

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

# Cambios en los hábitos saludables de los españoles por la crisis de 2008

---

## Changes in healthy habits of the spanish population by the 2008's crisis

Autora: Laura Trujillo Gómez

Tutora: María Gracia Rodríguez Brito

Trabajo de fin de grado

Grado en ECONOMÍA

Facultad de ECONOMÍA, EMPRESA Y TURISMO

Curso académico 2017/2018

La Laguna, a 1 de Septiembre de 2018

## **RESUMEN**

En esta memoria se presenta el análisis de la evolución de la conducta de los consumidores españoles en aspectos de salud durante la crisis vivida desde 2008 en España. Se incluye también el cambio de hábitos en la alimentación y qué nuevas alternativas han surgido a raíz de esta crisis. El objetivo es comprobar cómo los hábitos saludables se han visto perjudicados y en qué medida. Para ello, se han empleado datos económicos que reflejan las circunstancias de la población española, extraídos de diversas fuentes estadísticas.

Se constata un aumento en el número de personas con problemas emocionales y de conducta ligados con el desempleo, mayor consumo puntual de alcohol y tabaco, en respuesta a la ansiedad, sobre todo en los hombres y, en general, peores hábitos saludables en comparación con los años previos a la crisis.

Palabras clave: salud, crisis económica, alimentación, desempleo.

## **ABSTRACT**

This report presents the analysis of the evolution of the behavior of Spanish consumers in health aspects during the crisis experienced since 2008 in Spain. It also includes the change of eating habits and what new alternatives have emerged as a result of this crisis. The objective is to verify how healthy habits have been harmed and to what extent. To do this, data from various scientific articles and the National Institute of Statistics have been used.

It can be concluded that there is an increase in the number of people with emotional and behavioral problems linked to unemployment, increased punctual consumption of alcohol and tobacco, in response to anxiety, especially in men and, in general, worse healthy habits compared to the years before the crisis.

Keywords: health, economic crisis, feeding, unemployment.

## Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>5</b>
<b>2. Efectos de la crisis en la población española</b>	<b>5</b>
<b>3. Cambios en el bienestar de la población española</b>	<b>9</b>
3.1 Cambios en la salud mental	9
3.2 Cambios en los hábitos de alimentación	16
3.3 Cambios en la salud física	18
<b>4. Gasto público en sanidad en España</b>	<b>23</b>
<b>5. Alternativas de consumo</b>	<b>25</b>
5.1 Marcas blancas. El caso de Mercadona	25
5.2 Medicamentos genéricos	26
<b>6. Conclusiones</b>	<b>27</b>
<b>7. Bibliografía</b>	<b>28</b>

## Índice de Gráficos

Gráfico 1. Desempleo entre los que acceden al mercado de trabajo (porcentaje). (2010)	6
Gráfico 2. Tasa de riesgo de pobreza según la actividad (porcentaje). (2017)	7
Gráfico 3. Tasas de actividad por sexo y grupo de edad. De 20 a 24 años. (2010-2017)	8
Gráfico 4. Tasas de actividad por sexo y grupo de edad. De 40 a 44 años. (2010-2017)	8
Gráfico 5. Variación de trastornos psicológicos entre 2006 y 2010 en España (porcentaje). (2006-2010)	10
Gráfico 6. Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año y sexo (unidad). (2007-2013)	12
Gráfico 7. Número de ocupados que declaran buscar otro empleo por inseguridad en su empleo actual (miles de personas). (2007-2010)	13
Gráfico 8. Porcentaje de consumo de una a cuatro porciones de fruta y verdura diaria y de sobrepeso por sexo (porcentajes). (2015)	16
Gráfico 9. Porcentajes de consumo de alcohol semanalmente y de fumadores diarios, por sexo (porcentajes). (2015)	19
Gráfico 10. Gasto sanitario público en España (millones de euros). (2009-2013)	22

## Índice de tablas

Tabla 1. Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año y sexo (unidad). (2007-2013)	11
Tabla 2. Ocupados que han declarado buscar otro empleo por razón de búsqueda (miles de personas). (2007-2017)	13
Tabla 3. Consumo de bebidas alcohólicas según sexo y relación con la actividad económica actual (miles de personas) (2018)	18
Tabla 4. Personas de 14 a 64 años que sufren una enfermedad por relación con la actividad (porcentajes). (2015)	21
Tabla 5. Gasto sanitario público en España (millones de euros) (2009-2013)	23

## **1. Introducción**

La economía española a raíz de la crisis de 2008 ha sufrido muchos cambios que se han visto reflejados en la conducta de los consumidores. La alta tasa de desempleo y la inestabilidad laboral, a raíz de la crisis, han originado una reducción drástica del poder adquisitivo obligando a buscar nuevas estrategias en el consumo de bienes y servicios y ha provocado efectos en la salud y el bienestar de los consumidores.

Consideramos interesante el estudio de este enfoque de la crisis, del que no se ha tenido tanta información, dado que los aspectos relacionados con la salud y el bienestar de las personas, incluyendo la alimentación, son prioritarios en la vida de cualquier ser humano.

El objetivo de este trabajo es evaluar como los efectos de la recesión afectaron a la salud de los consumidores y a sus hábitos de consumo saludables. Este estudio se apoya en datos económicos que reflejan las circunstancias de la población española.

La metodología utilizada para la realización de este trabajo de fin de grado ha sido la recopilación de artículos científicos y estadísticos que muestran cómo ha cambiado el bienestar de los españoles como consecuencia de la crisis económica de 2008 y aunar las cuestiones más relevantes.

La estructura organizativa de este trabajo comienza detallando aspectos generales de la crisis económica y cómo ha afectado el desempleo y la inseguridad laboral a la salud mental de las personas, continuando con un análisis de la crisis en el sector servicios.

Los aspectos sobre la alimentación y su relación con la economía se estudiarán a continuación, así como sobre la sanidad en general y la evolución del gasto público sanitario con la crisis. Además, se llevará a cabo un pequeño análisis sobre nuevas alternativas económicas, marcas blancas y medicamentos genéricos, finalizarán este bloque.

Por último, se presentan las conclusiones principales de este trabajo. Así, se muestra que un gran porcentaje de la población tuvo que cambiar sus condiciones de vida como consecuencia del gran impacto que tuvo el desempleo y cómo esto afectó tanto a la salud física como mental de los españoles.

## **2. Efectos de la crisis económica en la población española.**

En 2006 estalla en Estados Unidos la burbuja inmobiliaria que derivó en una crisis extremadamente grave. Afectó a nivel internacional y se extendió a todos los sectores de la economía. En 2008, Europa entra en una fuerte recesión, lo que supuso un fuerte impacto para el empleo, aumentando el desempleo y produciéndose un empeoramiento en las condiciones laborales y sociales. La precariedad afectó en mayor medida a la clase media y baja. Al estallido de la burbuja inmobiliaria se le suman diversos factores que agravaron la situación y la crisis,

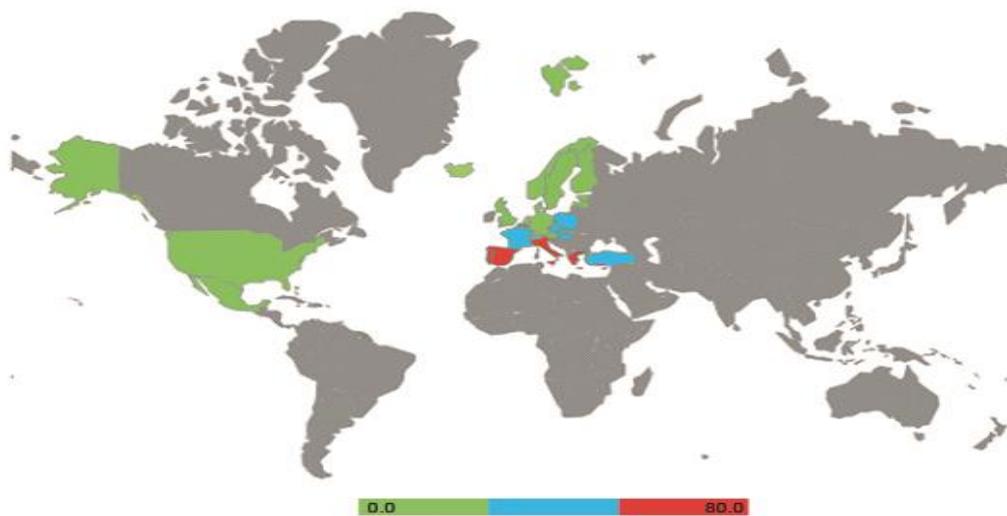
como elevados déficits públicos, disminución de los créditos otorgados por parte de los bancos, endeudamiento de las familias, inflación y la corrupción de los políticos.

Todas estas circunstancias hicieron que el valor de las viviendas cayera en picado, además agravado por el hecho de que anteriormente a la crisis, los precios estaban “inflados”. Esta situación, junto con el desempleo, hizo que se incrementaran los desahucios, alcanzando la cifra de seiscientos mil personas desahuciadas durante los primeros años de la crisis.

La tasa de paro aumentó a un ritmo vertiginoso y a medida que los efectos de la crisis fueron afectando a las empresas, éstas se vieron obligadas a reducir los costes laborales, despedir a sus empleados, reducir sus horas de trabajo o sus salarios. Las empresas empezaron a recurrir a la contratación externa o temporal en mayor medida, así del total de asalariados que registra España en la actualidad, el 25% se corresponden con trabajos temporales.

Los recortes pasaron a ser la noticia de cada día así como las acciones que se llevaban a cabo. Las políticas empleadas por el gobierno actuaban sobre los individuos por la necesidad de combatirla a corto plazo y no sobre los problemas que originaron la crisis.

**Gráfico 1.** Desempleo entre los que acceden al mercado de trabajo. (porcentaje)



Fuente: Organización para la cooperación y el desarrollo económico (OCDE).

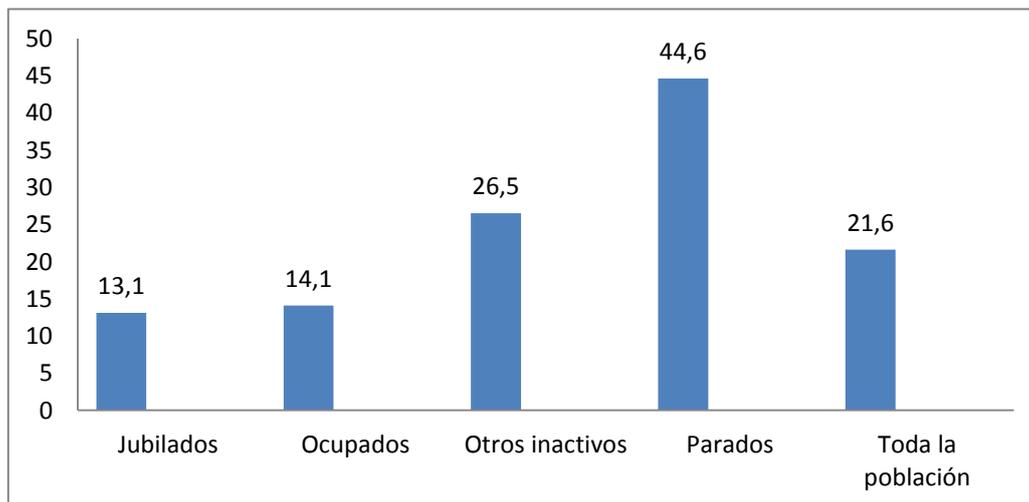
La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico está compuesta por treinta y seis países. Entre ellos, España destaca por ser uno de los países que más experimentó el retroceso en la demanda nacional y en la disminución de la tasa de actividad. Se encontraba en la franja crítica en desempleo, junto con otros países como Italia o Grecia como se aprecia en la gráfica 1. El empleo estuvo disminuyendo más de quince trimestres consecutivos, siendo el sector servicios el menos acusado, e industria y construcción los más afectados. Ya en 2011, el número de desempleados había aumentado en dos millones de personas y se situaba la tasa de paro en torno al 21%, aumentando hasta el 50% en el caso de paro de los jóvenes españoles. El

mercado de trabajo se ha caracterizado por una gran brecha entre los contratos temporales e indefinidos en cuanto al grado de protección.

Muchos contratos se correspondían con empleos temporales. Esto viene justificado por dos vías, por un lado al tipo de especialización productiva, que estaba muy destinada a la construcción donde su fuerza laboral carecía de cualificación, y por otra parte, por el fracaso en las políticas de fomento del tipo de contrato indefinido. Los cambios políticos y reformas que se han llevado a cabo en el mercado laboral han afectado seriamente, no sólo perdiendo la estabilidad, sino también frenando el crecimiento.

La tasa de riesgo de pobreza es el porcentaje de personas que viven en hogares cuya renta total anual está por debajo del 60% de la mediana de los ingresos por unidad de consumo de los hogares a nivel nacional, lo que se conoce como umbral de pobreza. En el caso de los parados, la tasa alcanza el 44,6 %, veintitrés puntos porcentuales más que el total de la población en 2017. Este ratio que mide la desigualdad entre la población no era tan bajo desde 2013, momento en el que se magnificaron los efectos de la crisis. Ciento dieciséis millones de europeos estaban en riesgo de pobreza en 2008, cifra que aumentó en tres millones de personas hasta 2015. España pasó de diez millones de personas en riesgo de pobreza hasta superar los trece millones en el mismo periodo. El umbral de riesgo se situó en España en alrededor de ocho mil quinientos euros anuales, lo que hace una media de poco más de setecientos euros mensuales por hogar. Esto provocó que la diversidad en la alimentación pasaran a un segundo plano y se opte por alimentos más asequibles, que no necesariamente tienen que ser los más nutricionales.

**Gráfico 2.** Tasa de riesgo de pobreza según la actividad en España (porcentaje).

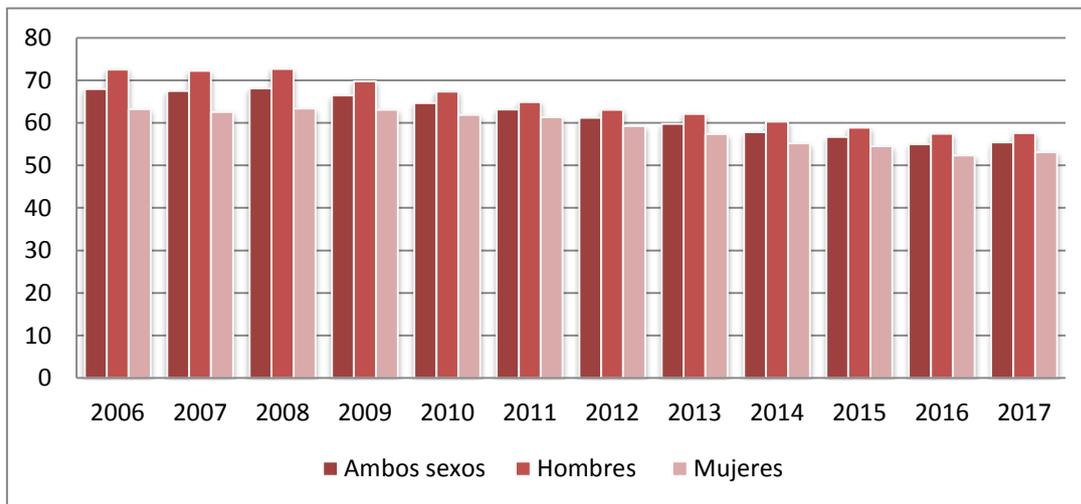


Fuente: elaboración propia en base a los datos del INE.

La población pasó de consumir al consumismo, dejando estancado el flujo circular de la economía. España tuvo que enfrentarse no sólo a la destrucción de empleo sino también a una burbuja inmobiliaria que estalló y a un sistema bancario muy frágil. La crisis que azotó a España tuvo repercusión en todos los sectores de la economía. En 2014 se había registrado ya el cierre

de más de ochenta mil negocios en España, lo que supone que en apenas seis años se redujo el número de negocios en un 13,1%. Los comercios más afectados fueron aquellos destinados al por menor. Con el descenso en el número de comercios, también se produjo la disminución del número de personas ocupadas en este sector, pasando de una cifra de un millón ochocientos treinta mil cuatrocientos setenta y un ocupados en el año 2008, a reducirse en doscientos veinte ocho mil cuatrocientos veinte siete empleados.

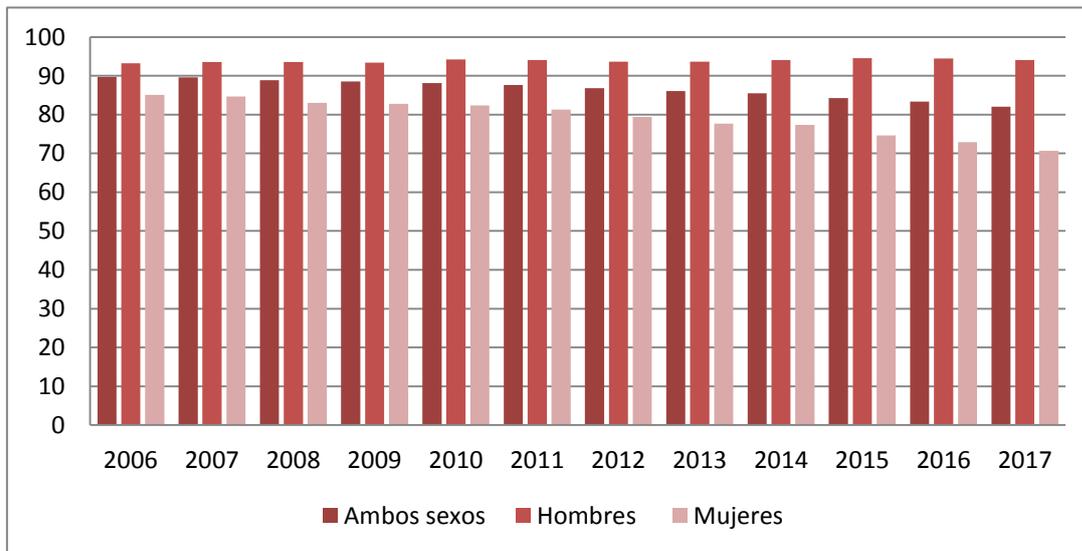
**Gráfico 3.** Tasas de actividad por sexo y grupo de edad. De 20 a 24 años.



Fuente: elaboración propia en base a los datos del Instituto Nacional de Estadística<sup>2</sup>.

La tasa de actividad es el resultado de dividir el total de la población activa entre la población en edad de trabajar. Esta, en el caso de los jóvenes, tenía una tasa de actividad del 64,65% en 2010, porcentaje que disminuyó hasta situarse en 2017 en el 55,39%. Por el contrario, los adultos comprendidos entre los 40 y 44 años, su tasa de actividad se situaba en 2010 en el 86,09% y en 2017 había ascendido al 89,66%. Esto implica que en el mismo periodo, los jóvenes registraron una reducción en la tasa de actividad del 9,26% frente al 3,57% que había aumentado en el caso de los adultos en ese rango de edad, lo que concluye que la crisis afectó en mayor medida a los jóvenes.

**Gráfico 4.** Tasas de actividad por sexo y grupo de edad. De 40 a 44 años.



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INE.

La diferencia de la tasa de actividad entre jóvenes y adultos es clara. Comparando grupos de edad, la población activa que abarca desde los veinte a los veinticuatro años ha sufrido un descenso drástico, en el mismo periodo en que la población de entre los cuarenta y los cuarenta y cuatro años se ha mantenido o incluso, en el caso de las mujeres, ha aumentado, lo que proyecta la mayor participación de la mujer en el mercado laboral. En el periodo de crisis, las familias vieron reducidos sus ingresos por lo que otros miembros de la unidad familiar, tuvieron que buscar puestos de trabajo para costear los gastos. Por lo general, antes de la crisis un mayor porcentaje de hombres eran los sustentos de las familias. Esto explicaría la posterior inclusión mayor de las mujeres. A fecha de 2016, el 92% de las mujeres de entre veinticinco y cuarenta y nueve años estaban a cargo de sus hijos diariamente, frente al 68% de los hombres. A pesar de ser una diferencia muy grande, se encuentra por debajo de la media de la Unión Europea.

### 3. Cambios en el bienestar de la población española

El sector terciario o sector servicios se caracteriza por ser el que más puestos de trabajo genera tanto en épocas de crecimiento como en las recesivas. Esto es debido a la expansión del estado del bienestar, donde se engloba la salud, servicios sociales y culturales, educación y administraciones públicas. Es el sector que constituye el observatorio de los cambios sociales, cambios que se expondrán en los epígrafes que vienen a continuación.

#### 3.1 Cambios en la salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como el estado del bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades. Es un estado de bienestar y está determinada por diversos factores sociales, biológicos y

psicológicos. La salud mental deficiente está asociada a cambios sociales bruscos, a estresantes condiciones de trabajo, discriminación de género, modos de vida poco saludables, exclusión social, y otros factores que alteran el bienestar. La OMS también indica que aproximadamente cuatrocientas cincuenta millones de personas alrededor del mundo sufren algún trastorno mental. Se calcula que para 2020, este tipo de enfermedades se colocarán en segundo puesto en las patologías más desarrolladas, por detrás solo de las enfermedades coronarias. El sector de la población menos expuesto a desarrollar este tipo de patologías son aquellos con un nivel de educación elevado y encontrarse entre los treinta y cuarenta y cuatro años.

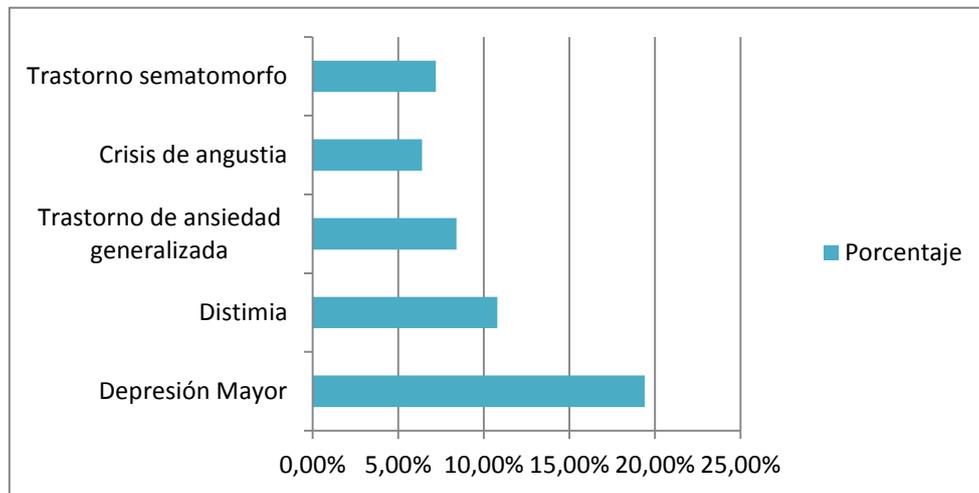
Las enfermedades mentales se caracterizan por presentar una baja mortalidad, no obstante, si hablamos de incapacidad, son gravemente influyentes. Veerle Buffel, Sarah Van de Velde y Piet Bracke (2015) hacen una valoración de los efectos de la crisis en la salud mental de las personas. La inseguridad laboral generada durante la crisis está estrechamente relacionada con una salud mental deficiente, hablándose incluso de depresión o tendencias suicidas en algunos individuos de la población, que se han visto muy afectados por la situación económica. España, Italia, Reino Unido y Grecia han sido los países más afectados, existiendo una correlación entre las magnitudes macroeconómicas y el estado de los consumidores. Esta idea está apoyada por muchos artículos como por ejemplos los estudiados por Antenas, J.M. y Vivas, E. (2014) o Segura B, A. (2014). Las hospitalizaciones psiquiátricas aumentaron significativamente en abril de 2008, con el comienzo de la crisis y en los rangos de edad donde el desempleo acusó más, entre los quince y treinta y cuatro años. Los diagnósticos más comunes fueron trastornos de conducta y emociones, depresión, trastornos neuróticos y de la personalidad, y trastornos de alcohol y drogas. Los trastornos de estado de ánimo en el periodo entre 2006 y 2010 aumentaron un 19%, junto con los trastornos de ansiedad y abuso de alcohol que aumentaron un 8% y un 5% respectivamente.

Aquellos individuos que involuntariamente trabajan a tiempo parcial o de forma precaria sin contrato se asocian con niveles de angustia mayores, sin embargo, este tipo de trabajo es positivo si ayuda a aquellos que lo que necesitan es un equilibrio entre la vida laboral y las labores en el cuidado de la familia.

Las épocas de recesiones económicas ejercen efectos negativos sobre la población, y la mayoría de estudios concluyen con el aumento del número de casos de sintomatología ansiosa y depresiva entre las personas sin empleo. El artículo redactado por Margalida Gili, Javier García Campayo y Miquel Roca (2014) analizan como la transición del empleo al desempleo repercute claramente sobre el bienestar psicológico general, la depresión y la ansiedad. El riesgo de padecer depresión es entre dos y siete veces mayor entre las personas desempleadas. Los autores llevaron a cabo un análisis, comparando datos previos a la crisis en 2006 con otros en 2010, en el mismo ámbito geográfico, en el mismo centro de salud y con los mismos instrumentos de evaluación para analizar el impacto del desempleo sobre los trastornos mentales. El estudio realizado concluye con el aumento en un 19,4% en la denominada depresión mayor y un 10,8% en distimia, referida a aquella depresión persistente a largo plazo. Los trastornos de ansiedad generalizada y crisis de angustia aumentaron un 8,4% y un 6,4% respectivamente y por último, los trastornos sematomorfos, aquellos asociados por ejemplo a algún dolor no provocado por enfermedad si no por alguna alteración mental, aumentó un 7,2%.

En datos generales, el incremento en los trastornos mentales fue de un 21% en las mujeres y un 21,7% en el caso de los hombres en el periodo comprendido entre 2006 y 2010.

**Gráfico 5.** Aumento de trastornos psicológicos entre 2006 y 2010 en España (porcentaje).



Fuente: elaboración propia a partir de datos del estudio SESPAS 2014.

En el año anterior a que estallara la crisis, el número de defunciones cuya causa de muerte era un trastorno mental o emocional era mayor en las mujeres que en los hombres. En ambos casos se produce un incremento en el año de comienzo de la crisis y los posteriores.

En la tabla 1, se presenta el número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico en el periodo entre 2007 y 2013 y por sexo. Los diagnósticos considerados son:

I: Demencia

II: Trastornos por alcohol o drogas

III: Trastornos por otras enfermedades

IV: Trastornos episódicos del humor

V: Trastornos delirantes.

En ambos géneros se visualiza en la tabla 1 el aumento en el número de pacientes con diagnósticos psiquiátricos, pero hay sectores donde se agudizó ese incremento. Tanto en hombres como en mujeres, los diagnósticos que más se elevaron fueron los trastornos por otras enfermedades y los trastornos inducidos por el alcohol o las drogas, en ese orden. El incremento en el caso de las mujeres fue mucho mayor en el diagnóstico I. En 2013, ingresaron treinta y seis mil sesenta y ocho pacientes varones más que en 2007, una cifra muy inferior a las cincuenta y cinco mil ochocientas setenta y siete mujeres. La demencia se acentuó también durante la crisis con una variación entre once mil y doce mil personas según el género, seguido de los trastornos delirantes y por último, los trastornos episódicos del humor que fueron los que menos se

incrementaron aunque el aumento alcanzó a dieciséis mil varones, y dieciocho mil mujeres diagnosticados con esta patología psiquiátrica.

**Tabla 1.** Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año y por sexo 2007-2013.

Diagnóstico Género					
Hombres	I	II	III	IV	V
2007	23.745	268.122	268.052	9.663	1.694
2008	25.765	288.413	288.363	11.093	2.077
2009	27.559	300.959	300.914	11.786	2.187
2010	29.913	301.752	301.696	13.201	2.496
2011	32.711	305.919	305.877	14.595	2.780
2012	34.255	305.073	305.035	15.570	2.951
2013	35.204	304.190	304.155	16.276	3.127
Mujeres	I	II	III	IV	V
2007	27.688	196.758	196.735	10.792	1.617
2008	30.047	211.934	211.908	12.233	1.974
2009	32.046	227.469	227.451	13.491	2.185
2010	33.879	229.367	229.354	14.920	2.454
2011	36.833	238.902	238.884	16.401	2.824
2012	39.030	246.696	246.684	17.642	3.053
2013	39.760	252.635	252.622	18.767	3.265

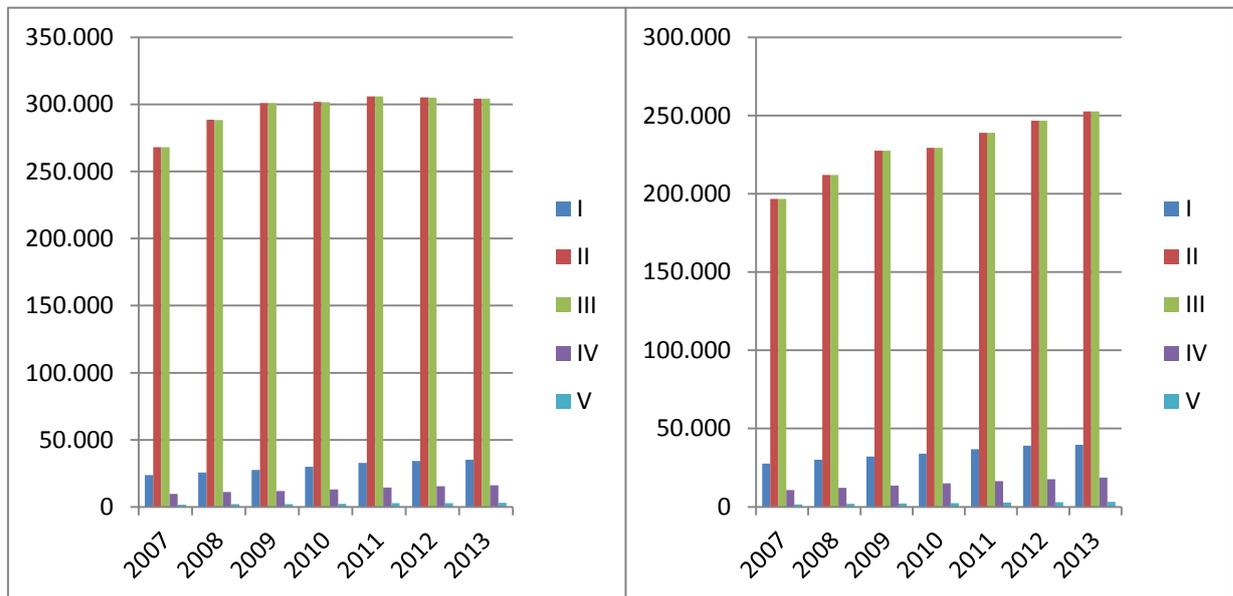
Fuente: elaboración propia con los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El gráfico 6 aporta una perspectiva más visual de los datos mostrados anteriormente en la tabla 1. Se aprecia la mayor influencia de los diagnósticos de trastornos de alcohol y drogas y de trastornos por otras enfermedades, muy por encima del resto de patologías descritas. También se refleja la tendencia ascendente entre 2007 y 2010 en prácticamente todos los diagnósticos psiquiátricos.

**Gráfico 6.** Número de pacientes con cualquier diagnóstico psiquiátrico por año y sexo 2007-2013.

Hombres

Mujeres



Fuente: elaboración propia en base a los datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En cuanto al consumo de psicofármacos, se ha producido un continuado aumento de los ansiolíticos y antidepresivos desde hace al menos treinta años. En pleno siglo veintiuno, los antidepresivos son el tercer fármaco más utilizado entre la población, después de los analgésicos y antiinflamatorios. En España el consumo de antidepresivos aumentó de catorce millones de envases vendidos a más de veintiséis millones entre 1997 y 2004, lo que supone un incremento del 89,24%. Los antipsicóticos también aumentaron aunque en menor medida, su evolución fue de once millones cuatrocientos mil, a doce millones seiscientos mil durante el mismo periodo. Si extrapolamos las cifras a psicofármacos en general vendidos en 2009, la cifra aumenta hasta más de ciento veintitrés millones de envases, aumentando hasta llegar casi a los ciento veintinueve millones en 2012.

Otro aspecto a tener en cuenta y que también afecta al bienestar social es la vulnerabilidad del individuo, porque no solo hay menos oportunidades de trabajo si no que, en los que si se ofertan, el sistema de selección se vuelve más competitivo y con menos poder de negociación. La visión laboral futura pesimista produce sentimientos de depresión y ansiedad. Muchos jóvenes han aprovechado la falta de oportunidades para alargar su periodo de estudio, en comparación con otros que se vieron obligados a llevar a cabo trabajos indeseados, debido a la imposibilidad de sus familias de poder mantenerse durante la crisis económica y esto generó otro problema: jóvenes marginados por la falta de experiencia y manejo a la hora de buscar empleo provocado por la iniciación prematura en el mercado laboral lo que aumentó el número de jóvenes buscando trabajo.

**Tabla 2.** Ocupados que han declarado buscar otro empleo por razón de búsqueda. Miles de personas.

	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007
<b>Ambos sexos</b>											
Inseguridad en su empleo actual	10,9	22,3	18,6	19,7	19,7	22,9	21,8	20,8	21,5	14,3	8,6
Desear un empleo mejor remunerado	27,9	30,6	31,3	33,0	32,6	31,2	29,5	29,6	35,2	29,5	31,5
Mejorar las condiciones de su empleo actual	28,7	24,3	25,9	21,5	20,3	22,0	20,6	22,3	20,3	25,4	26,7
<b>Hombres</b>											
Inseguridad en su empleo actual	12,0	25,3	20,0	22,1	22,0	24,1	24,9	23,1	26,7	17,2	10,3
Desear un empleo mejor remunerado	28,2	26,4	29,7	32,2	30,7	28,4	29,0	29,5	33,7	28,6	34,1
Mejorar las condiciones de su empleo actual	30,3	25,7	29,7	24,0	21,1	23,8	21,4	21,3	21,5	26,0	27,1
<b>Mujeres</b>											
Inseguridad en su empleo actual	9,8	19,3	17,2	17,4	17,6	21,7	18,9	18,7	17,0	11,6	7,0
Desear un empleo mejor remunerado	27,7	34,6	32,7	33,7	34,4	33,9	30,0	29,8	36,4	30,3	29,1
Mejorar las condiciones de su empleo actual	27,2	23,0	22,4	19,1	19,5	20,2	19,8	23,4	19,3	24,9	26,4

Fuente: elaboración propia en base a los datos del INE.

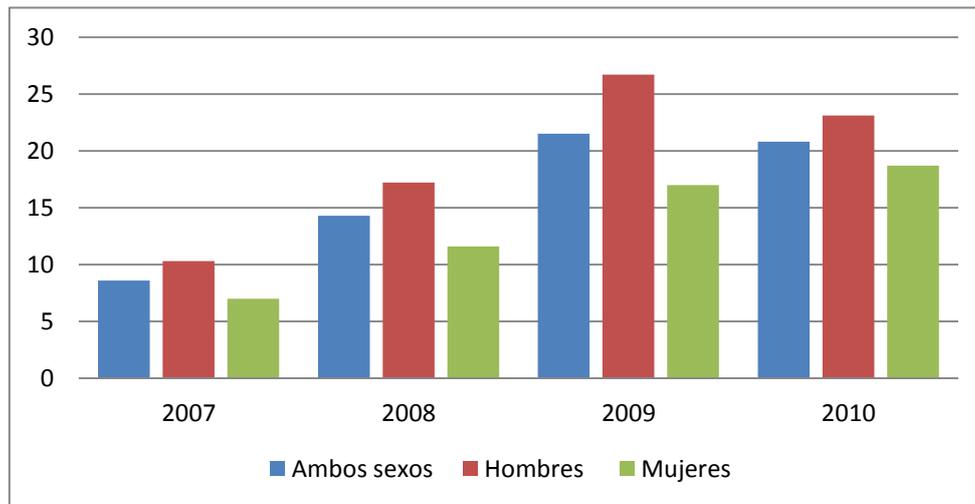
En la tabla 2 se analiza la evolución temporal de tres variables, inseguridad en su empleo actual, desear un empleo mejor remunerado y mejorar las condiciones de su empleo actual, para el periodo desde 2007 hasta 2017, periodo correspondido con la crisis económica en estudio. Además, se diferencia entre hombres, mujeres y ambos sexos.

Lo que muestran los datos es un claro aumento en el número de personas que aun teniendo un empleo, desean cambiarlo por inseguridad en su empleo actual. En el periodo estrictamente anterior a la crisis, la cifra era de ocho mil seiscientas personas, pero un año más tarde, ya en plena recesión, el número había aumentado hasta más de catorce mil personas. Como muestra la gráfica, los años donde más se dispara la búsqueda de otro trabajo se corresponden con años dentro de la crisis, 2009, 2012 y 2015.

El aumento es mayor en los hombres que en las mujeres debido al número de personas activas en cada sexo.

Por otro lado, en cuanto a aquellos individuos que su motivo de búsqueda de otro trabajo es desear un empleo mejor remunerado, las cifras fluctúan a lo largo de la serie temporal. Algo parecido pasa cuando la razón de buscar otro empleo es mejorar las condiciones de su empleo actual, aunque tanto en hombres como en mujeres, ha aumentado considerablemente el número de demandantes.

**Gráfico 7.** Número de ocupados que declaran buscar otro empleo por inseguridad en su empleo actual (miles de personas).



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INE.

La gráfica 7, muestra visualmente los datos reflejados en la tabla 2, en el caso concreto de que su motivo de búsqueda de otro empleo sea inseguridad en su empleo actual. Como bien se aprecia en el gráfico, son los hombres los más demandantes de trabajo por el motivo anterior, incrementándose entre 2007 y 2009, para percibir una pequeña disminución en el año 2010. En el caso de las mujeres, el incremento se produce de forma más ligera, sin producirse ninguna disminución como se producía en el caso de los hombres.

El porcentaje de la población que no perdió su trabajo, también vio afectada su salud mental por la inestabilidad a la que se enfrentaron. Especialmente en el sector público en los países del sur de Europa como España, Italia o Portugal, los salarios sufrieron recortes o congelaciones. La relación entre desempleo y crisis puede mirarse desde dos vías: por un lado se ve que cuando menor es la oferta de trabajo, se esperan mayores niveles de depresión, y por otro, a menor oferta de trabajo, menores son los efectos del desempleo ya que este se considera un problema social, no individual del demandador de empleo.

Por otra parte, a raíz de la crisis económica, las familias han visto disminuida su renta (aspecto fundamental para el consumo) y además aumentaron el gasto. Las pensiones sufrieron reducciones, por lo que aquellas personas de mayor edad que las percibían, ya no podían sustentarse económicamente solos, y se hicieron dependientes de sus descendientes, aumentando el gasto total familiar y reduciendo el poder adquisitivo. Traducido a la alimentación, diversos estudios indican que las personas con menores ingresos recurren a alimentos menos sanos, más baratos y menos frescos, con un empeoramiento de la salud en comparación con las familias cuyos ingresos son más elevados. Se abusa del consumo de pasta, arroz y alimentos de menor coste. Por lo tanto, la población española ha tenido que incorporar cambios en su dieta para poder enfrentarse a la situación económica que atravesaba España, cambiando el consumo de algunos productos por otros o reduciendo la cantidad de compra. Estos nuevos hábitos de alimentación se analizarán en el siguiente epígrafe.

### 3.2 Cambios en los hábitos de alimentación

La recesión económica ha dejado fuertes impactos negativos sobre la salud y la nutrición dejando consecuencias en el corto y en el largo plazo. Los gobiernos optaron por políticas de austeridad que afectaron a los servicios básicos que empeoró el bienestar social de los individuos. Una de las causas de este problema es que los individuos al ver disminuidos sus ingresos no persiguieron la búsqueda de la vida saludable.

La crisis económica, junto con el aumento de los precios, empeoró drásticamente la situación del sector de la población más pobre, comprometiendo la dieta y con ello la salud, favoreciendo además la obesidad. Según señala Oxfam, el 46% de la población española ha hecho cambios en sus hábitos alimenticios aumentando la inseguridad alimentaria, lo que contribuye a que las personas no consuman los suficientes nutrientes para permanecer sanos y activos. Los cambios afectaron la cantidad de compra y la clase de productos que se consumían.

Además del desempleo, hay otro factor que afecta a la inseguridad alimentaria y es la imposibilidad de algunas familias de tener una vivienda en condiciones óptimas. Existe una relación negativa entre condiciones de vivienda inadecuadas y la salud tanto mental como física. Algunas personas de clase social baja no poseen las instalaciones necesarias para elaborar una dieta más nutricional o recurren a alimentos preparados poco saludables. Esto lo podría provocar el impago del suministro eléctrico o de gas. Otra opción que tienen los ciudadanos es recurrir al banco de alimentos. En 2007, repartieron alimentos para setecientas mil personas, cifra que aumentó hasta un millón y medio de personas en 2012, con ciento veinte millones de kilos de comida repartidos. Se elevó la demanda de peticiones para ayudas para la alimentación, y es que el 4% de la población española no posee recursos para tener una alimentación básica diaria. Otro aspecto relacionado con la vivienda la mala condición física del hogar. El moho, las humedades o poco aislamiento pueden provocar patologías tanto alérgicas como respiratorias o empeorarlas en el caso de aquellas personas que ya las sufrían. España posee políticas de vivienda, pero se enfocó sobre todo en las deducciones fiscales a la compra y no tanto al alquiler. Además, el país carece de un sistema consistente de viviendas sociales, que apenas representa el 2% del total de viviendas, un porcentaje que se sitúa entre los más bajos de Europa.

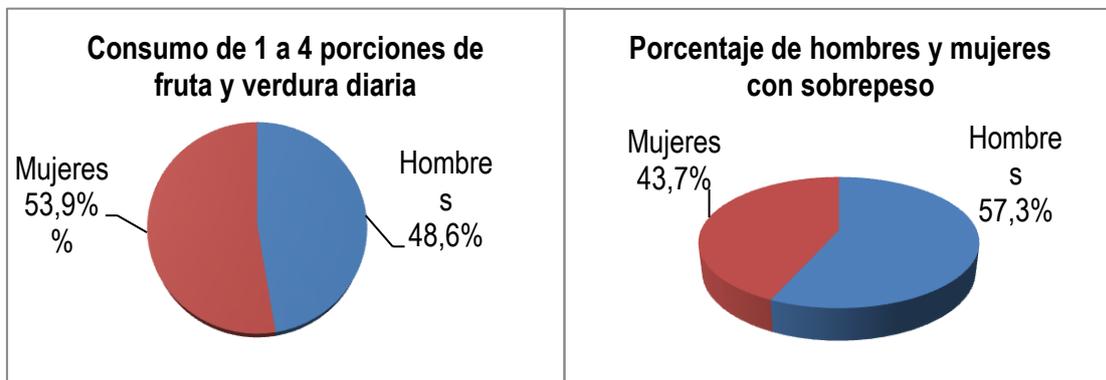
La desnutrición en los primeros años de vida provoca un rendimiento escolar reducido, mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como la diabetes y el ralentizamiento cognitivo. Por tanto, la inversión en la nutrición es fundamental para que una sociedad prospere, protegiendo la salud de las personas, previniendo enfermedades y discapacidades, y aumentando por tanto la productividad económica. La infancia y la etapa prenatal son dos ciclos vitales en el desarrollo de las personas, donde se determinarán algunas capacidades que determinarán aspectos fundamentales del ser humano. Unicef calcula que en torno a dos millones de menores españoles viven en pobreza con malnutrición o dietas desequilibradas, sin los nutrientes básicos para el desarrollo del niño, perjudicando la adquisición de esas capacidades tanto físicas como cognitivas y socioemocionales. Estudios indican que un peor estado de salud durante la infancia,

conlleva unos resultados educativos peores y esto a su vez provoca el aumento de riesgo de padecer demencia y déficit cognitivo. Por tanto, la malnutrición en la etapa infantil no sólo afecta en ese momento si no que actúa también a largo plazo.

Con la crisis llegaron los recortes y disminuyeron los gastos en protección social y en servicios públicos. La carne, el pescado, la fruta o la verdura dejaron de estar al alcance de muchas personas. La carne de vacuno experimentó una reducción del 6,5% en su consumo en 2010, mientras que el pollo, una carne más barata, aumentó en el mismo periodo en un 4,9%. Al igual que el vacuno, también disminuyó el consumo de pescado en un 1,9%. Cabe destacar el aumento en el consumo de legumbres. Por otro lado, también aumentó el consumo en España de dulces, galletas y bollería industrial en un 3,8% en 2013 respecto 2012. Este caso ocurría sobretodo en familias con hijos pequeños o medianos.

Los sectores más vulnerables con la subida en los precios de los alimentos, fueron aquellos que destinaban más porcentaje de su renta a la alimentación y con una escasa diversidad alimentaria, porcentaje de la población que aumentó a raíz de la crisis. Según el Centro de Investigaciones Sociológicas, un 41,2% de la población admitió haber modificado sus hábitos de consumo alimentarios para ahorrar costes.

**Gráfico 8.** Porcentajes de consumo de una a cuatro porciones de fruta y verdura diaria y de sobrepeso por sexo.



Fuente: elaboración propia en base a los datos del INE.

La recesión económica no ha afectado a los dos géneros por igual y así lo muestra el gráfico 8 donde se aprecia que el porcentaje de mujeres que consumen de una a cuatro piezas de fruta y verdura al día es mayor que el de los hombres y lo mismo ocurre en el porcentaje del sobrepeso. Se considera sobrepeso a aquellos individuos cuyo índice de masa corporal es de veinticinco o más. Este porcentaje en parte es por predisposición genética pero también en gran medida por la alimentación debido al consumo de alimentos altos en calorías y grasas y a la reducción del consumo en verduras y frutas, además de llevar a cabo menos actividades físicas provocadas por la disminución del gasto en este aspecto de la salud. Por tanto, existe una correlación entre

desempleo, malnutrición y obesidad. Las españolas consumen menos alcohol y más frutas y verduras que la media de la unión europea.

Con los ingresos reducidos, la reducción de las subvenciones y aumento de los impuestos, y la reducción en sanidad se espera que aumente la desnutrición. El costo de la cesta de la compra ha aumentado con la crisis, la inestabilidad y el aumento de los precios lo que llevaron a que los ciudadanos se plantearan sus hábitos de consumo e intentara buscar alternativas más ajustadas a su economía. Al cambiar la disponibilidad monetaria, cambia la ordenación de las necesidades. Hay una valoración sobre en qué gastar. Anteriormente, cada cierto año se renovaba el coche, se salía de viaje... pero ante la crisis estos aspectos se dejaron de lado. Sin embargo, la alimentación es básica y no se puede esperar un par de años para hacerlo así que se recurrirá a decisiones más racionales para hacer una cesta de la compra parecida aunque con menos costes. La decisión sobre en qué establecimientos comprar ya no viene de la mano de la calidad o el gusto, si no por los precios de sus productos. Ya en el 2008, la venta de productos conocidos como de "marca blanca" habían aumentado un 20% respecto al año anterior. Además se modifica no sólo el lugar de compra si no la cantidad de productos consumidos. En 2009, el volumen de compra de alimentos cayó un 1,1% respecto al año anterior, para reducirse en 2010 en un 3,1%. A partir de 2012 volvió a incrementarse pero no llegó a los valores de consumo previos al inicio de la crisis.

En general, la recesión provocó la compra de productos menos nutricionales, altos en calorías y altamente procesados.

Como es lógico, los cambios en la salud mental y en la alimentación, conllevan también un desgaste físico. El estrés, la depresión y muchas otras patologías psiquiátricas desencadenaron en momentos de ansiedad donde se recurrió al consumo de alcohol o de drogas. A este nuevo comportamiento, se añaden los recorten en sanidad que sufrió España, y que propiciaron reducciones en algunos ámbitos del sistema sanitario. Todo ello se analizará en el siguiente epígrafe enfocado a cómo ha afectado la crisis a la salud física.

### **3.3 Cambios en la salud física.**

El estudio sobre cómo la economía afecta a la salud mental de las personas viene desde que Durkheim publicara en 1987 una obra que redactaba como el suicidio no es un hecho individual si no un hecho social, aunque con la crisis se estimuló el estudio de este ámbito de la economía. Desde el inicio de la gran recesión los estudios sobre cómo ha afectado a la salud engloban tanto desde las caries hasta la fertilidad o el suicidio.

La pérdida del trabajo elevó el riesgo de padecer trastornos psicológicos de angustia tanto en Europa como en Estados Unidos.

A lo largo de la historia, siempre se asocia un alto número de muertes en los periodos de hambrunas. La existente relación positiva entre la crisis y la tasa de desempleo está más afectada en las personas de entre treinta y cinco y cuarenta y nueve años de edad, en hombres y en minorías étnicas. Además, la mortalidad infantil se ha incrementado ligeramente en los

últimos años de 2,67 a 2,68 por cada mil habitantes. A pesar de ello, España sigue teniendo una esperanza de vida al nacer por encima de la Unión Europea.

Los avances que la sanidad había incorporado, se vieron mermados con la llegada de la crisis. El déficit en los principales valores nutricionales junto con su mayor relación con las enfermedades infecciosas, y la disminución de la ingesta de alimentos ricos en vitamina A (pollo, leche, ternera, pescado...), están asociados a un aumento de la mortalidad infantil. Con la subida en los precios de los productos con mayor calidad, menos personas pueden acceder a una gran cantidad de ellos o incluso a ninguno. El empeoramiento en algunas áreas del saneamiento dio lugar a un aumento en la exposición a las enfermedades que se ve agravado por las deficiencias alimentarias. Con los rectores que llevo a cabo el gobierno de España en sanidad, la atención primaria se redujo y las listas de espera aumentaron.

Llegó un mayor número de pacientes, que tenían dificultades para el pago de sus deudas o de su hipoteca, con patologías como la depresión, consumo de alcohol, angustia y diversos trastornos de la salud. Las tasas de suicidio, pero sobre todo las tentativas de ello, aumentaron revirtiendo las reducciones que se habían producido durante los buenos años previos a la crisis y se dispararon los casos de depresión tanto mayor como menor, la distimia, dependencia del alcohol o su abuso así como los trastornos de ansiedad y pánico. El suicidio se considera como una respuesta inmediata a un acontecimiento estresante como podría ser en este caso la pérdida de trabajo. Los países de la unión europea que más se vieron afectados fueron aquellos que tenían menos ayuda a la protección social. Se demostró además la relación existente entre el desempleo y la tensión que generaba con un aumento en el consumo de tabaco.

Como es de esperar, en periodos de recesión hay determinantes psicológicos que afectan a la salud en general. La bajada en los ingresos, el cambio en los precios relativos incluyendo el sector de la atención sanitaria y sin olvidarse del cambio en el coste de oportunidad al que se enfrenta un trabajador de pasar tiempo fuera de su empleo, por ejemplo, para acudir a una cita médica. Y entre todos los factores, aparece el abuso del alcohol como medida de liberarse del estado psicológico al que se enfrentan.

En la tabla 3 que se muestra a continuación, se evidencia el consumo de bebidas alcohólicas según sexo y relación con la actividad económica. Se aprecia que el consumo de alcohol se intensifica más entre los hombres, alrededor del 14% de la población trabajadora consume alcohol a diario, lo que en cifras se traduce en más de dos millones quinientas mil personas, siendo casi el 20% de los hombres trabajadores consumidores diarios de alcohol, frente al 6% aproximado de las mujeres.

En situación de desempleo, el consumo de alcohol a diario también se eleva hasta sobrepasar el 22% en hombres y el 8,3% en las mujeres. Estos datos vienen de la mano del aumento de consumo de alcohol en la población, no tanto diaria si no puntual, desde que comenzó la recesión lo que hace pensar que esos casos puntuales son fruto de la depresión y frustración de no obtener empleo como de tenerlo de forma inestable e insegura o incluso por la percepción futura de su pérdida.

**Tabla 3.** Consumo de Bebidas alcohólicas según sexo y relación con la actividad económica actual (miles de personas).

	Diario	Semanal
<b>Ambos sexos</b>		
Total	5.745,70	8.498,20
Trabajando	2.557,30	5.407,50
Desempleado	574	1016,6
Jubilado	2.224,90	893,6
<b>Hombres</b>		
Total	4.281,60	5.027,60
Trabajando	2.007,80	3372,9
Desempleado	411,60	608,7
Jubilado	1.740,90	563,6
<b>Mujeres</b>		
Total	1.464,20	3470,6
Trabajando	549,40	2.034,60
Desempleado	162,40	407,9
Jubilado	484,00	330

	Miles de personas
<b>Hombres</b>	
Empleo	10.284,00
Desempleo	1.840,70
<b>Mujeres</b>	
Empleo	8.590,20
Desempleo	1.955,40
<b>Ambos sexos</b>	
Empleo	18.874,20
Desempleo	3.796,10

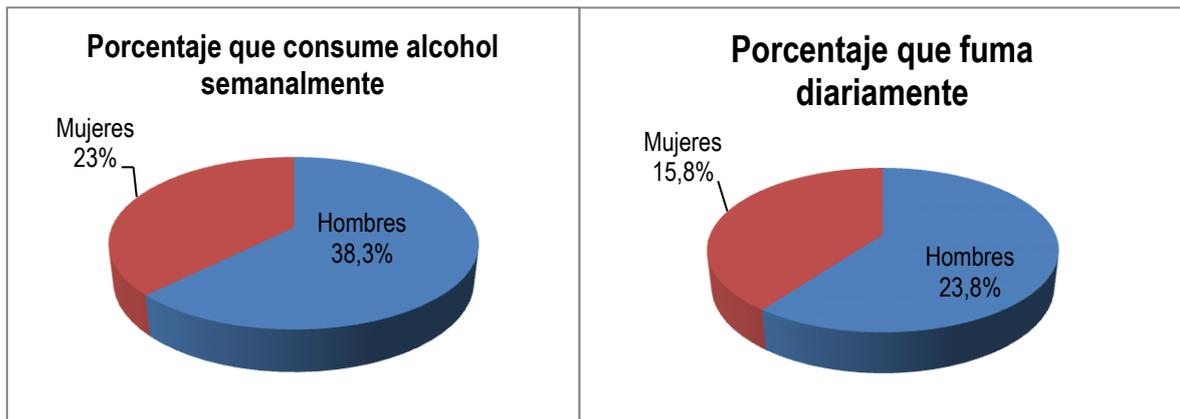
Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Instituto Nacional de Estadística. 2018

Según muestran los estudios de Margalida Gili, Miquel Roca, Sanjay Basu, Martin McKee y David Stuckler (2010), el 11% de la población con depresión que acudía a la atención primaria correspondían con dificultades en el pago de la hipoteca en España. De hecho, en este tipo de pacientes se observó un 11% de riesgo adicional de padecer depresión. La Encuesta de Condiciones de vida reveló que entre 2006 y 2012, el porcentaje de hogares que se retrasaban a la hora de realizar el pago de sus hipotecas aumentó del 4,7% al 7,4%. Según la Plataforma de Afectados por la Hipoteca, el 77% de las personas afectadas sufrieron niveles de ansiedad altos, además de dificultades para hacer frente al pago de ropa, suministros del hogar y alimentos. Debido al aumento de los trastornos mentales, junto con los recortes sociales y sanitarios, empeoraron los riesgos de salud mental entre las personas más vulnerables a padecerlos.

En todo el territorio de la Unión Europea, es mayor el porcentaje de hombres que de mujeres los que consumen alcohol y tabaco. Las mujeres por lo general tienen mejores condiciones de salud.

El porcentaje de hombres que consumen alcohol semanalmente, se sitúa en un treinta y ocho coma tres, quince coma tres puntos porcentuales más que las mujeres como muestra el gráfico 9. En el caso del tabaco, nuevamente son los hombres quienes consumen más. El 15,8% de las mujeres fuman diariamente algún cigarro, mientras que el porcentaje de los hombres llega casi al 24%. La población con algún problema en la salud mental tiene tasas desmesuradamente más altas de consumo de tabaco que la población general.

**Gráfico 9.** Porcentajes de consumo de alcohol semanalmente y de fumadores diarios por sexo.



Fuente: elaboración propia en base a los datos del INE.

Como era de esperar, la crisis también trajo la bajada de la fertilidad. Menos parejas buscaban aumentar la familia sobre todo aquellas jóvenes. En 2016 la natalidad había bajado un 1,9% respecto al año anterior con cuatrocientos diez mil quinientos ochenta y tres nacimientos. Se postergó la fecundidad por la falta de poder adquisitivo con la que hacer frente a los gastos que conlleva, calculándose una media de uno treinta y cuatro hijos por mujer, lo que sitúa a España con cifras bajas dentro de la Unión Europea. Las interrupciones voluntarias de embarazo aumentaron considerablemente. En 2001, la cifra de abortos era de sesenta y nueve mil ochocientos cincuenta y siete casos, para situarse en 2011 en ciento dieciocho mil trescientos cincuenta y nueve interrupciones. La tasa de abortos por mil mujeres entre los quince y los cuarenta y cuatro años aumentó en 2010 de 7,66 a 11,49.

En temas de salud, una de las consecuencias más graves viene de la mano de las drogas, tanto ilegales como legales. Basándonos en los estudios de Nicolau Martin Bassols y Judit Castello (2016), el consumo de drogas viene dado por la adicción, pero hay factores que pueden aumentar ese consumo como las condiciones económicas o la educación.

En España, aparte del tabaco, la marihuana y la cocaína son las drogas que más han aumentado su consumo. La situación de crisis económica en España puede afectar de tres maneras al consumo de drogas: uno de los casos es el futuro pesimista de poder perder el trabajo o sus ingresos hace que el individuo esté más estresado y recurra a consumir más drogas siguiendo un patrón contra cíclico; el siguiente caso será aquellos que ven reducidos sus ingresos, disminuirán el consumo de drogas poniéndonos en el supuesto de que los consumidores las tomen como bienes normales y actuarán de manera pro cíclica y por último, también existe el caso de que aquellos que perdieron sus puestos de trabajo, tengan más tiempo libre y dediquen esas horas al aumento en el consumo de drogas contribuyendo a un consumo de drogas contra cíclico. Con el empeoramiento en la salud mental muchas personas se inclinaron a consumir sustancias nocivas como hipnóticas o sedantes, principalmente los hombres con puestos de trabajos y las mujeres cualquiera que fuera su estado laboral. El artículo escrito por Colell, E., Sánchez-Njubò, A, Delclos, G, Fernando G, y Domingo Salvany, A (2015), destaca como aumentó el consumo esporádico de cannabis entre las personas de treinta

y cuatro a sesenta y cinco años de edad, independientemente del sexo, como una respuesta a la ansiedad en la situación de desempleo, cuando se añade el factor del aumento del tiempo libre. En cuanto al uso de tranquilizantes, se ha dado sobretodo en hombres, y en las mujeres de treinta y cuatro a sesenta y cinco años, ocupadas o no.

Con la sanidad desbordada, tomaron un papel importante los seguros. Cada español entra dentro de la seguridad social que cubre, en general, casi cualquier enfermedad. Sin embargo, hay otro sector de la población residente en España, como pueden ser inmigrantes, que se ven excluidos de este sistema y también afecta a los españoles, pues conviven con nosotros. España acoge a casi seis millones de extranjeros que generalmente tienen más vulnerabilidad para padecer algunas patologías. En el caso concreto del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) el Real Decreto Ley 16/2012 dictamina que las personas infectadas no aseguradas son responsables político-sanitarias, lo que culmina en la expulsión del sistema sanitario. Este hecho provoca que más cantidad de personas puedan verse infectadas por el virus lo que refleja una ineficiencia sanitaria grave. Cuando un paciente es tratado, la probabilidad de que lo transmita se reduce considerablemente, pero al negársele el tratamiento con la excusa de “ahorro”, está afectando al gasto público por dos vías: primero, porque si se diagnostica de forma tardía esta enfermedad el paciente tendrá una evolución mucho peor que derivará en patologías graves que si tendrán que ser atendidas por urgencias y que supondrán un gasto mayor que si se hubiera tratado en el momento, y segundo porque esas personas infectadas y no tratadas pueden mantener relaciones sexuales cuantas veces quieran sin preservativo, infectando cada vez a más y más personas, asegurada o no, que habrá que tratar. Por lo tanto, se aprecia una decisión injusta e ineficiente por parte de los políticos sobre las personas con infección del VIH, afectando a la economía y sobretodo, aumentando el sufrimiento de aquellos que lo padecen como analizan Alaustré, I. y Giner, M. (2014). Lo mismo ocurre con otras enfermedades, como la tuberculosis o la hepatitis infecciosa no tratada. Destacó el aumento de la sífilis y la gonococia, que entre 2007 y 2012 habían duplicado sus tasas.

Existen otras enfermedades que ya habían sido eliminadas y que con la crisis se produjeron algunos brotes. Un ejemplo dentro de la Unión Europea es Grecia, que registró un brote de paludismo, asociado a la falta de detección precoz derivado de los recortes que los gobiernos llevaron a cabo.

La tabla 4 muestra los porcentajes de personas de entre catorce y sesenta y cuatro años que sufren una enfermedad por relación con la actividad. La ansiedad crónica presenta similitudes en porcentajes en lo que respecta a la relación con la actividad, pero en cuestiones de depresión, los datos indican claramente el aumento del porcentaje en aquellos individuos que se encuentran parados o inactivos, llegando a alcanzar el 7,03% y el 8,01% respectivamente. En los problemas emocionales también se aprecia un comportamiento parecido, aumentando en parados respecto a los ocupados. En el apartado de otros problemas de salud, el porcentaje de los parados respecto de los ocupados es mayor en más de tres puntos porcentuales.

**Tabla 4.** Personas de 14 a 64 años que sufren una enfermedad por relación con la actividad. Porcentajes

	Total	Ocupados	Parados	Inactivos
Ansiedad crónica	5,35	5,93	5,73	4,58
Depresión	5,45	2,71	7,03	8,01
Otros problemas emocionales	1,71	1,06	1,5	2,51
Diabetes	5,38	3,61	3,57	7,98
Otros problemas de salud	9,03	8,32	11,7	8,92

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INE.

Todos los cambios tanto físicos como mentales analizados a lo largo de este trabajo, en alguna medida son respuesta a la evolución que ha tomado el gasto público sanitario en España. La disminución de los ingresos repercutieron en los pacientes ya que los recortes se hicieron notar de diversas formas como se detallará a continuación en el epígrafe 4.

#### **4. Gasto público en sanidad en España**

En España el gasto en sanidad está repercutido a las comunidades autónomas y con la crisis económica, el gasto se redujo haciendo que el sistema sanitario esté sometido a una continua presión. Entre 2010 y 2011, el gasto se redujo en doce mil trescientos veintiún millones de euros, lo que supone el 6,7% del existente en 2009. Esta cifra se duplicó en los dos años posteriores, con la reducción en veinticuatro mil quinientos trece millones de euros. Es en ese año cuando las cifras se estabilizan. Concretando, entre 2009 y 2013, la reducción del gasto público en sanidad alcanzó los treinta y seis mil ochocientos treinta y cuatro millones de euros, el 20% del gasto de 2009. El gobierno optó por medidas de austeridad, que el ciudadano percibió como “privación”, para reducir el déficit público, y los recortes se dejaron notar tanto en el personal como en material sanitario y farmacéutico. El efecto de los recortes dependía de la capacidad de adaptación de la población con el sistema sanitario en las nuevas circunstancias. Se deja notar en mayor medida en la atención primaria (centros de salud) más que en los servicios hospitalarios.

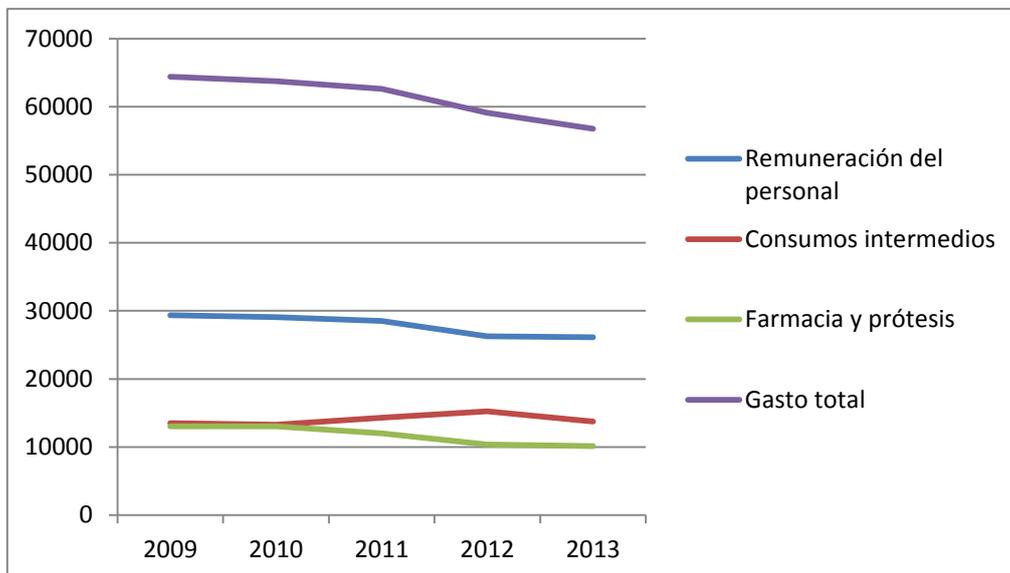
**Tabla 5.** Gasto sanitario público en España (millones de euros).

	2009	2010	2011	2012	2013
Remuneración del personal	29361	29073	28536	26286	26133
Consumos intermedios	13529	13270	14318	15233	13737
Farmacia y prótesis	13027	13047	11988	10361	10112
Gasto total	64387	63718	62593	59094	56746

Fuente: elaboración propia en base a los datos de Bandrés, E. y González, R. (2015)

Como se refleja en la tabla 5 y en la posterior gráfica 10, el gasto sanitario se fue reduciendo en los años más intensos de la crisis. La remuneración del personal sanitario se redujo en un 15%, con una reducción de más de tres millones de euros entre 2009 y 2013. La variación entre 2009 y 2010 se realiza de manera progresiva, en comparación con 2012 que presentó un ajuste más brusco en la reducción del gasto. En cuanto a los consumos intermedios, referidos a farmacia hospitalaria y material sanitario, realiza un ajuste entre 2009 y 2010 e incluso presentó un ligero aumento en los dos años siguientes, para situarse en 2013 en cifras similares a las de 2009. En el segmento de farmacia y prótesis, el descenso se produjo escalonado. Entre 2009 y 2010, apenas se produjo variación, aunque si lo hizo en los dos siguiente años en una reducción de dos millones y medio de euros aproximadamente. El ajuste en el siguiente año fue muy suave. Con el conjunto de estos datos, más todos aquellos restantes que componen el gasto sanitario público español, podemos hablar de una reducción de diez millones de euros entre 2009 y 2013 en el gasto público total, acusado en mayor medida a partir de 2010.

**Gráfica 10.** Gasto sanitario público en España (millones de euros).



Fuente: elaboración propia en base a los datos de Bandrés, E. y González, R. (2015)

Menores sueldos, dietas desequilibradas y el bienestar perjudicado, hicieron que muchos consumidores se decantaran por recurrir a otras alternativas, dejándose llevar por los precios y no por las marcas. Tanto los medicamentos como la alimentación son prioritarios en la vida del

ser humano, y a pesar de que los ingresos no lleguen a final de mes, no se puede prescindir de ellos. Es por eso que las marcas blancas en alimentación y medicamentos genéricos han actuado como protagonistas de las familias en los años de crisis como mostraremos a continuación.

## **5. Alternativas de consumo**

El hecho de que la población tuviera menor poder adquisitivo, hizo que algunos empresarios aprovecharan para lanzar sus estrategias de mercado con el objetivo de ofrecer productos con similares características pero con un precio más bajo. De este modo, surgió un auge de industrias destinadas a las marcas blancas en el caso de la alimentación a medicamentos genéricos en sanidad.

### **5.1 Marcas blancas. El caso de Mercadona**

El primer supermercado en España en llevar a cabo este tipo de ventas fue Día, aunque muchos otros comercios le han seguido los pasos como por ejemplo Mercadona, Lidl o Carrefour. La clave del éxito reside en una mejor relación calidad-precio del que se beneficia el consumidor y alrededor del 34% de la cesta de la compra de los españoles provienen de este tipo de productos. La inexistencia de la publicidad de las marcas blancas es uno de los factores para que el precio sea más reducido. Un ejemplo de ello es Colgate. Invierte recursos en promocionar sus productos y en estar presentes en todos los supermercados, sin embargo la pasta de dientes marca blanca de Mercadona no tiene que hacer ese desembolso y por lo tanto su precio es inferior y más asequible para la nueva economía de crisis. En ocasiones esta reducción en el precio puede llegar incluso hasta el doscientos por cien. Los más comprados son té, cafés, arroces, legumbres, pastas... sin embargo a la hora de elegir electrodomésticos o perfumes, las grandes marcas son las que siguen teniendo el liderazgo.

Siempre que los demás factores se queden constantes, un consumidor elegirá el producto de menor precio, en este caso en concreto, las marcas blancas.

Mercadona S.A es una cadena de supermercados que ha liderado la cuota de mercado. Su extensión abarca mil seiscientos veintiséis comercios en todo el territorio español a fecha de Agosto de 2018 y ochenta y cuatro mil trabajadores. Su nivel de facturación es de veintidós millones, novecientos quince mil euros, con un beneficio neto de trescientos veintidós millones. Con estas cifras, contribuye al pib nacional en un 1,7% y proporciona el 3% del empleo total nacional. Esta empresa ha implantado su propia economía de escala introduciendo sus propias marcas como hacendado, deliplus y bosque verde. De este modo, Mercadona S.A fábrica de forma abundante para todos sus establecimientos y logra reducir el coste que supone cada unidad lo que se traduce en un precio hacia el consumidor más bajo. Esto lo ha conseguido bajo su lema "siempre precios bajos", ganándose a un gran número de consumidores de todas las clases sociales y llevando al mercado productos nacionales.

## 5.2 Medicamentos genéricos

Las industrias de medicamentos genéricos vieron su oportunidad. Aprovecharon el boom para invertir más en mejorar la productividad y favorecer la economía del país. Mientras la producción caía en el sector industrial y a nivel general, entre 2010 y 2013 la industria de medicamentos genéricos creció aproximadamente un 38,6% sumando también una mejoría en su valor añadido y productividad. Entendemos como medicamento genérico “todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad” según la definición que aporta la Unión Europea.

En España todos los medicamentos tienen sustitutivos genéricos bio-equivalentes. La razón por la que un medicamento considerado genérico tiene un precio inferior es que usan la acreditación de la eficacia y la seguridad basándose en medicamentos equivalentes que si han pasado ensayos clínicos. Es lógico que en los tiempos de recesión, las personas con menos poder adquisitivo recurran a este tipo de fármacos que a pesar de ser más baratos, tienen la misma función y debido a ello se ha incrementado su uso.

Como mencionaba en el apartado de salud mental, el consumo de psicofármacos aumentó en el periodo de crisis, y con ello también lo hizo el gasto farmacéutico. En 2009 el gasto ascendía a mil cincuenta y siete millones aproximadamente, y se incrementó en 2010 en cuarenta millones. Desde ese entonces, se produce una disminución en el gasto para posicionarse el gasto en 2012 en ochocientos setenta y nueve millones. Esto se produjo por la aparición de los medicamentos genéricos que redujo de forma importante el gasto farmacéutico.

## 6. Conclusiones

Con los datos que se han recabado en este trabajo sobre los cambios en la salud de la población española a raíz de la crisis del 2008, se concluye un efecto negativo, sobre todo en lo que se refiere a salud mental. Este hecho, en su mayoría, fue consecuencia del gran impacto del desempleo, en mayor medida en los hombres, quizás relacionado con las responsabilidades que se otorgaban a los hombres en el mantenimiento de las familias. A pesar de ello, la crisis ha apoyado la mayor inserción de las mujeres en el mercado laboral por la necesidad de aumentar los ingresos en los hogares.

Además del desempleo, las condiciones en la vivienda también afectaron sobre la salud física y mental. Las enfermedades respiratorias, por ejemplo, es una de las enfermedades que más afecta cuando se tratan de casas en malas condiciones.

La depresión mayor fue el diagnóstico que más se intensificó en los años de la crisis en ambos sexos. Otras enfermedades como la distimia, o la dependencia y abuso de alcohol, fueron más prevalente en las mujeres y en los hombres, respectivamente.

En cuanto a la alimentación, los hábitos de consumo se vieron modificados. La inseguridad alimentaria aumentó y con ello también lo hicieron la obesidad y los malos hábitos, afectando en mayor medida a las familias con menos recursos, incumpliendo así el derecho a la alimentación que estableció la Organización de las Naciones Unidas. En este tema, la población infantil fue la más afectada y quienes más se vieron perjudicados en términos de pobreza. El consumo de alimentos menos frescos y más procesados afectaron a niños y a nonatos, cuyas madres durante el embarazo tuvieron que recurrir a productos más baratos y menos nutritivos, repercutiendo en la salud presente y futura del hijo.

## 7. Bibliografía

- Alastrué, I. y Giner, M. (2014) La desatención a las personas con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana que no tienen seguro: injusta e ineficiente. *Cartas a la directora, Gaceta Sanitaria* 2014; 28(4), 341-345
- Antenas, J.M. y Vivas, E. (2014). Impacto de la crisis en el derecho a una alimentación sana y saludable. *Gaceta Sanitaria* 28(1): 58-61
- Bandrés, E. y González R. (2015). La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. *Cuadernos de información económica* (248)
- Buffel, V., Van de Velde, S. y Bracke, P. (2015). The mental health consequences of the economic crisis in Europe among the employed, the unemployed and the non-employed. *Social Science Research* 54 (2015) 263-288
- Colell, E., Sánchez-Njubò, A, Delclos, G, Fernando G, y Domingo Salvany, A (2015) Economic crisis and changes in drug use in the Spanish economically-active population. *Society for the Study of Addiction* 110, 1129-1137
- Domínguez-Rodríguez, A., Méndez-Vargasa, C., Sánchez-Grande, A., Avanzascy P., Abreu P. (2014). Administración Sanitaria y crisis económica: a propósito de un caso. *Gaceta sanitaria* 2014 28(4), 342-343
- Flores, M., García, P. y Zunzunegui, M.V. (2014). Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y el largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”? *Gaceta Sanitaria* 2014 28(1), 132-136
- Gili, M, García Campayo, J, y Roca, M, (2014). Crisis económica y salud mental. *Gaceta sanitaria* 28(1), 104-108
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., Mckee, M., Stuckler, D. (2010) The mental health risks of the economic crisis in Spain: Evidence from the primary care centres, 2006 and 2010.
- Girona-Brumós, L., Ribera-Montañá, R., Juárez, J.C., y Lazuela-Broto, P. (2006). Luces y sombras de la prestación farmacéutica en España: a propósito de los antidepresivos y antipsicóticos. *Gaceta sanitaria* 2006 20(1), 143-153
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2018). Recuperado de: <http://www.ine.es/dyngs/INEbase/listaoperaciones.htm>
- Liccardo Pacula, R. (2011). Substance use and recessions: What can be learned from economic analyses of alcohol?. *International Journal of Drug Policy* 22, 326-334
- Martin, N., y Castello, J. (2016). Effects of the great recession on drugs consumption in Spain

- Mercadona S.A (2018). Recuperado de: <https://www.mercadona.es/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/home.htm>
- Novoa, A.M., et al (2014). El impacto de la crisis en la relacion entre vivienda y salud. Políticas de buenas prácticas para reducir las desigualdades en salud asociadas con las condiciones de vivienda. *Gaceta Sanitaria*
- Ortega, E. y Peñalosa, J. (2012) Claves de la crisis económica española y retos para crecer en la UEM, *Banco de España*, Documentos ocasionales 1201.
- Oxfam intermom (2018). Recuperado de: <https://www.oxfamintermon.org/>
- Pee, S. et al (2010) How to ensure nutrition security in the glonal Economic Crisis to protect and Enhance Development of Young Children and our common future, *The journal of Nutrition*, 2010, 138-142
- Segura B, A. (2014). Recortes, Austeridad y Salud. *Gaceta Sanitaria* 2014, 28(1), 7-11
- Sicras-Mainar, A. y Navarro-Artieda, R. (2016). Use of antidepressants in the treatment of major depressive disorder in primary care during a period of economic crisis, *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2016, 12, 29-40
- Zouaghi F., y Sánchez M. (2016). Has the global financial crisis had different effects on innovation performance in the agri-food sector by comparison to the rest of the economy? *Trends in Food Science and technology*, 2016, 50, 230-242