel de estudios medio: Slope 0,00049, p 0,0101) y colesterol (Nivel de estudios medio: Slope 0,00045, p <0,001). Por su parte, en el caso de los hombres se observa en tres de las enfermedades: diabetes (Nivel de estudios medio: Slope 0,00047, p <0,001), colesterol (Nivel de estudios medio: Slope 0,00042, p <0,001) y tensión alta (Nivel de estudios medio: Slope 0,00042, p <0,001).

Tabla 2.

Prevalencia de diabetes, infarto, problemas de piel, colesterol, migraña, tensión alta y enfermedades mentales en mujeres en función de su clase social y su nivel de estudios antes, durante y tras la crisis económica de 2008. Datos estandarizados por edad y ponderados.

			2006 (IC 95%)	2011 (IC 95%)	2017 (IC 95%)	Slope	P (χ^2)
Diabetes	Clase social	Manual	0,19 (0,15-0,24)	0,35 (0,27-0,43)	0,25 (0,20-0,32)	-0,00048	0,0273
		No manual	0,12 (0,09-0,17)	0,16 (0,11-0,22)	0,14 (0,10-0,19)	-0,00049	0,4549
	Nivel de estudios	Bajo	0,22 (0,17-0,30)	0,10 (0,06-0,16)	0,08 (0,05-0,12)	-0,00049	0,0033
		Medio	0,13 (0,08-0,18)	0,30 (0,22-0,38)	0,25 (0,19-0,32)	-0,00049	0,0101
		Alto	0,12 (0,08-0,17)	0,17 (0,11-0,23)	0,11 (0,07-0,16)	-0,00049	0,2139
Infarto	Clase social	Manual	0,04 (0,02-0,07)	0,04 (0,02-0,08)	0,04 (0,02-0,08)	0	1,0000
		No manual	0,03 (0,01-0,06)	0,00 (0,00-0,02)	0,01 (0,00-0,03)	-0,0005	0,0609
	Nivel de estudios	Bajo	0,01 (0,00-0,03)	0,01 (0,00-0,03)	0,00 (0,00-0,01)	-0,0005	0,3163
		Medio	0,01 (0,0-0,03)	0,03 (0,01-0,07)	0,05 (0,03-0,09)	-0,00049	0,1042
		Alto	0,02 (0,01-0,04)	0,00 (0,00-0,02)	0,00 (0,00-0,02)	-0,0005	0,0451
Problemas de piel	Clase social	Manual	0,55 (0,47-0,63)	0,38 (0,31-0,47)	0,42 (0,35-0,50)	-0,00048	0,0601
		No manual	0,57 (0,50-0,66)	0,46 (0,37-0,55)	0,48 (0,41-0,57)	-0,00048	0,2406
	Nivel de estudios	Bajo	0,30 (0,24-0,36)	0,05 (0,03-0,10)	0,07 (0,04-0,11)	-0,00049	<0,001
		Medio	0,43 (0,36-0,50)	0,42 (0,34-0,52)	0,38 (0,32-0,47)	-0,0005	0,5472
		Alto	0,38 (0,32-0,45)	0,36 (0,29-0,45)	0,44 (0,37-0,53)	-0,00047	0,3626
Colesterol	Clase social	Manual	0,04 (0,02-0,07)	0,04 (0,02-0,08)	0,04 (0,02-0,08)	0	1,0000
		No manual	0,03 (0,01-0,06)	0,00 (0,00-0,02)	0,01 (0,00-0,03)	-0,0005	0,0609
	Nivel de estudios	Bajo	0,68 (0,60-0,78)	0,37 (0,29-0,46)	0,23 (0,18-0,29)	-0,00048	<0,001
		Medio	0,58 (0,50-0,66)	1,26 (1,12-1,42)	0,82 (0,72-0,92)	-0,00045	<0,001
		Alto	0,61 (0,54-0,70)	0,63 (0,53-0,74)	0,64 (0,55-0,74)	-0,00042	0,8107

			2006 (IC 95%)	2011 (IC 95%)	2017 (IC 95%)	Slope	P (χ^2)
Migraña	Clase social	Manual	1,59 (1,46-1,72)	1,33 (1,18-1,49)	1,37 (1,24-1,52)	-0,00044	0,1027
		No manual	1,49 (1,37-1,63)	0,91 (0,79-1,05)	1,00 (0,88-1,12)	0	<0,001
	Nivel de estudios	Bajo	0,88 (0,78-0,98)	0,19 (0,14-0,26)	0,20 (0,15-0,26)	-0,00047	<0,001
		Medio	1,32 (1,20-1,44)	1,29 (1,15-1,45)	1,23 (1,11-1,37)	-0,00047	0,5502
		Alto	0,89 (0,80-0,99)	0,78 (0,67-0,90)	0,92 (0,81-1,04)	-0,00045	0,2756
Tensión alta	Clase social	Manual	1,14 (1,03-1,26)	1,06 (0,93-1,20)	0,98 (0,87-1,10)	-0,00046	0,2671
		No manual	0,87 (0,77-0,97)	0,63 (0,53-0,75)	0,56 (0,48-0,65)	-0,00047	0,0059
	Nivel de estudios	Bajo	0,85 (0,75-0,96)	0,31 (0,24-0,40)	0,24 (0,19-0,30)	-0,00047	<0,001
		Medio	0,74 (0,65-0,83)	0,93 (0,81-1,07)	0,87 (0,77-0,99)	-0,00045	0,1491
		Alto	0,42 (0,35-0,49)	0,47 (0,39-0,57)	0,43 (0,36-0,51)	-0,00047	0,5792
Enfermedad mental	Clase social	Manual	1,46 (1,34-1,60)	0,96 (0,83-1,09)	1,16 (1,04-1,29)	-0,00045	0,0014
		No manual	1,11 (1,00-1,23)	0,67 (0,57-0,79)	0,77 (0,68-0,88)	-0,00046	<0,001
	Nivel de estudios	Bajo	0,91 (0,81-1,01)	0,24 (0,18-0,31)	0,28 (0,22-0,35)	-0,00047	<0,001
		Medio	0,97 (0,87-1,07)	0,94 (0,82-1,07)	1,08 (0,96-1,21)	0	0,8126
		Alto	0,71 (0,62-0,80)	0,49 (0,40-0,59)	0,57 (0,49-0,66)	-0,00047	0,0415
CONJUNTO ENFERMEDADES	Clase social	Manual	3,76 (3,57-3,97)	3,49 (3,25-3,74)	2,93 (2,74-3,14)	-0,00037	0,0021
		No manual	3,69 (3,49-3,89)	2,78 (2,57-3,01)	2,41 (2,24-2,60)	-0,00038	<0,001
	Nivel de estudios	Bajo	2,25 (2,09-2,42)	0,68 (0,57-0,80)	0,57 (0,49-0,66)	-0,00044	<0,001
		Medio	2,81 (2,64-2,99)	3,45 (3,21-3,70)	2,68 (2,50-2,88)	-0,00038	0,0016
		Alto	2,40 (2,25-2,57)	2,22 (2,03-2,43)	2,08 (1,92-2,25)	-0,00042	0,1351

Fuente: elaboración propia.

IC 95%: Intervalo de Confianza 95%.

Clase social manual: Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas, trabajadores/as cualificados/as, semicualificados/as y no cualificados/as. Clase social no manual: Directores/as y gerentes, deportistas, artistas, ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

Nivel de estudios bajo: sin estudios o estudios primarios. Nivel de estudios medio: enseñanza secundaria, bachillerato o grado medio. Nivel de estudios alto: estudios superiores o universitarios.

Tabla 3.

Prevalencia de diabetes, infarto, problemas de piel, colesterol, migraña, tensión alta y enfermedades mentales en hombres en función de su clase social y su nivel de estudios antes, durante y tras la crisis económica de 2008. Datos estandarizados por edad y ponderados.

			2006 (IC 95%)	2011 (IC 95%)	2017 (IC 95%)	Slope	P (χ^2)
Diabetes	Clase social	Manual	2,07 (1,87-2,29)	0,55 (0,45-0,67)	0,43 (0,35-0,51)	-0,00044	<0,001
		No manual	1,53 (1,36-1,71)	0,45 (0,36-0,56)	0,29 (0,23-0,36)	-0,00046	<0,001
	Nivel de estudios	Bajo	0,46 (0,38-0,56)	0,14 (0,09-0,21)	0,18 (0,14-0,24)	-0,00048	<0,001
		Medio	0,29 (0,22-0,37)	0,65 (0,54-0,77)	0,36 (0,29-0,44)	-0,00047	<0,001
		Alto	0,14 (0,09-0,20)	0,21 (0,15-0,29)	0,17 (0,12-0,23)	-0,00049	0,2371
Infarto	Clase social	Manual	0,15 (0,11-0,22)	0,10 (0-0,15)	0,10 (0,07-0,15)	-0,00050	0,2289
		No manual	0,15 (0,11-0,22)	0,08 (0,05-0,14)	0,09 (0,06-0,13)	-0,00050	0,1000
	Nivel de estudios	Bajo	0,18 (0,13-0,25)	0,02 (0-0,06)	0,05 (0,03-0,09)	-0,00049	<0,001
		Medio	0,05 (0,02-0,09)	0,12 (0,06-0,18)	0,11 (0,07-0,15)	-0,00049	0,0816
		Alto	0,05 (0,03-0,10)	0,03 (0,01-0,07)	0,03 (0,01-0,06)	-0,00050	0,3905
Problemas de piel	Clase social	Manual	0,54 (0,45-0,64)	0,44 (0,35-0,54)	0,35 (0,28-0,43)	-0,00048	0,0432
		No manual	0,65 (0,55-0,76)	0,42 (0,33-0,52)	0,39 (0,32-0,47)	-0,00048	0,0041
	Nivel de estudios	Bajo	0,30 (0,23-0,38)	0,09 (0,05-0,10)	0,05 (0,03-0,09)	-0,00049	<0,001
		Medio	0,43 (0,35-0,52)	0,47 (0,38-0,58)	0,35 (0,29-0,43)	-0,00048	0,1797
		Alto	0,46 (0,38-0,55)	0,29 (0,22-0,38)	0,33 (0,26-0,41)	-0,00048	0,0364
Colesterol	Clase social	Manual	1,78 (1,62-1,97)	2,10 (1,90-2,31)	1,62 (1,47-1,77)	-0,00042	0,0140
		No manual	2,08 (1,90-2,28)	1,80 (1,62-2,00)	1,44 (1,30-1,59)	-0,00043	<0,001
	Nivel de estudios	Bajo	1,32 (1,17-1,48)	0,48 (0,39-0,59)	0,40 (0,33-0,49)	-0,00046	<0,001
		Medio	1,29 (1,15-1,45)	2,32 (2,11-2,54)	1,49 (1,35-1,64)	-0,00042	<0,001
		Alto	1,26 (1,12-1,41)	1,09 (0,95-1,25)	1,16 (1,03-1,30)	-0,00045	0,2677

			2006 (IC 95%)	2011 (IC 95%)	2017 (IC 95%)	Slope	P (x²)
Migraña	Clase social	Manual	0,83 (0,72-0,95)	0,57 (0,47-0,68)	0,64 (0,54-0,74)	-0,00047	0,0221
		No manual	0,63 (0,54-0,74)	0,39 (0,31-0,49)	0,38 (0,31-0,46)	-0,00048	0,0036
	Nivel de estudios	Bajo	0,48 (0,40-0,58)	0,15 (0,10-0,22)	0,15 (0,10-0,20)	-0,00047	<0,001
		Medio	0,57 (0,49-0,68)	0,51 (0,41-0,61)	0,49 (0,41-0,59)	-0,00049	0,4068
		Alto	0,40 (0,33-0,49)	0,31 (0,24-0,40)	0,37 (0,30-0,46)	-0,00048	0,2811
Tensión alta	Clase social	Manual	1,73 (1,56-1,90)	1,75 (1,57-1,94)	1,56 (1,42-1,72)	-0,00044	0,2561
		No manual	1,88 (1,71-2,07)	1,65 (1,48-1,85)	1,20 (1,08-1,34)	-0,00043	<0,001
	Nivel de estudios	Bajo	1,48 (1,32-1,65)	0,40 (0,31-0,50)	0,45 (0,38-0,54)	-0,00046	<0,001
		Medio	1,22 (1,08-1,37)	2,02 (1,83-2,23)	1,43 (1,29-1,58)	-0,00042	<0,001
		Alto	0,92 (0,80-1,05)	0,99 (0,85-1,14)	0,88 (0,77-1,00)	-0,00046	0,4165
Enfermedad mental	Clase social	Manual	0,70 (0,60-0,82)	0,50 (0,41-0,61)	0,55 (0,47-0,65)	-0,00047	0,0550
		No manual	0,83 (0,72-0,96)	0,41 (0,33-0,51)	0,41 (0,34-0,50)	-0,00047	<0,001
	Nivel de estudios	Bajo	0,47 (0,38-0,57)	0,13 (0,08-0,19)	0,18 (0,13-0,24)	-0,00048	<0,001
		Medio	0,61 (0,51-0,71)	0,58 (0,48-0,70)	0,51 (0,43-0,61)	-0,00048	0,3275
		Alto	0,46 (0,37-0,55)	0,21 (0,15-0,29)	0,27 (0,21-0,34)	-0,00048	0,001
CONJUNTO ENFERMEDADES	Clase social	Manual	4,49 (4,22-4,76)	4,31 (4,03-4,61)	3,35 (3,14-3,58)	-0,00035	<0,001
		No manual	4,71 (4,44-5,00)	3,58 (3,32-3,86)	2,86 (2,67-3,08)	-0,00036	<0,001
	Nivel de estudios	Bajo	3,09 (2,87-3,33)	0,96 (0,82-1,11)	0,87 (0,77-0,99)	-0,00041	<0,001
		Medio	3,35 (3,12-3,59)	4,70 (4,42-5,03)	3,00 (2,80-3,22)	-0,00035	<0,001
		Alto	2,77 (2,56-2,99)	2,26 (2,06-2,48)	2,34 (2,16-2,53)	-0,00040	0,0176

Fuente: elaboración propia.

IC 95%: Intervalo de Confianza 95%

Clase social manual: Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas, trabajadores/as cualificados/as, semicualificados/as y no cualificados/as. Clase social no manual: Directores/as y gerentes, deportistas, artistas, ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.

Nivel de estudios bajo: sin estudios o estudios primarios. Nivel de estudios medio: enseñanza secundaria, bachillerato o grado medio. Nivel de estudios alto: estudios superiores o universitarios.

DISCUSIÓN

PRINCIPALES RESULTADOS

La morbilidad aumentó durante el periodo estudiado, aunque se han encontrado diferencias en la prevalencia de las enfermedades de acuerdo con las características socioeconómicas de la población. Se han encontrado diferencias entre mujeres y hombres al estudiar la morbilidad de la población trabajadora. Las mujeres presentan una mayor prevalencia de migraña y de enfermedades mentales. En el caso de los hombres las enfermedades en las que se ha encontrado mayor prevalencia han sido diabetes, colesterol y tensión alta.

Como se mencionaba en el primer apartado, existe literatura y evidencia científica sobre la existencia de un gradiente social en salud pro-clase social desfavorecida. En este estudio se ha observado que las mujeres de clase social manual presentan mayor prevalencia de migraña, tensión alta y enfermedades mentales. Observando la morbilidad en función del nivel de estudios, las trabajadoras con estudios más bajos presentan mayor morbilidad de colesterol, tensión alta y enfermedades mentales. En el caso de los hombres, los trabajadores manuales han presentado mayor prevalencia de diabetes, colesterol y tensión alta. Atendiendo al nivel de estudios, se observa que presentan mayor prevalencia de colesterol y de tensión alta.

COMPARACIÓN CON OTROS ESTUDIOS

Los resultados obtenidos muestran que la diabetes es la patología que ha experimentado un aumento generalizado en los grupos poblacionales con posiciones socioeconómicas desfavorables (clase social manual y nivel de estudios bajo y medio). Diferentes estudios muestran que existe relación entre la prevalencia de diabetes y las características socioeconómicas de la población. A lo largo de la literatura científica encontramos diversos estudios que muestran la existencia de un gradiente social en la diabetes, por ejemplo, Tang et al. (2003) ya mostraban en 2003 que las personas de estratos sociales y con niveles educativos más bajos sufren mayor prevalencia de diabetes tipo 2. El estudio de Cirera et al. (2016) realizado a la población española muestra un alto riesgo de diabetes para los individuos que se encuentran en posiciones socioeconómicas más bajas. Los resultados obtenidos en este TFG coinciden con los de Safieddine et al. (2020): en su estudio las mujeres trabajadoras manuales, así como con niveles educativos bajos, presentan mayor prevalencia y riesgo de diabetes tipo 2; en el caso de los hombres trabajadores aquellos con estudios bajos son los que presentan mayor prevalencia de la enfermedad. López-González et al. (2015a) también encuentran una mayor prevalencia de diabetes en las clases sociales desfavorecidas en una muestra de población trabajadora de las Islas Baleares. Los hombres presentan mayor prevalencia de diabetes que las mujeres (Tang et al., 2003; Chen et al., 2011; López-González et al., 2015a; Safieddine et al., 2020) para ambos indicadores socioeconómicos analizados. Se puede concluir que existe un gradiente social en el riesgo

y prevalencia de diabetes, pero no que el aumento observado en la prevalencia se deba a los efectos de la crisis económica ya que la diabetes aumenta exponencialmente en todo el mundo desde el siglo pasado, y se espera que lo siga haciendo (Safieddine et al. 2020; Domínguez Alonso, 2013; Chen et al., 2011). Este incremento de la diabetes se asocia al envejecimiento de la población y a los nuevos estilos de vida que provocan riesgos asociados a la diabetes como la obesidad o el sedentarismo (Chen et al., 2011; Espelt et al., 2012).

Se han encontrado diferencias en la prevalencia de infarto en base a la posición socioeconómica. Ambos sexos muestran una prevalencia superior entre las personas de clase social manual y aquellas con estudios medios y bajos, encontrando mayores diferencias entre grupos socioeconómicos en el caso de los hombres. Igland et al. (2014) observan una mayor presencia de infarto en la población noruega con estudios bajos y medios. La diferencia radica en que encuentran más diferencias entre las mujeres de diferentes posiciones socioeconómicas. Los mismos resultados obtienen González-Zobl et al. (2010) en una muestra de población de Girona. Huisman et al. (2008), de nuevo, observan mayor riesgo e incidencia de infarto entre la población trabajadora con niveles educativos bajos. También muestran que las características en las que se desarrolla la actividad laboral tienen un efecto determinante a la hora de sufrir esta enfermedad. En este sentido, un reciente estudio conjunto de la OMS y la OIT (2021) concluye que las largas jornadas de trabajo se asocian con mayor prevalencia y riesgo de cardiopatías. Se podría determinar entonces que el trabajo es un determinante en el riesgo de sufrir un infarto.

Los problemas crónicos de la piel ha sido la única enfermedad de las estudiadas que presentan una prevalencia mayor entre la clase social no manual, tampoco se han encontrado diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres (Campos-Serna et al., 2012). Estos hallazgos han sorprendido pues estudios previos muestran mayor prevalencia entre cocineros, trabajadores de la salud (Dickel et al., 2003), personal de peluquería y personal de limpieza (Kurpiewska et al., 2011), es decir, entre la población trabajadora de clase social manual. Estos datos podrían deberse a que, en un contexto de crisis económica, la población da prioridad a los problemas financieros y laborales, quedando la preocupación por la salud relegada a un segundo plano (Urbanos Garrido & Puig-Junoy, 2014), especialmente respecto a enfermedades como son las de la piel, que no son consideradas graves ni suponen un riesgo inmediato (Martínez García, 2017). Siendo así, podría haberse producido un infradiagnóstico de estas enfermedades que explicarían los resultados obtenidos. No obstante, no se han encontrado estudios en España con los que comparar estos hallazgos.

Los datos obtenidos respecto a la prevalencia del colesterol coinciden con los resultados de López-González et al. (2015a), se ha encontrado que la prevalencia de esta patología es superior en la población de clase social manual. Gullón et al. (2021) encuentran desigualdades entre clases sociales en cuanto a la presencia

de colesterol. Los datos muestran una mayor presencia de colesterol entre los hombres que entre las mujeres (López González et al., 2015a; 2015b; Gullón et al., 2021).

La población ocupada más propensa a la migraña pertenece a la clase social manual y ha alcanzado un nivel de estudios medios o altos. Vicente-Herrero et al. (2019) también encuentran mayor incidencia de migraña entre la población trabajadora europea que ha alcanzado estudios medios o superiores. Fernández de las Peñas et al. (2014) observan un aumento de la prevalencia de migraña en España en la primera década del siglo XXI. En este estudio se ha encontrado un aumento de la prevalencia de migraña tras la crisis económica (2017). Así, parece que la tendencia de la prevalencia de migraña aumenta con el transcurso de los años. Se encuentra mayor prevalencia de migraña entre las mujeres (Moens et al., 2007; Peñas et al., 2010; 2014; Vicente-Herrero et al., 2019) que entre los hombres. Se debe señalar que no se han encontrado estudios que analicen la prevalencia de migraña en la población trabajadora residente en España, la mayoría de los estudios encontrados (Vicente-Herrero et al., 2014; Doane et al., 2020; Irimia et al., 2020) se centran en analizar el coste económico y productivo que supone que la población trabajadora padezca migraña.

De nuevo, se ha encontrado que la prevalencia de tensión alta es superior entre la población de clase social manual, tanto el caso de las mujeres como en el de los hombres. López-González et al. (2015a) encuentran mayor presencia de tensión alta en las clases sociales desfavorecidas en todos los grupos de edad. Gullón et al. (2021) también reportan mayor presencia de tensión alta entre las clases desfavorecidas. La población trabajadora de clase manual y con estudios medios y bajos, normalmente, desarrolla trabajos en condiciones laborales desfavorables y expuesta a altos grados de estrés laboral. Estudios previos (Markovitz et al., 2004; Rengganis et al., 2020) muestran que existe una asociación entre el estrés laboral y la presencia de hipertensión entre la población trabajadora. Este hecho podría explicar las diferencias encontradas en la prevalencia entre grupos sociales. En este sentido, Landsbergis et al. (2003) ya encontraron que los trabajadores de cuello azul padecían más estrés e hipertensión que los de cuello blanco.

La población trabajadora con posiciones socioeconómicas más desfavorecidas presenta mayor prevalencia de enfermedades mentales durante los tres años de estudio. Bacigalupe et al. (2020) confirman en su estudio la existencia de un gradiente social en la salud mental. Arias-de la Torre et al. (2016; 2019) también reportan peor salud mental entre las clases sociales desfavorecidas y las personas con un nivel de estudios bajos. Observan también mayor prevalencia de peor salud mental entre las personas que, además del trabajo remunerado, se encargan también del trabajo doméstico. Reichert & Tauchmann (2017) analizan los efectos que tienen las reducciones de plantilla sobre la salud mental del personal que sí mantiene su puesto y observan que estas prácticas producen inseguridad laboral y afectan negativamente a salud mental, especialmente a la población trabajadora manual y con baja cualificación. No obstante, cabe señalar que otras investigaciones (Sánchez-Recio et al., 2021) muestran que las tasas de estrés en el periodo de estudio

no aumentaron. Este hecho se puede deber a las tasas de satisfacción laboral y al apoyo social y familiar percibido, los cuales son factores protectores de la salud mental y del estrés laboral (Topa-Cantisano & Morales-Domínguez, 2007). En cuanto al género, se ha observado una mayor prevalencia de esta enfermedad entre las mujeres (Arias-de la Torre et al., 2016; 2019; WHO, 2017; Reichert & Tauchmann, 2017; Bacigalupe et al., 2020) que entre los hombres. Diferencias tan significativas entre hombres y mujeres podrían explicarse por la construcción social típica de la masculinidad por la cual los hombres tienden a desatender su salud mental (Courtenay, 2000), este hecho podría estar produciendo un infradiagnóstico de las enfermedades mentales (Bacigalupe et al., 2020) entre los trabajadores.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El estudio realizado para este TFG presenta ciertas limitaciones que deben mencionarse. En primer lugar, hay que señalar las limitaciones de las variables empleadas para la medición de la posición socioeconómica. La clase social medida a través de la ocupación presenta la dificultad de diferenciar entre la profesión y la ocupación, refiriéndose la primera a los conocimientos y competencias que la persona posee y la segunda a las tareas que efectivamente desarrolla en su empleo (SEE, 1995). Por su parte, el nivel de estudios alcanzado por los individuos presenta limitaciones debido a la variabilidad de sistemas educativos y titulaciones (SEE, 1995; Coma et al., 2003). A pesar de ello, se consideran indicadores adecuados y fiables para la medición de la posición socioeconómica y el estudio de las desigualdades sociales en salud, cuya utilización está muy extendida en los estudios de salud (Huisman et al., 2008; González-Zobl et al., 2010; Campos-Serna et al., 2012; Espelt et al., 2012; Igland et al., 2014; López González et al., 2015a; Cirera et al., 2016; Arias-de la Torre et al., 2016; 2019; Bacigalupe et al., 2020; Safieddine et al., 2020; Gullón et al., 2021; Pulido et al., 2021).

En segundo lugar, estudiar el impacto de la crisis económica de 2008 sobre la morbilidad de la población ocupada también presenta limitaciones, ya que se estima que se necesita de un transcurso de entre 10 y 20 años para poder observar los efectos de las crisis sobre poblaciones vulnerables, e incluso, en grupos desfavorecidos, puede que nunca lleguen a observarse todos los efectos derivados de la crisis (Fundación Encuentro, 2012).

Las encuestas de salud pueden presentar ciertos sesgos, como el sesgo del entrevistador, así como influencia de este sobre la persona encuestada, derivada de la “deseabilidad social” (Casas Anguita et al., 2003). A pesar de ello, son herramientas y fuentes de información fiables y muy utilizadas en los estudios de salud (Gómez & López, 2005; Fernández-de-las-Peñas et al., 2010; 2014; Urbanos Garrido & Puig-Junoy, 2014; González Álvarez & Gamero-Burón, 2013; Carmona et al., 2015; Aguilar-Palacio et al., 2018; Arias-de la Torre et al., 2016; 2019; Bacigalupe et al., 2020; Gullón et al., 2021; Sánchez-Recio et al., 2021) por proporcionar información tanto sanitaria como socioeconómica sobre la población residente en España.

Por último, este estudio podría presentar un sesgo de género (Ruiz-Cantero et al., 2007) debido a que no se han tenido en cuenta para el análisis las variables relacionadas con el trabajo reproductivo y de los cuidados que generalmente desarrollan las mujeres, lo cual supone una doble carga de trabajo para ellas.

APLICACIONES PRÁCTICAS

La carga de morbilidad observada entre la población ocupada en España en este estudio pone de manifiesto la necesidad de elaborar políticas de empleo orientadas a la mejora de la salud en el trabajo y a erradicar las desigualdades sociales en salud.

A pesar de la legislación vigente y de las campañas preventivas existentes, la salud de la población trabajadora sigue siendo mejorable. Por ello, es importante que desde las empresas se promuevan buenas prácticas y se aumente la formación, no solo en prevención de riesgos laborales, sino también en la promoción de hábitos saludables como pueden ser campañas antidroga, antitabaco o de detección de enfermedades. Por otro lado, se debe tener en cuenta la *recovery experience*, que es el proceso de relajación y recuperación tras la exposición a factores estresores en el trabajo (Sanz-Vergel et al., 2010), lo que en España se conoce como la desconexión del trabajo. Para lograr esa recuperación, se debe garantizar el tiempo de descanso necesario (interjornada, fines de semana y vacaciones) y la desconexión durante el tiempo libre. Con los recientes avances tecnológicos, esas líneas temporales se diluyen y la población trabajadora termina dedicando más tiempo al trabajo que a su vida personal. Por ello, es importante adoptar medidas que garanticen el descanso mínimo necesario y la desconexión digital, por ejemplo, mediante la reducción de la jornada laboral a cuatro días, una medida ahora en análisis.

Los resultados obtenidos confirman que, debido a las diferencias biológicas y las desigualdades de género, la salud de mujeres y hombres, así como sus manifestaciones, es diferente. Es por ello que las empresas, independientemente de su tamaño, deberían adoptar una política en prevención de riesgos laborales incluyendo la perspectiva de género. Las diferencias en la enfermedad así como en sus manifestaciones y sintomatología es un asunto sobre el que se debería formar tanto desde las empresas como desde el sector público, algo que beneficia tanto a hombres como a mujeres. Además del factor biológico, afecta también el social. En los últimos años ha aumentado el interés y la preocupación por promover una corresponsabilidad en los cuidados, pero este reparto es todavía desigual y recae mayoritariamente sobre las mujeres. Es urgente elaborar políticas de empleo y pedagogía que garanticen la corresponsabilidad, así como facilitar desde la esfera pública la atención a la dependencia para terminar con la doble jornada laboral que, normalmente, recae sobre las mujeres trabajadoras.

Así pues, la salud debería adquirir mayor protagonismo en las políticas públicas de empleo. Es preciso ampliar el presupuesto y los recursos públicos en materia sanitaria y social para erradicar las desigualdades sociales en salud que existen en España. No obstante, como propone la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España (2015), las políticas adoptadas por los gobiernos no deben basarse únicamente en el ámbito sanitario, sino que debe existir una acción política intersectorial. Se debería intervenir más en los estadios previos de la enfermedad y en los determinantes de las desigualdades en salud

como las desigualdades en el nivel de renta, el acceso a la vivienda o una alimentación y educación adecuada en salud.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este estudio muestran que la estructura de la sociedad en España ha sufrido cambios durante el periodo estudiado. La población trabajadora perteneciente a la clase social manual ha aumentado ligeramente tras la crisis económica, a la vez que el nivel educativo ha mejorado pues se ha producido un gran aumento de la población que posee estudios medios y altos. Este hecho podría deberse a las altas tasas de desempleo que trajo consigo la crisis: la población, al perder el empleo, podría haber dedicado ese tiempo libre a mejorar su formación.

Gracias al análisis de las características socioeconómicas se ha encontrado que existen desigualdades sociales en la morbilidad de la población trabajadora en España. Se observa la existencia de un gradiente social pro-clase social desfavorecida en la prevalencia de las enfermedades analizadas en este estudio, el cual se acentúa con el impacto que tuvo la crisis económica de 2008. Al presentar la población de clase social manual peores indicadores de salud, se pone de manifiesto que las condiciones laborales y el tipo de trabajo influyen en la morbilidad.

Las diferencias biológicas y las desigualdades de género provocan que la salud de mujeres y hombres, así como su manera de enfermar, sea diferente. Mientras que las trabajadoras presentan mayor prevalencia de problemas de piel, migraña y enfermedades mentales, los trabajadores sufren mayor prevalencia de diabetes, colesterol y tensión alta.

Se observa un efecto procíclico de la crisis económica de 2008 sobre la salud. En general, la prevalencia de las enfermedades estudiadas disminuyó durante la crisis. No obstante, la morbilidad sufrió un repunte en el periodo post crisis (2017).

Tanto las encuestas de salud como las variables utilizadas en este estudio para la medición de la posición socioeconómica son instrumentos precisos en el análisis de las desigualdades socioeconómicas en la morbilidad de la población trabajadora, ya que permiten proponer líneas de actuación para la mejora de su salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Abásolo, I., Negrín, M. A., & Pinilla, J. (2014). Utilisation and Waiting Times: Two Inseparable Aspects of the Analysis of Equity. *Revista Hacienda Pública Española*, 208(1), 11-38. <https://doi.org/10.7866/HPE-RPE.14.1.1>
- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., Sánchez-Recio, R., Alonso, J. P., & Rabanaque, M. J. (2018). Recession, employment and self-rated health: A study on the gender gap. *Public Health*, 154, 44-50. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.10.013>
- Arias-de la Torre, J., Artazcoz, L., Molina, A. J., Fernández-Villa, T., & Martín, V. (2016). Inequalities in mental health in the working population of Spain: A National Health Survey-based study. *Gaceta Sanitaria*, 30(5), 339-344. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.02.011>
- Arias-de la Torre, J., Molina, A. J., Fernández-Villa, T., Artazcoz, L., & Martín, V. (2019). Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 33(3), 235-241. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.005>
- Artazcoz, L. (2002). Salud y Género. *Documentación Social*, 127, 181-206.
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V., & Cortès, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.2), 24-35. <https://doi.org/10.1157/13061992>
- Bárcena-Martín, E., & Moro-Egido, A. I. (2013). MOVILIDAD DE LOS INGRESOS EN ESPAÑA: EL EFECTO DE LA CRISIS. *Papeles de Economía Española*, 135, 202-215.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61-67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Borrell, C., & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: Retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82(3), 245-249. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272008000300001>
- Burton, J., & World Health Organization (WHO). (2010). *WHO Healthy Workplace Framework and Model: Background and Supporting Literature and Practices*. https://www.who.int/occupational_health/healthy_workplace_framework.pdf
- Campos-Serna, J., Ronda-Pérez, E., Artazcoz, L., & Benavides, F. G. (2012). Desigualdades de género en salud laboral en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 343-351. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.025>
- Carme Borrell, María del Mar García-Calvente, & José Vicente Martí-Boscà. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 2-6.

Carmona, M., Congregado, E., & Golpe, A. A. (2015). *Satisfacción laboral, estado de salud, decisión de ocupación y la decisión de jubilación*. International Conference on Regional Science: Innovation and geographical spillovers: new approaches and evidence.

<https://old.reunionesdeestudiosregionales.org/Reus2015/htdocs/pdf/p1450.pdf>

Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores. *Diario Oficial de la Unión Europea*, (2012/C 326/02), de 3 de julio de 1990. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=LEGISSUM:c10107&from=ES>

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. *Diario Oficial de la Unión Europea*, (2012/C 326/02), de 26 de octubre de 2012.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:12012P/TXT>

Casas Anguita, J., Repullo Labrador, J. R., & Donado Campos, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). *Atención Primaria*, 31(9), 592-600. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13048140>

Chen, L., Magliano, D. J., & Zimmet, P. Z. (2012). The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus—Present and future perspectives. *Nature Reviews Endocrinology*, 8(4), 228-236.

<https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.183>

Cirera, L., Huerta, J. M., Chirlaque, M. D., Molina-Montes, E., Altzibar, J. M., Ardanaz, E., Gavrilà, D., Colorado-Yohar, S., Barricarte, A., & Arriola, L. (2016). Life-course social position, obesity and diabetes risk in the EPIC-Spain Cohort. *European Journal of Public Health*, 26(3), 439-445.

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv218>

Colman, G. J., & Dave, D. M. (2013). EXERCISE, PHYSICAL ACTIVITY, AND EXERTION OVER THE BUSINESS CYCLE. *Social Science & Medicine*, 93, 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.05.032>

Coma, A., Martí, M., & Fernández, E. (2003). Educación y clase social basada en la ocupación: Su interrelación como indicadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud. *Atención Primaria*, 32(4), 208-215.

[https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79254-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79254-3)

Comisión Europea. (2021). *COMUNICACIÓN DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO, AL CONSEJO, AL COMITÉ ECONÓMICO Y SOCIAL EUROPEO Y AL COMITÉ DE LAS REGIONES. Marco estratégico de la UE en materia de salud y seguridad en el trabajo 2021-2027. La seguridad y la salud en el trabajo en un mundo laboral en constante transformación.* <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021DC0323&from=EN>

Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reduir_Desigualdades.pdf

Constitución de la OIT. *Boletín Oficial de la Organización Internacional del Trabajo*, 1919.
https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=1000:62:0::NO::P62_LIST_ENTRIE_ID,P62_LANG_CODE:245_3907,es:NO

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine*, 50, 1385-1401.

Decreto de 21 de agosto de 1956 por el que se organizan los Servicios Médicos de Empresa. *Boletín Oficial del Estado*, 287, de 13 de octubre de 1956. <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1956/287/A06497-06498.pdf>

de Montserrat i Nonó, J., Molinero Ruiz, E., Nájera Chico, J., Ros Pueyo, A., & Tvrdy Moix, J. (2015). Impacto de la crisis económica en las condiciones de trabajo y la salud laboral. *Oikonomics*, 4, 6-15.
<https://doi.org/10.7238/o.n4.1512>

Dickel, H., Bruckner, T. M., Diepgen, T. L., & Schmidt, A. (2003). Impact of Atopic Skin Diathesis on Occupational Skin Disease Incidence in a Working Population. *Journal of Investigative Dermatology*, 121(1), 37-40. <https://doi.org/10.1046/j.1523-1747.2003.12323.x>

Directiva del Consejo 89/391/CEE, de 12 de junio de 1989, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo (DOCE L 183, de 29 de junio de 1989). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31989L0391&from=ES>

Doane, M. J., Gupta, S., Fang, J., Laflamme, A. K., & Vo, P. (2020). The Humanistic and Economic Burden of Migraine in Europe: A Cross-Sectional Survey in Five Countries. *Neurology and Therapy*, 9(2), 535-549.
<https://doi.org/10.1007/s40120-020-00196-2>

Domínguez Alonso, E. (2013). Desigualdades sociales y diabetes mellitus. *Revista Cubana de Endocrinología*, 24(2), 200-213. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532013000200009&lng=es&tlng=en

Domingo Salvany, A. & Marcos Alonso, J. (1989). Propuesta de un indicador de la «clase social» basado en la ocupación. *Gaceta Sanitaria*, 3(10), 320-326. [https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(89\)70948-1](https://doi.org/doi:https://doi.org/10.1016/S0213-9111(89)70948-1)

Espelt, A., Kunst, A. E., Palencia, L., Gnavi, R., & Borrell, C. (2012). Twenty years of socio-economic inequalities in type 2 diabetes mellitus prevalence in Spain, 1987-2006. *The European Journal of Public Health*, 22(6), 765-771. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr158>

Fernández-de-las-Peñas, C., Hernández-Barrera, V., Carrasco-Garrido, P., Alonso-Blanco, C., Palacios-Ceña, D., Jiménez-Sánchez, S., & Jiménez-García, R. (2010). Population-based study of migraine in Spanish adults: Relation to socio-demographic factors, lifestyle and co-morbidity with other conditions. *The Journal of Headache and Pain*, 11(2), 97-104. <https://doi.org/10.1007/s10194-009-0176-5>

Fernández-de-las-Peñas, C., Palacios-Ceña, D., Salom-Moreno, J., López-de-Andres, A., Hernández-Barrera, V., Jiménez-Trujillo, I., Jiménez-García, R., Gallardo-Pino, C., García-Gómez-de-las-Heras, M. S., & Carrasco-Garrido, P. (2014). Has the Prevalence of Migraine Changed over the Last Decade (2003–2012)? A Spanish Population-Based Survey. *PLoS ONE*, 9(10), e110530. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0110530>

Fernández-Muñiz, B., Montes-Peón, J. M., & Vázquez-Ordás, C. J. (2018). Occupational accidents and the economic cycle in Spain 1994–2014. *Safety Science*, 106, 273-284. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2016.02.029>

Fundación Encuentro. (2012). *Informe España 2012 una interpretación de su realidad social*. https://www.fund-encuentro.org/informe_espana/indiceinforme.php?id=IE19

Gómez, M. G., & López, R. C. (2005). SALUD PERCIBIDA POR LA POBLACIÓN TRABAJADORA. *Medicina y seguridad del trabajo*, 201(51), 5-17. https://repisalud.isciii.es/bitstream/handle/20.500.12105/11457/Saludpercibidaporla_2005.pdf?sequence=1&isAllowed=y

González Álvarez, M. L., & Gamero-Burón, C. (2013). Coste de las visitas médicas y urgencias asociadas al estrés laboral en España. *Estudios de Economía Aplicada*, 31(2), 417-444. <https://doi.org/10.25115/eea.v31i2.3334>

González Gómez, M. F. (2011). Salud laboral y género: Apuntes para la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la prevención de riesgos laborales. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(Supl 1), 89-114. <https://doi.org/10.4321/S0465-546X2011000500007>

González-Zobl, G., Grau, M., Muñoz, M. A., Martí, R., Sanz, H., Sala, J., Masiá, R., Rohlf, I., Ramos, R., Marrugat, J., & Elosua, R. (2010). Posición socioeconómica e infarto agudo de miocardio. Estudio caso-control de base poblacional. *Revista Española de Cardiología*, 63(9), 1045-1053. [https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(10\)70226-8](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(10)70226-8)

Gullón, P., Díez, J., Cainzos-Achirica, M., Franco, M., & Bilal, U. (2021). Social inequities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain. *Gaceta Sanitaria*, 35(4), 326-332.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.014>

Huisman, M., Van Lenthe, F., Avendano, M., & Mackenbach, J. (2008). The contribution of job characteristics to socioeconomic inequalities in incidence of myocardial infarction. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2240-2252. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.049>

Igland, J., Vollset, S. E., Nygård, O. K., Sulo, G., Ebbing, M., & Tell, G. S. (2014). Educational Inequalities in Acute Myocardial Infarction Incidence in Norway: A Nationwide Cohort Study. *PLoS ONE*, 9(9), e106898. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0106898>

Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta de Población Activa. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=resultado&secc=1254736195129&idp=1254735976595

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Declaración de Luxemburgo. <https://www.insst.es/declaracion-luxemburgo>

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo 6ª EWCS – España (2015) <https://www.insst.es/documents/94886/96082/Encuesta+Nacional+de+Condiciones+de+Trabajo+6%C2%AA+EWCS/abd69b73-23ed-4c7f-bf8f-6b46f1998b45>

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Red Europea de Promoción de la Salud en el Trabajo. <https://www.insst.es/-/red-europea-de-promocion-de-la-salud-en-el-trabajo>

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Red Española de Empresas Saludables. <https://www.insst.es/red-espanola-de-empresas-saludables>

Irimia, P., Garrido-Cumbrera, M., Santos-Lasaosa, S., Braçe, O., Colomina, I., Blanch, C., & Pozo-Rosich, P. (2020). Estimating the savings associated with a migraine-free life: Results from the Spanish Atlas. *European Journal of Neurology*, 27(12), 2616-2624. <https://doi.org/10.1111/ene.14431>

Kurpiewska, J., Liwkowicz, J., Benczek, K., & Padlewska, K. (2011). A Survey of Work-Related Skin Diseases in Different Occupations in Poland. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 17(2), 207-214. <https://doi.org/10.1080/10803548.2011.11076880>

Landsbergis, P. A., Schnall, P. L., Pickering, T. G., Warren, K., & Schwartz, J. E. (2003). Lower socioeconomic status among men in relation to the association between job strain and blood pressure. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 29(3), 206-215. <https://doi.org/10.5271/sjweh.723>

Leschke, J., & Jepsen, M. (2012). Introducción: Crisis, políticas para afrontarla y desigualdad en la UE. *Revista Internacional Del Trabajo*, 131(4), 315-341. <https://doi.org/10.1111/j.1564-9148.2012.00151.x>

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*, 269, de 10 de noviembre de 1995. <https://www.boe.es/eli/es/l/1995/11/08/31/con>

Ley de 30 de enero de 1900 acerca de los accidentes de trabajo. *Gaceta de Madrid*, 31, 363 a 364, de 31 de enero de 1900. <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1900/031/A00363-00364.pdf>

López-Casasnovas, G. (2014). La crisis económica española y sus consecuencias sobre el gasto social. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 18-23. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.020>

López González, Á. A., Bennasar-Veny, M., Tauler, P., Aguiló, A., Tomàs-Salvà, M., & Yáñez, A. (2015a). Desigualdades socioeconómicas y diferencias según sexo y edad en los factores de riesgo cardiovascular. *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 27-36. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.004>

López González, Á. A., Rivero Ledo, Y. I., Vicente Herrero, M. T., Gil Llinás, M., Tomás Salvá, M., & Riutord Fe, B. (2015b). Índices aterogénicos en trabajadores de diferentes sectores laborales del área mediterránea española. *Clínica e Investigación en Arteriosclerosis*, 27(3), 118-128. <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2014.10.004>

Markovitz, J. H., Matthews, K. A., Whaley, M., Lewis, C. E., & Greenlund, K. J. (2004). Increases in Job Strain Are Associated With Incident Hypertension in the CARDIA Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 28(1), 4-9. https://doi.org/10.1207/s15324796abm2801_2

Martínez García, E. (2017). La enfermedad dermatológica en urgencias y su importante impacto sobre la calidad de vida de los pacientes. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 108(10), 892. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.08.004>

Ministerio de Trabajo y Economía Social (MITES). Estadísticas. Condiciones de Trabajo y Relaciones Laborales. https://www.mites.gob.es/es/estadisticas/condiciones_trabajo_relac_laborales/index.htm

Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Metodología detallada. Encuesta Nacional de Salud 2006. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/metodEN_S2006.pdf

Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Metodología. Encuesta Nacional de Salud 2011. https://www.mscbs.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2011/MetodologiaENSE2011_12.pdf

Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Metodología. Encuesta Nacional de Salud 2017.

https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_Metodologia.pdf

OMS. (2018, septiembre 25). *Salud de la mujer.* <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/women-s-health>

Orden de 9 de marzo de 1971 por la que se aprueba el Plan de Higiene y Seguridad del Trabajo. *Boletín Oficial del Estado*, 60, 4017 a 4019, de 11 de marzo de 1971.
<https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE/1900/031/A00363-00364.pdf>

Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2019). *Seguridad y salud. En el centro del futuro del trabajo: Aprovechar 100 años de experiencia.* https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_686762.pdf

Pega, F., Náfrádi, B., Momen, N. C., Ujita, Y., Streicher, K. N., Prüss-Üstün, A. M., Descatha, A., Driscoll, T., Fischer, F. M., Godderis, L., Kiiver, H. M., Li, J., Magnusson Hanson, L. L., Rugulies, R., Sørensen, K., & Woodruff, T. J. (2021). Global, regional, and national burdens of ischemic heart disease and stroke attributable to exposure to long working hours for 194 countries, 2000–2016: A systematic analysis from the WHO/ILO Joint Estimates of the Work-related Burden of Disease and Injury. *Environment International*, 154, 106595. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106595>

Pérez, G., Rodríguez-Sanz, M., Domínguez-Berjón, F., Cabeza, E., & Borrell, C. (2014). Indicadores para monitorizar la evolución de la crisis económica y sus efectos en la salud y en las desigualdades en salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 124-131. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.03.009>

Pulido, J., Hoyos, J., Martínez-Ruiz, V., Sordo, L., Fernández-Navarro, P., Barrio, G., & Regidor, E. (2021). Long-term impact of the 2008 economic crisis in Spain on road traffic collisions mortality by socioeconomic position. *Health & Place*, 71, 102666. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102666>

Real Decreto Legislativo 2/2015, de 23 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. *Boletín Oficial del Estado*, de 24 de octubre de 2015.

Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. *Boletín Oficial del Estado*, 36, de 11 de febrero de 2012. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/02/10/3>

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. *Boletín Oficial del Estado*, 98, de 24 de abril de 2012. <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16/con>

Reichert, A. R., & Tauchmann, H. (2017). Workforce reduction, subjective job insecurity, and mental health. *Journal of Economic Behavior & Organization*, 133, 187-212.

<https://doi.org/10.1016/j.jebo.2016.10.018>

Rengganis, A. D., Rakhimullah, A. B., & Garna, H. (2020). The Correlation between Work Stress and Hypertension among Industrial Workers: A Cross-sectional Study. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 441. <https://doi.org/10.1088/1755-1315/441/1/012159>

Rohlf, I., Borrell, C., Anitua, C., Artazcoz, L., Colomer, C., Escribá, V., García-Calvente, M., Llacer, A., Mazarrasa, L., Pasarín, M. I., Peiró, R., & Valls-Llobet, C. (2000). La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gaceta Sanitaria*, 14(2), 146-155. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(00\)71448-8](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(00)71448-8)

Ruhm, C. (2000). Are Recessions Good For Your Health? *Quarterly Journal of Economics*, 115(2), 617-650.

Ruiz-Cantero, M. T., Vives-Cases, C., Artazcoz, L., Delgado, A., Garcia Calvente, M. d. M., Miqueo, C., Montero, I., Ortiz, R., Ronda, E., Ruiz, I., & Valls, C. (2007). A framework to analyse gender bias in epidemiological research. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(Supplement 2), ii46-ii53. <https://doi.org/10.1136/jech.2007.062034>

Safieddine, B., Sperlich, S., Beller, J., Lange, K., Epping, J., Tetzlaff, J., Tetzlaff, F., & Geyer, S. (2020). Socioeconomic inequalities in type 2 diabetes in employed individuals, nonworking spouses and pensioners. *SSM - Population Health*, 11, 100596. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100596>

Sánchez-Recio, R., García-Ael, C., & Topa, G. (2021). Investigating the Relationship between Stress and Self-Rated Health during the Financial Crisis and Recession in 2008: The Mediating Role of Job Satisfaction and Social Support in Spain. *Journal of Clinical Medicine*, 10(7). <https://doi.org/10.3390/jcm10071463>

Sanz-Vergel, A. I., Sebastián, J., Rodríguez-Muñoz, A., Garrosa, E., & Moreno-Jiménez, B. (2010). Adaptación del «Cuestionario de Experiencias de Recuperación» a una muestra española. *Psicothema*, 22(4), 990-996.

Segura Benedicto, A. (2014). Recortes, austeridad y salud. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 7-11. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.009>

Siegrist, Johannes. (2010). *HACIA LA EQUIDAD EN SALUD: MONITORIZACIÓN DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y REDUCCIÓN DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD* (pp. 41-45). Ministerio de Sanidad y Política Social.

Sociedad Española de Epidemiología (SEE). (1995). *La Medición de la Clase Social en Ciencias de la Salud. Informe del Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología*.

<https://www.seepidemiologia.es/documents/dummy/LA%20MEDICION%20DE%20LA%20CLASE%20SOCIAL-4.pdf>

Solar, O., & Irwin, A. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and practice)*. World Health Organization.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44489/1/9789241500852_eng.pdf

Tang, M., Chen, Y., & Krewski, D. (2003). Gender-related differences in the association between socioeconomic status and self-reported diabetes. *International Journal of Epidemiology*, 32(3), 381-385.
<https://doi.org/10.1093/ije/dyg075>

Topa-Cantisano, G., & Morales-Domínguez, J. F. (2007). Burnout e identificación con el grupo: El papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 337-348.

Tomasina, F. (2012). Los problemas en el mundo del trabajo y su impacto en salud. Crisis financiera actual. *Revista de Salud Pública*, 14(1), 56-67. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642012000700006>

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO). (2012). *International standard classification of education: ISCED 2011*. UNESCO Institute for Statistics.
<http://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/international-standard-classification-of-education-isced-2011-en.pdf>

Urbanos Garrido, R., & Puig-Junoy, J. (2014). Políticas de austeridad y cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 81-88.

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.013>

Vicente-Herrero, M. T., Terradillos García, M. J., Ramírez Iñiguez de la Torre, M. V., Aguilar Jiménez, E., Capdevila García, L., & López-González, Á. A. (2014). El coste de la incapacidad temporal por cefaleas en España. *Neurología Argentina*, 6(4), 199-206. <https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2014.05.003>

Vicente-Herrero, M. T., Ruiz de la Torre, E., & Reinoso Barbero, L. (2019). Trabajo y migraña. Encuesta europea. *Medicina Balear*, 34(3), 30-37. <https://doi.org/10.3306/MEDICINABALEAR.34.03.30>

Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2006). *Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población- Parte 1* (Estudios sobre los determinantes sociales y económicos de la salud de la población, nº 2). Oficina Regional de la OMS para Europa.

<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/concepDesigual.pdf>

World Health Organization (WHO). (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders. Global Health Estimates*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/W?sequence=1>

Yanes, L. (2003). El trabajo como determinante de la salud. *Salud de los trabajadores*, 11(1), 21-42.