

Informe de la Inclusión Social en España

El Observatorio de la Inclusión Social, ha llevado a cabo un estudio que permitieran un impacto lo más amplio posible. Ante un contexto de más necesidad, se ha realizado un esfuerzo para ampliar los programas sociales. Entre otras actuaciones, se ha ampliado la tienda social y el programa de fomento del éxito escolar, se ha inaugurado un hospital de la Red de Hospitales Caixa Catalunya y se está trabajando en el diseño de un nuevo programa de lucha contra el paro. En conjunto, y a lo largo de 2009, se destinarán 37 millones de euros a actuaciones de ámbito social.

En 2008, la Obra Social de Caixa Catalunya reprendió la línea de investigación de inclusión social que había empezado en 2001 con los informes de La problemática social en Catalunya. Este informe tuvo muy buena acogida entre los medios de comunicación, administraciones públicas, entidades y ciudadanos. El libro que tenéis en la mano es la continuación de ese proyecto de análisis de la realidad social. El informe de la inclusión social en España 2008 optaba por un enfoque de la exclusión social y se centraba en los factores que favorecen la exclusión de las capas tradicionales de la población.

2009

**Informe de la
Inclusión Social
en España 2009**

INFORME DE LA INCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA 2009

Edita:

Fundació Caixa Catalunya
Antoni Maura, 6 – 08003 Barcelona

Dirección científica: Pau Marí-Klose

Autores/as: Pau Marí-Klose, Marga Marí-Klose, Francisco J. Granados, Carme Gómez-Granel, Àngel Martínez. Investigadores/as del Instituto de Infancia y Mundo Urbano (CIIMU).

Análisis estadístico: Francisco J. Granados, Marga Marí-Klose, Alba Lanau.

Corrección de textos: Sandra Escapa, Silvia Claveria, Alba Lanau, Dolors León, Albert Arcarons, ECOS SCCL

Disseño y maquetación: SUBJECT, màrqueting social, SCP

Impresión: AMPANS – Servicio de Imprenta

Agradecimientos:

Queremos agradecer a los siguientes organismos públicos que pusieran sus datos a disposición de la investigación social: Instituto Nacional de Estadística, Banco de España, Centro de Investigaciones Sociológicas, Ministerio de Trabajo e Inmigración, Eurostat, Institut d'Infància i Món Urbà.

Fundació Caixa Catalunya
Número de registro editorial 1535/76
Septiembre de 2009

Depósito legal: B-33.431-2009
ISBN: 978-84-92721-08-5
Imprimido en papel ecológico 75%

Esta obra está bajo una licencia de Reconocimiento-No comercial 3.0 España de Creative Commons.
La licencia se puede consultar en:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/es/legalcode.ca>

Se autoriza la reproducción total o parcial de este libro siempre que se haga constar el título, el autor y el editor y no se utilice para obtener beneficios comerciales.

INFORME DE LA INCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA 2009
Pág. 297, 21 cm
Título en el lomo: Informe de la Inclusión Social en España
ISBN: 978-84-92721-08-5
I. Fundació Caixa Catalunya. II. Caixa Catalunya. III. Título: Informe de la Inclusión Social en España 2009
II. España – Cataluña – Inclusión social

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN	5
2. EL INFORME DE LA INCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA 2008: SÍNTESIS DEL OS PRINCIPALES RESULTADOS	7
2.1. La exclusión social en un escenario cambiante	9
2.2. Las caras de la crisis	14
3. SALUD Y EXCLUSIÓN	21
3.1 Los efectos de la exclusión social sobre la salud	21
3.2 Los efectos de la salud sobre la exclusión social	25
3.3 La salud como fenómeno multidimensional	29
3.4 Capital social y salud	32
4. LA SALUD EN ESPAÑA	35
4.1 La salud de los españoles desde una perspectiva comparada	36
4.2 Distribución geográfica de la salud en España	53
5. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES	67
5.1 Desigualdades de salud en la infancia y adolescencia	79
5.2 Desigualdades de salud en la juventud	105
5.3 Desigualdades de salud en la vida adulta	122
5.4 Desigualdades de salud en las personas mayores	143
5.5 Las consecuencias económicas de una mala salud	160
5.6 Acumulación de riesgos y exclusión social	166
5.7 Recapitulación	172
6. EDUCACIÓN Y EXCLUSIÓN	175
6.1 Educación y riesgos sociales	175
6.2 Factores de desigualdad y vulnerabilidad educativa	181

7. VULNERABILIDAD EDUCATIVA EN ESPAÑA	187
7.1 La expansión educativa en España: perspectivas comparadas	187
7.2 La expansión educativa en España: protagonistas del éxito educativo	192
7.3 Las nuevas caras del fracaso educativo	195
8. DETERMINANTES DE LA DESIGUALDAD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO	201
8.1 Acceso a la educación en la etapa preescolar	202
8.2 Rendimientos en competencias clave en la Educación Secundaria Obligatoria	206
8.3 Abandono escolar prematuro	225
8.4 Transición de la escuela al trabajo	230
8.5 Aprendizaje a lo largo de la vida	249
8.6 Recapitulación	256
9. CONCLUSIÓN	257
BIBLIOGRAFÍA	263
ANEXOS METODOLÓGICOS	279
Anexo 1. Ficha técnica	279
Anexo 2. Indicadores de exclusión económica y laboral por Comunidad Autónoma	285

1. PRESENTACIÓN

Caixa Catalunya, desde su Obra Social, ha llevado a cabo actuaciones innovadoras en el ámbito social que permitieran un impacto lo más amplio posible. Este año, en un contexto de mayor necesidad, se ha realizado un esfuerzo importante para potenciar los programas sociales. Entre otras actuaciones, se ha ampliado el programa de vivienda social y el programa de fomento del éxito escolar, se ha inaugurado un nuevo hospital de la Red de Hospitales Caixa Catalunya y se está trabajando en el diseño de un nuevo programa de lucha contra el paro. En conjunto, y a lo largo de 2009, se destinarán 37 millones de euros a actuaciones de ámbito social.

En 2008, la Obra Social de Caixa Catalunya reemprendió la línea de investigación sobre inclusión social que había inaugurado en 2001 con los informes de *La pobreza en Cataluña*. Este informe tuvo muy buena acogida entre los medios de comunicación, administraciones públicas, entidades y ciudadanos. El libro que tenéis en las manos es la continuación de ese proyecto de análisis de la realidad social.

El *Informe de la Inclusión Social en España 2008* optaba por una perspectiva multidimensional de la exclusión social y se centraba en los ámbitos económico y laboral. Recogía la presencia de las caras tradicionales de la pobreza (personas mayores, mujeres...), pero identificaba nuevos perfiles de exclusión: los niños, y especialmente los recién llegados, aparecían como los más afectados. En el mercado laboral, los jóvenes y también los inmigrantes sufren más vulnerabilidad, según el estudio.

El *Informe de la Inclusión Social en España 2009* actualiza los indicadores más relevantes de los analizados en 2008 e incorpora un estudio detallado de dos nuevas perspectivas de la exclusión social, la salud y la educación. El análisis desde el punto de vista sanitario es poco frecuente todavía en España y aporta conclusiones nuevas y relevantes. El análisis de la exclusión del sistema educativo se realiza desde el estudio de sus causas para poder orientar los programas de lucha contra el fracaso escolar. En ese aspecto, aparece que el factor más relevante para determinar el éxito educativo es la incidencia del entorno, la familia.

Nuevamente, el objetivo de este informe es conocer mejor la realidad que nos rodea, el perfil de las personas más vulnerables y las causas y circunstancias de la exclusión social. Deseamos que la información que contiene permita el diseño de prácticas de inclusión social innovadoras, que reduzcan las desigualdades en salud y en educación.

Esta publicación no habría sido posible sin la colaboración de muchas personas que merecen un sincero agradecimiento por el trabajo realizado. Esperamos que sea de interés para las instituciones y ciudadanos que trabajan en la mejora de las condiciones de vida de los más vulnerables y sobre todo que aporte elementos para una sociedad más equitativa.

Narcís Serra i Serra
 Presidente de Caixa Catalunya

2. EL INFORME DE LA INCLUSIÓN SOCIAL EN ESPAÑA 2008: SÍNTESIS DEL LOS PRINCIPALES RESULTADOS

Los pobres cambian, la pobreza es la misma. En un contexto social cambiante, marcado por transformaciones profundas en el mercado de trabajo, la estructura familiar y las dinámicas de relación entre sus miembros, así como por la expansión del Estado del bienestar, el perfil de las personas afectadas por situaciones de vulnerabilidad también se ha visto alterado. Tradicionalmente estas situaciones se habían concentrado en las edades más avanzadas, provocadas por restricciones en la participación en el mercado de trabajo (por enfermedad, discapacidad, desempleo o abandono) o la viudedad de las mujeres que se habían mantenido desvinculadas del ámbito laboral. La principal forma de exclusión era la económica. En las sociedades postindustrial la desigualdad de rentas no es el único, ni probablemente el más determinante, de los ejes generadores de vulnerabilidad y exclusión social. La exclusión social ha dejado de ser una condición fija o una característica personal o de un colectivo para convertirse en un riesgo asociado a determinadas etapas del ciclo de vida que exponen a las personas que las atraviesan a situaciones de mayor precariedad. Tal como pudimos evidenciar en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008* esta nueva lógica de la exclusión ha rejuvenecido notoriamente el perfil de la vulnerabilidad social. La infancia y la transición a la vida adulta son, en este sentido, nuevas etapas de riesgo. En la actualidad las dinámicas de exclusión tienen que ver, muchas veces, con procesos de formación de la familia, la estructura del hogar, condiciones de acceso y permanencia en el mercado de trabajo, además de la capacidad para conciliar las demandas de la esfera personal, familiar y laboral.

En nuestro país, durante el ciclo de expansión económica la exclusión ha adquirido nuevas caras, pero la pobreza sigue siendo la misma. Paradójicamente la expansión económica y la creación de empleo que se ha propiciado, no ha traído consigo una reducción de la tasa de pobreza (que se ha mantenido en todo el período alrededor del 20%). El incremento de la participación laboral de determinados colectivos (especialmente de las mujeres) y la intensificación de la vinculación de los hogares al mundo del trabajo han reducido algunos riesgos de exclusión económica asociados a la pérdida del empleo. Aun así, participar en el mercado de trabajo no garantiza el bienestar si las condiciones del trabajo son precarias. La precariedad de la ocupación y los bajos salarios –que han proliferado en un contexto de expansión económica– provocan que la pobreza no se asocie sólo a la inactividad, sino que afecte cada vez más a la población trabajadora (*working poor*). Los riesgos de desempleo, inestabilidad laboral y baja remuneración se distribuyen de forma desigual en la población, y se concentran intensamente en los colectivos más jóvenes (paradójicamente la generación

La exclusión social ha dejado de ser una condición fija o una característica personal o de un colectivo para convertirse en un riesgo asociado a determinadas etapas del ciclo de vida que exponen a las personas que las atraviesan a situaciones de mayor precariedad.

En nuestro país, durante el ciclo de expansión económica la exclusión ha adquirido nuevas caras, pero la pobreza sigue siendo la misma. Paradójicamente la expansión económica y la creación de empleo que se ha propiciado, no ha traído consigo una reducción de la tasa de pobreza.

Las etapas del ciclo vital donde se concentra la exclusión económica en España son fundamentalmente tres: infancia, juventud y ancianidad.

La distribución de los recursos públicos adolece de un sesgo de edad.

La exclusión económica y laboral que afecta los sectores más jóvenes de la sociedad puede ser una forma de limitar su bienestar y oportunidades vitales, pero también una forma de hipotecar nuestro futuro como sociedad. Los nuevos riesgos sociales requieren nuevas respuestas políticas.

con los niveles más altos de formación). A este cúmulo de paradojas, cabe añadir una más: los jóvenes representan el grupo de edad con las tasas más bajas de pobreza relativa. El “colchón familiar” que ha permitido amortiguar situaciones de vulnerabilidad social de los jóvenes, aplazando su emancipación, ha actuado como un biombo que invisibiliza una dependencia residencial y económica intensa. En un ejercicio de simulación realizado en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008* descubrimos que si los jóvenes que viven con sus padres se emanciparan contando únicamente con sus ingresos salariales, dos de cada diez serían pobres (tras descontar los costes que supondría hacerse cargo de una hipoteca o alquiler de la vivienda lo serían cuatro de cada diez). Si optaran por un modelo de emancipación clásico (de convivencia matrimonial en la que solo un cónyuge trabaja) cuatro de cada diez jóvenes se situaría por debajo del umbral de la pobreza (tras descontar los costes de la vivienda, el riesgo de pobreza alcanzaría al 70% de esos jóvenes).

Las etapas del ciclo vital donde se concentra la exclusión económica en España son fundamentalmente tres: infancia, juventud y ancianidad. Las respuestas públicas para corregir la vulnerabilidad en estas etapas son de diferente naturaleza. Aunque se haya producido una expansión de las políticas públicas en nuestro país que ha contribuido a “desfamiliarizar” hasta cierto punto la provisión de bienes y servicios a personas en situación de necesidad, el grado de desfamiliarización no es el mismo en todas las edades. La distribución de los recursos públicos adolece de un sesgo de edad. La creciente autonomía social y económica de la población anciana es un reflejo de la concentración de las partidas de gasto social en aquellas políticas orientadas preferentemente a las personas mayores: pensiones y atención sanitaria. La inversión pública en esta etapa del ciclo de vida ha permitido reducir las formas más intensas de pobreza. En cambio, la inversión pública orientada a políticas destinadas a la infancia (educación y políticas familiares y de apoyo a la infancia) es baja. También son escasos los recursos destinados a programas orientados preferentemente a jóvenes, y que pueden facilitar su emancipación económica y residencial. Así, el gasto público dedicado a las políticas activas de empleo y de vivienda está muy por debajo del que realizan la mayoría de los países europeos. La realidad se impone: España es, a día de hoy, el país de la UE15 con las tasas más altas de pobreza infantil, y donde la edad de emancipación de los jóvenes se retrasa más.

La exclusión económica y laboral que afecta los sectores más jóvenes de la sociedad puede ser una forma de limitar su bienestar y oportunidades vitales, pero también una forma de hipotecar nuestro futuro como sociedad. Los nuevos riesgos sociales requieren nuevas respuestas políticas. Un diagnóstico basado en la evidencia empírica es un primer paso para abordar ese reto.

2.1. La exclusión social en un escenario cambiante

La emergencia de nuevos riesgos sociales, la interacción entre ellos, así como la complejidad de los ya existentes requieren instrumentos adecuados para su detección y análisis. Nuestro propósito en este Informe, y en el que le precedió, ha sido analizar la exclusión social desde una triple perspectiva: la exclusión en el ciclo de vida, la consideración de la multidimensionalidad del fenómeno y la diversificación de los indicadores para medirla.

El ciclo vital como una herramienta de aproximación al estudio de la realidad permite identificar episodios y etapas de la vida en los que se concentra un mayor riesgo de exclusión. La creciente desestandarización de las biografías personales contribuye a la diversificación de los riesgos, a su aparición en diversas fases, con distintas duraciones e intensidades. El matrimonio, al igual que el trabajo, ya no es para toda la vida. Las situaciones en las que las personas conviven en pareja, se casan, divorcian, encuentran un trabajo y lo pierden, pueden salpicar diferentes momentos de sus trayectorias vitales. Las *transiciones vitales* concentran muchos de los riesgos de vulnerabilidad social: la emancipación, la formación de la familia, el divorcio o la ruptura de la pareja, y el acceso o el mantenimiento en el mercado de trabajo. En cada una de esas circunstancias, la exclusión puede cristalizar de forma heterogénea. Los problemas y dificultades afectan a diversos ámbitos: trabajo, educación, salud, vivienda e integración social. Los déficits y carencias no se presentan siempre conjuntamente, ni se dan con intensidades similares. Las *causas y desencadenantes* que explican o precipitan los procesos de exclusión social son también diversos. En unos casos es fácil identificar conductas individuales, como la adicción a determinadas sustancias o la comisión de un delito (lo que no niega que estas conductas estén a su vez socialmente condicionadas) asociadas al fenómeno. En otros, la exclusión está ligada a la configuración de los derechos de ciudadanía y los dispositivos de protección social, que condenan a la marginalidad a las personas que no disfrutan de ciertos derechos básicos (como el de tener un empleo legal) o no pueden acceder a una prestación adecuada en caso de necesidad (porque, por ejemplo, su trayectoria laboral no es suficientemente larga o se ha desarrollado en el sector informal). El mercado de trabajo sigue siendo el origen de muchas formas de exclusión, pero no es ni mucho menos el único. El ámbito familiar y doméstico se configura cada vez más como el desencadenante de muchos procesos de exclusión. Las rupturas familiares son episodios de enorme relevancia para entender algunas de las principales dinámicas de exclusión en las sociedades postindustrial. En ocasiones los procesos de exclusión vienen agravados por la dificultad de conciliar la vida familiar y laboral (horarios asociales, escasez de servicios públicos de atención a la infancia, etc.). El riesgo de exclusión se distribuye, por tanto, de

Nuestro propósito en este Informe, y en el que le precedió, ha sido analizar la exclusión social desde una triple perspectiva: la exclusión en el ciclo de vida, la consideración de la multidimensionalidad del fenómeno y la diversificación de los indicadores para medirla.

Las transiciones vitales concentran muchos de los riesgos de vulnerabilidad social: la emancipación, la formación de la familia, el divorcio o la ruptura de la pareja, y el acceso o el mantenimiento en el mercado de trabajo.

forma desigual en la población, afecta de forma cambiante a las personas y suele producirse en diferentes ámbitos, ya sea de forma aislada o, más habitualmente, en una combinación en la que se superponen diversas formas de vulnerabilidad.

Es precisamente el carácter multidimensional y, en el peor de los casos, acumulativo de la exclusión social que nos lleva a abordar este fenómeno de forma integral en tres informes anuales: en el informe del 2008 la exclusión económica y laboral, en el 2009 la sociosanitaria y educativa, y finalmente en el 2010 derechos de ciudadanía, vínculos sociales y vivienda. En cada volumen se aborda de forma más específica dos dimensiones de la exclusión. Pero tal como pudimos demostrar en el informe previo, los ámbitos de exclusión están estrechamente interconectados. De ahí que nuestra labor en este segundo volumen sea –además de analizar las formas de exclusión en salud y educación– la de construir sobre cimientos ya existentes. Por tanto revisaremos y actualizaremos algunas de las principales variables de exclusión económica y laboral, pero también trataremos de desentrañar la interconexión entre los distintos ámbitos de exclusión.

En los últimos meses, el escenario social de nuestro país, así como el de las sociedades de todo el mundo, queda fuertemente condicionado por la crisis financiera global y la desaceleración de la actividad económica que ha propiciado. Según el último *Boletín económico* publicado por el Banco de España, el producto interior bruto ha retrocedido en el primer trimestre del 2009 un 2,9% con respecto al mismo trimestre del año anterior. En este contexto de crecimiento negativo, los registros del empleo también han presentado una evolución negativa. En el primer trimestre de 2009, la “Encuesta de Población Activa” (EPA) registra un descenso en el empleo del 6,4%. La tasa de paro alcanza el 17,4%. Teniendo en cuenta que los salarios suponen una de las fuentes de ingresos más importantes de los hogares está por ver qué efecto puede tener esta situación en las tasas de pobreza. En este contexto resulta difícil conocer la magnitud de las consecuencias de la crisis sobre el riesgo de pobreza. Los datos más recientes para obtener la tasa de pobreza relativa provienen de la “Encuesta de Condiciones de Vida” del 2007 (ECV). Estos datos ofrecen una imagen casi calcada de la que obtuvimos en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*. El porcentaje de personas que se encuentra por debajo del umbral de la pobreza moderada en España es del 19,7% –sólo dos décimas por debajo de la de año anterior.¹

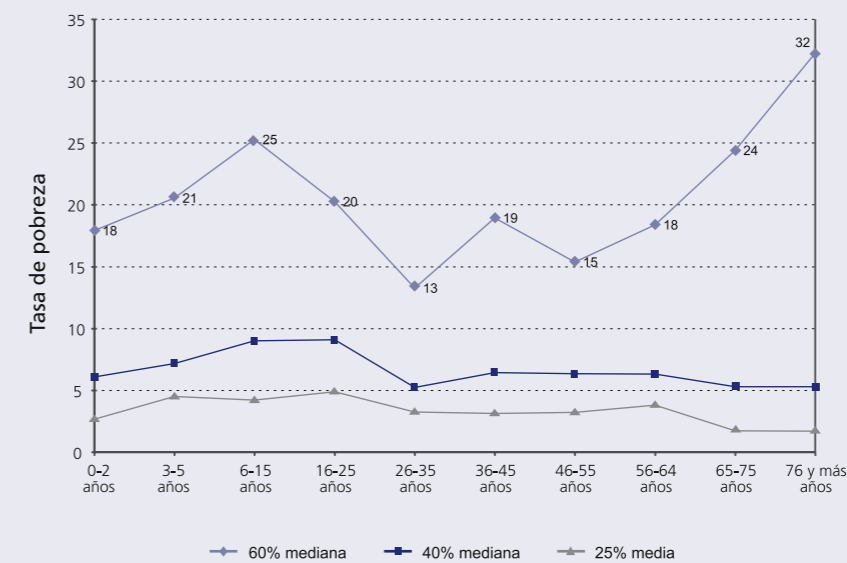
1. En el *Informe de la Inclusión Social 2008* optamos por utilizar varios umbrales de pobreza relativa. Cuando se trata de indicadores para medir la pobreza relativa, siguiendo las recomendaciones de organismos internacionales (Eurostat, OCDE) así como de reconocidos analistas en el estudio de la exclusión, *more than one is best!* (Bradshaw, 2001). Por ello utilizamos tres umbrales: el 60% de la mediana de los ingresos equivalentes o *pobreza moderada* (que corresponde a hogares compuestos por un solo adulto que disponen de menos de 7.203 euros anuales), el 40% de mediana de los ingresos equivalente o *pobreza alta* (4.576 euros anuales) y el 25% de la media o *pobreza severa* (3.264 euros anuales).

El escenario social de nuestro país, así como el de las sociedades de todo el mundo, queda fuertemente condicionado por la crisis financiera global y la desaceleración de la actividad económica que ha propiciado.

El riesgo de exclusión se distribuye de forma desigual a lo largo del ciclo de vida. Tal como se puede apreciar en el Gráfico 2.1, la pobreza moderada dibuja una distribución bimodal, de manera que concentra los mayores riesgos de exclusión económica en los dos extremos del ciclo de vida: infancia y ancianidad. Las personas entre 3 y 25 años de edad y las mayores de 65 tienen tasas de pobreza moderada por encima de la media. Sin embargo, la intensidad de la pobreza que afecta a cada uno de estos grupos de edad varía de forma considerable. Si bien el riesgo de pobreza moderada afecta a tres de cada diez personas de 75 y más años, la pobreza alta y severa es una de las más bajas en este grupo de edad, con un 5,3% y un 1,7% respectivamente. En cambio, entre las personas de 16 y 25 años de edad, la tasa de pobreza alta prácticamente duplica a la de las personas ancianas (9,1%) y la pobreza severa casi la triplica (4,9%).

La pobreza moderada dibuja una distribución bimodal, de manera que concentra los mayores riesgos de exclusión económica en los dos extremos del ciclo de vida: infancia y ancianidad. Si bien el riesgo de pobreza moderada afecta a tres de cada diez personas de 75 y más años, la pobreza alta y severa es una de las más bajas en este grupo de edad, con un 5,3% y un 1,7% respectivamente. En cambio, entre las personas de 16 y 25 años de edad, la tasa de pobreza alta prácticamente duplica a la de las personas ancianas (9,1%) y la pobreza severa casi la triplica (4,9%).

Gráfico 2.1. Tasas de pobreza (moderada, alta y severa) según grupos de edad. España 2007



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ECV_2007, INE.

Pero la renta del hogar no captura todos los aspectos relacionados con el nivel de vida de las personas. Los hogares pueden tener necesidades diversas que cambian con el ciclo familiar, o incluso pueden disponer de recursos que no se contemplan

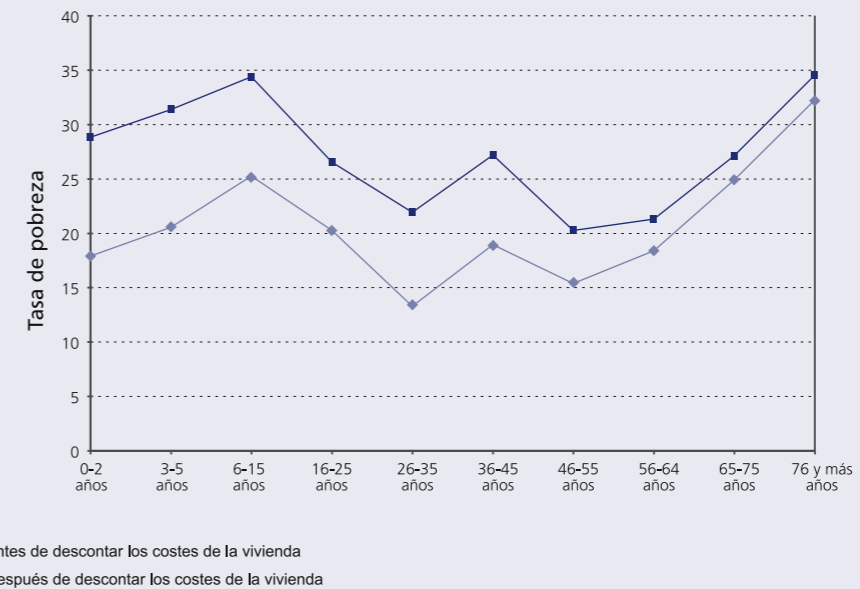
El impacto del pago de hipotecas y alquileres es considerable, y mucho más en los hogares donde viven menores de edad.

en las mediciones convencionales de la riqueza de los hogares. Por ello, desde hace años, la medición de la exclusión económica tiene en cuenta otras dimensiones que van más allá de la carencia de recursos económicos. Entre los indicadores alternativos a la renta, o que se combinan con la renta, se incluye la capacidad de hacer frente a gastos imprevistos, la privación de bienes de consumo básicos, la percepción de que los gastos del hogar representan una carga muy pesada, las condiciones de la vivienda o el impacto del coste de la vivienda en la renta del hogar.² Este último indicador es especialmente relevante ya que se trata de un gasto básico que afronta la mayoría de hogares y que puede influir enormemente sobre la capacidad financiera de las familias, creando las condiciones que favorecen la privación.³ La carga financiera asociada a pagos por la vivienda puede variar de forma considerable para personas que se encuentran en otros aspectos en circunstancias similares (por ejemplo pensionistas que han amortizado totalmente su hipoteca y pensionistas que están pagando un alquiler) sin que estas personas tengan la capacidad para cambiar esa situación. Es por ello que uno de los indicadores más precisos para medir el riesgo de precariedad económica se basa en el cálculo de la renta restante tras deducir el coste de la vivienda.

El Gráfico 2.2 presenta los riesgos de pobreza calculados con el umbral antes y después de descontar los costes de la vivienda. Tal como ya pudimos observar en el informe anterior, el impacto del pago de hipotecas y alquileres es considerable, y mucho más en los hogares donde viven menores de edad. Así, por ejemplo, el riesgo de pobreza pasa de afectar a dos de cada diez niños de 3 a 5 años a hacerlo a 3 de cada 10 después de descontar de la renta del hogar los costes que supone la vivienda. Los efectos de los costes de la vivienda también son bastante importantes para los jóvenes en las edades en que tiene lugar la mayoría de episodios de emancipación (de 26 a 35 años), produciéndose un incremento de 9 puntos porcentuales en la tasa de pobreza. En un contexto de elevados precios de la vivienda (que representan una

parte sustancial de los ingresos de los hogares encabezados por personas jóvenes) y gran inestabilidad laboral, la emancipación se convierte en una transición vital con alto riesgo de exclusión. A edades más avanzadas, el impacto de los costes de la vivienda se reduce significativamente. Eso es debido, por una parte, a que las rentas disponibles son más elevadas y, por otra, a que la carga de las cuotas de la hipoteca es proporcionalmente más baja (generalmente, los pisos se compraron en el pasado a precios más asequibles y el préstamo se ha amortizado parcial o totalmente). Entre las personas ancianas, que viven mayoritariamente en viviendas de propiedad sin ninguna carga hipotecaria, el impacto de los costes de vivienda sobre los riesgos de pobreza es poco significativo. Descontando los costes de la vivienda, los riesgos de pobreza se redistribuyen hacia las etapas tempranas de la vida.

Gráfico 2.2. Tasa de pobreza antes y después de descontar los costes de la vivienda, según grupos de edad. España 2007



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ECV_2007.

2. En el Anexo se pueden consultar algunos de estos indicadores de privación y pobreza por CA.

3. En ediciones anteriores de la "Encuesta de Condiciones de Vida" del INE se disponía de la información sobre el alquiler de la vivienda ocupada pero no sobre la cuota de la hipoteca. En la presente edición (ECV, 2007), además del importe mensual del alquiler, la encuesta recoge el importe del último recibo mensual del préstamo solicitado para la compra de la vivienda principal. En el Informe de la Inclusión Social en España 2008 (p. 90) analizamos la ECV del 2006. Por eso, para estimar el valor de las cuotas de hipoteca que pagan las familias utilizamos información proveniente de la "Encuesta Financiera de las Familias" (2002) del Banco de España, donde se ofrecen los datos sobre las cuotas de la hipoteca. Con esta información imputamos los costes de la vivienda a los hogares entrevistados en la "Encuesta de Condiciones de Vida 2006" que tienen una hipoteca y estimamos la magnitud de los pagos que harían si se mantuvieran constantes las relaciones entre la cuota de la hipoteca (variable dependiente) y un conjunto de variables explicativas (edad, renta total del hogar, años que hace que se tiene la hipoteca y número de personas en el hogar). Esta imputación se basó en los resultados de un modelo de regresión múltiple realizado con los datos de 2002 que nos permitió obtener los coeficientes que relacionan las variables explicativas con las cuotas de hipoteca que pagan los hogares y hacer seguidamente predicciones "simuladas" con los datos de la "Encuesta de Condiciones de Vida 2006". Cabe señalar que los resultados que se obtuvieron son muy similares a los que se extraen este año disponiendo del dato sobre la cuota de la hipoteca en la misma encuesta.

2.2. Las caras de la crisis

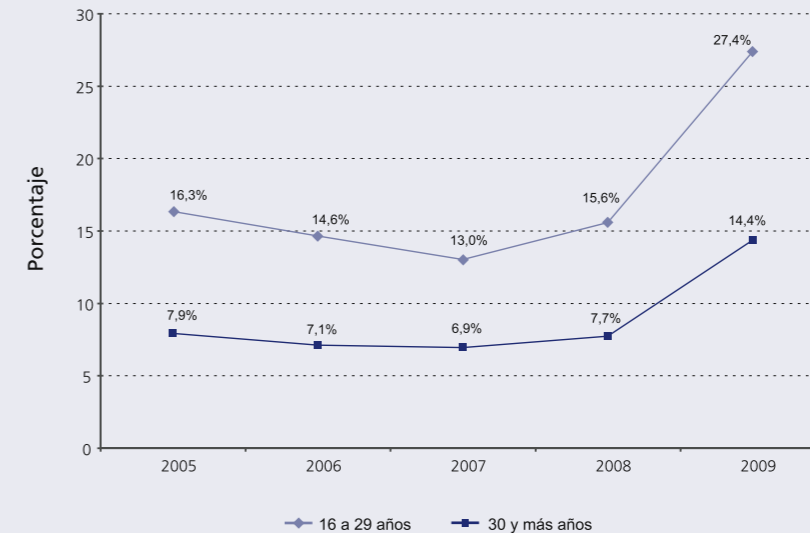
La población joven es uno de los colectivos más perjudicados en la nueva coyuntura económica. En el breve espacio de un año, el volumen de personas menores de 30 años en paro ha aumentado casi doce puntos porcentuales (un 76%).

La principal fuente de renta de las familias es la derivada de su participación en el mercado de trabajo. En un contexto de brusco descenso del empleo, como el que ha tenido lugar en el último semestre de 2008 y primero de 2009, es lógico pensar que las rentas de muchos hogares se hayan resentido, aumentando como consecuencia el riesgo de precariedad. Sin embargo, no resulta fácil estimar ese impacto a falta de datos actualizados sobre los ingresos de los hogares, no disponibles de momento. La exclusión laboral de algún miembro del hogar no tiene el mismo impacto en todos los hogares. Tampoco afecta a todos los grupos sociodemográficos por igual.

La población joven es uno de los colectivos más perjudicados en la nueva coyuntura económica. En el breve espacio de un año, el volumen de personas menores de 30 años en paro ha aumentado casi doce puntos porcentuales (un incremento del 76%). Su tasa de paro se sitúa a finales de marzo de 2009 en el 27,4%, cuando en el primer trimestre de 2007 había registrado el valor más bajo desde inicios de la transición (13%). Las consecuencias de la crisis laboral pueden ser especialmente lesivas para los jóvenes que han accedido recientemente a la emancipación. Desde inicios del presente siglo, en un contexto de expansión económica, y a pesar del coste creciente de acceso a la vivienda para los jóvenes, las tasas de emancipación habían ido aumentando hasta alcanzar el 29,7% de los jóvenes de 16 a 29 años en el tercer trimestre de 2008. Desde finales del 2008 la tendencia se ha invertido, todavía suavemente (se sitúa en el 29,3% en primer trimestre de 2009). La creciente precariedad laboral y la contracción del crédito hipotecario torpedean su acceso a la vivienda. Al mismo tiempo ha aumentado el número de jóvenes emancipados que se han quedado sin empleo (en el último año se ha incrementado en un 78%, INJUVE 2009). La falta de oportunidades laborales puede representar un contratiempo importante para un colectivo cuyo acceso a las prestaciones contributivas de desempleo es limitado (debido a que buscan su primer empleo o la duración de sus trayectorias laborales es demasiado corta). Según datos de la ECV 2007 (elaboración propia), solo el 14,7% de los jóvenes desempleados/as han recibido una prestación de desempleo durante el último año.⁴ Hay que pensar, además, que en muchos casos, la precariedad económica en hogares encabezados por jóvenes no tiene solo consecuencias para ellos, sino también para los menores que tienen a su cargo.

4. En comparación, han recibido prestación por desempleo el 37,4% de las personas desempleadas de 30 a 44 años, y el 49% de las personas desempleadas de 45 a 64.

Gráfico 2.3. Evolución de la tasa de paro de las personas menores de 30 y las de 30 y más años (España 2005-2009)

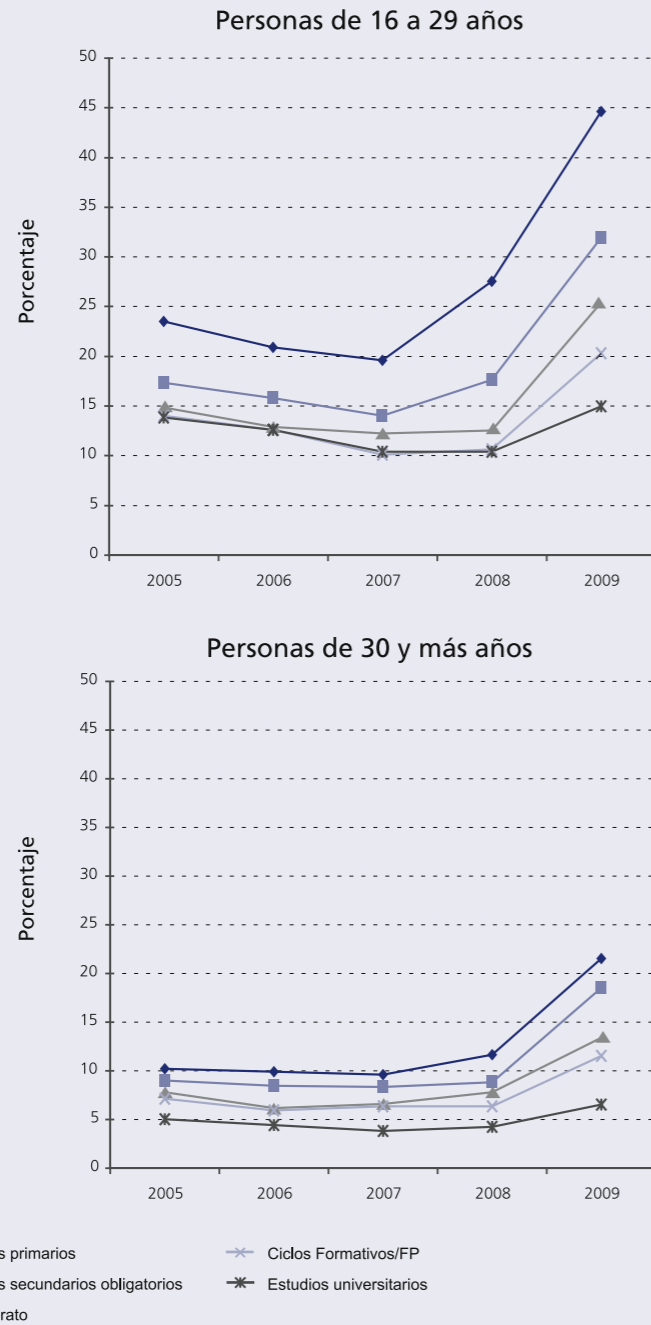


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la EPA, 1er trimestre 2005-2009, INE.

El segundo colectivo que ha visto empeorar su situación laboral son las personas con baja formación. Tal como se puede observar el Gráfico 2.4, las personas con educación primaria tienen tasas más altas de desempleo que aquellas con educación universitaria, tanto entre los jóvenes como entre las personas de 30 y más años. La crisis ha contribuido a acentuar las desigualdades, especialmente entre los jóvenes. Mientras que en etapas de bonanza económica las brechas en las tasas de desempleo eran pequeñas (aproximadamente 10 puntos entre jóvenes con estudios superiores y los jóvenes con estudios primarios), los efectos de la crisis sobre el desempleo se han concentrado en las personas con menor nivel de estudios y contratos flexibles: la diferencia en las tasas de desempleo de los jóvenes con estudios superiores y los que tienen estudios primarios se sitúa en el primer trimestre de 2009 en los 30 puntos porcentuales. Entre las personas de 30 años y más, las diferencias también han aumentado, aunque significativamente menos, probablemente gracias a la naturaleza de los contratos de que disfrutaban la mayoría de las personas a estas edades (que dificultan el despido), independientemente de su nivel educativo.

La precariedad económica en hogares encabezados por jóvenes no tiene solo consecuencias para ellos, sino también para los menores que tienen a su cargo.

Gráfico 2.4. Evolución de la tasa de paro según grupo de edad y nivel de estudios (España 2005-2009)

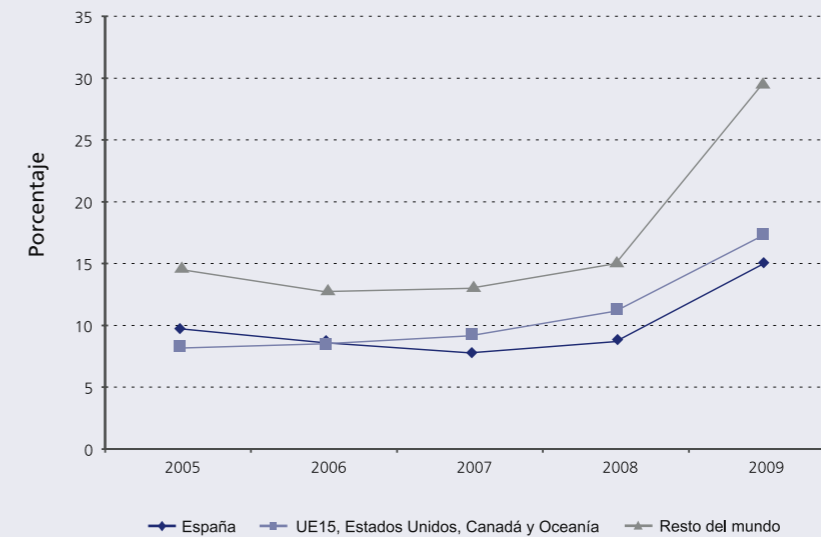


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la EPA, 1er trimestre 2005-2009, INE.

La exclusión laboral tiene otra cara más, la de las personas de origen inmigrante. El desempleo es más frecuente en las personas provenientes de países menos desarrollados que entre las de origen español, comunitario o de países desarrollados como se puede apreciar en el Gráfico 2.5. La crisis económica ha acentuado aún más esas desigualdades. En el gráfico podemos observar que al inicio del período examinado, la diferencia en la tasa de desempleo entre la población de origen inmigrante y la población española era aproximadamente de 5 puntos porcentuales. Durante el primer trimestre del 2009 la diferencia se acerca a los 15 puntos. La crisis económica está dificultando la integración laboral de las personas de origen inmigrante en la sociedad española. La concentración de los inmigrantes en trabajos precarios, bajo modalidades de contratación temporal, está pasándoles factura en un momento de contracción de la demanda de empleo. Esta situación puede agravar la exclusión económica que, de acuerdo a los datos presentados en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, padecen muchas veces estos hogares.⁵

El desempleo es más frecuente en las personas de origen extranjero que entre las de origen español, comunitario o de países desarrollados.

Gráfico 2.5. Evolución de la tasa de paro según nacionalidad (España 2005-2009)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la EPA, 1er trimestre 2005-2009, INE.

5. A todos estos riesgos hay que añadir el acceso diferencial a la protección social. Según datos de la ECV 2007, solo el 25% de los inmigrantes desempleados/as han recibido una prestación de desempleo en el año anterior (en comparación al 34,3% del conjunto de desempleados/as).

En los últimos meses de 2008 y primeros meses de 2009 hemos asistido a un incremento extraordinario de la proporción de “hogares activos” en los que todas las personas activas estaban en paro.

El impacto más importante de la crisis no dependerá de los efectos individuales de la contracción de la demanda de empleo. Como quedó de relieve en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, el paro se convierte en un factor de riesgo para la pobreza de los hogares cuando estos son “pobres en empleo”, es decir cuando hay pocas personas activas que trabajan. En estas situaciones, la pérdida de empleo por parte de una persona aumenta extraordinariamente el riesgo de pobreza. En los últimos meses de 2008 y primeros meses de 2009 hemos asistido a un incremento extraordinario de la proporción de hogares activos en los que todas las personas activas estaban en paro.⁶ Como se puede observar en el Gráfico 2.6, en el último año la proporción de hogares activos en que nadie trabaja se ha incrementado de forma considerable, hasta alcanzar el 7,9% de los hogares. La “Encuesta de Población Activa” no permite estimar cuántos de estos hogares se encuentran en situación de pobreza, puesto que no pregunta acerca de los ingresos del hogar. Lo que sí sabemos es que según datos de la ECV del 2007 cerca de la mitad de los hogares activos donde nadie trabaja son pobres (48,7%). La situación se agrava si el hogar está encabezado por una persona de origen inmigrante. El 72% de los hogares activos encabezados por una persona de origen inmigrante en que nadie trabajaba en 2007, tenían ingresos equivalentes que los situaban por debajo del umbral de la pobreza.

La expansión económica no trajo consigo la reducción de las tasas de pobreza. Está por ver hasta qué punto la crisis puede alterarlas. Lo que parece claro es que la crisis puede intensificar la situación de exclusión económica de las personas más vulnerables, quizás sin repercutir significativamente en la extensión de los problemas de precariedad. Jóvenes, personas con bajo nivel educativo e inmigrantes son colectivos que ya en tiempos de bonanza tenían un riesgo más elevado de exclusión. El desempleo está agravando su situación. Junto a ellos experimentan la vulnerabilidad las personas que dependen de sus ingresos, fundamentalmente niños/as menores de edad. Con los datos disponibles, ése es el rostro de la crisis más impermeable al análisis.

Jóvenes, personas con bajo nivel educativo e inmigrantes son colectivos que ya en tiempos de bonanza tenían un riesgo más elevado de exclusión. El desempleo está agravando su situación. Junto a ellos experimentan la vulnerabilidad las personas que dependen de sus ingresos, fundamentalmente niños/as menores de edad.

Gráfico 2.6. Evolución de la proporción de hogares en que todas las personas activas están paradas (España 2005-2009)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la EPA, 1er trimestre 2005-2009, INE.

6. “Hogar activo” es aquel en que al menos una persona es activa.

3. SALUD Y EXCLUSIÓN

Una de las formas más descarnadas en que se expresa la desigualdad social es a través de los problemas de salud. Los procesos de exclusión social se acompañan a menudo de procesos de deterioro de la salud, que realimentan a su vez la exclusión original. Por otro lado, la salud es un aspecto central en la vida de las personas, del que depende no solo su bienestar físico y psicológico, sino también su capacidad de integración social y oportunidades de desarrollo personal a lo largo de la vida. La exclusión genera problemas de salud y la ausencia de salud, exclusión; así es la doble y compleja relación entre estos dos fenómenos. Las personas que experimentan un deterioro de la salud tienen más probabilidades de ver disminuido su estatus socioeconómico, incrementando con ello el riesgo a verse abocadas a la exclusión económica (como la pobreza) o laboral (como el paro o la precariedad). Las enfermedades pueden incluso propiciar formas de discriminación y estigmatización como consecuencia de las secuelas anatómicas y funcionales que provocan alteraciones de la imagen corporal, discapacidades, o de prejuicios y temores que suscitan en la sociedad. Los siguientes tres capítulos analizan la relación entre diversas formas de exclusión y salud, poniendo el énfasis en los procesos de retroalimentación que afectan a todas estas dimensiones a lo largo del ciclo vital.

Jóvenes, personas con bajo nivel educativo e inmigrantes son colectivos que ya en tiempos de bonanza tenían un riesgo más elevado de exclusión. El desempleo está agravando su situación. Junto a ellos experimentan la vulnerabilidad las personas que dependen de sus ingresos, fundamentalmente niños/as menores de edad.

3.1. Los efectos de la exclusión social sobre la salud

La exclusión económica y laboral tiene un impacto importante sobre la salud, tanto individual como socialmente. En general, en todos los países desarrollados, sean más o menos ricos, las personas que están en peor situación socioeconómica suelen presentar también peor estado de salud. La evidencia acumulada en los últimos años en diversos países sugiere que las personas que pertenecen a segmentos socioeconómicos más vulnerables experimentan un riesgo más elevado de mortalidad, de sufrir una discapacidad o de padecer enfermedades crónicas. A juicio de buen número de expertos, el daño a la salud que provocan las desventajas económicas y sociales se debe no solo a carencias materiales, sino que están relacionadas con *comportamientos de riesgo, hábitos, estilos de vida y factores psicológicos* que repercuten negativamente sobre su salud. La pobreza impone restricciones en el acceso a bienes y recursos que favorecen el mantenimiento de una buena salud. Entre los múltiples factores sociales que afectan a la salud figuran toda una serie de recursos distribuidos desigualmente dentro de las sociedades modernas, como una nutrición adecuada, viviendas en buenas condiciones, entornos urbanos

salubres o con infraestructuras que propicien el desarrollo de actividades saludables (caminar, hacer ejercicio físico, respirar aire no contaminado, etc.). Los alimentos que pueden permitirse las personas con un menor nivel adquisitivo tienen a menudo un contenido más alto en grasas saturadas o azúcares, y más bajo en componentes protectores frente a enfermedades (por ejemplo, antioxidantes). Las viviendas de las personas en situación económica precaria presentan con frecuencia problemas de índole diversa que pueden tener implicaciones para la salud: frío, ruido, humedad, ventilación inadecuada, ausencia de ascensor, etc.⁷ Asimismo, las condiciones en que se hallan estas viviendas pueden acarrear otros riesgos, como incendios o accidentes. El hacinamiento puede favorecer el contagio de enfermedades infecciosas y la falta de privacidad puede repercutir negativamente sobre el estado de salud mental de las personas. Las zonas urbanas donde se concentra una proporción elevada de personas en situación de riesgo de pobreza acumulan a menudo otros problemas que afectan a su salud: polución (propiciada por la cercanía de una fuente de posible contaminación, como una incineradora o un vertedero), elevados niveles de tráfico rodado (que incrementan el riesgo de accidentes y la exposición a contaminación ambiental y acústica), inexistencia de servicios sanitarios o instalaciones para la práctica del deporte, etc. Asimismo, las personas con bajo nivel de ingresos tienen una mayor probabilidad de tener un empleo que lleva aparejados riesgos de sufrir accidentes.

Las diferencias en el nivel de renta y las condiciones materiales son la causa principal de morbimortalidad en los países pobres y/o con una estructura sanitaria fuertemente desigual en cuanto al acceso a los recursos (atención médica, medicamentos, etc.) Sin embargo, en las sociedades de capitalismo avanzado, organizadas bajo el modelo de Estado de bienestar, las condiciones materiales muestran un menor impacto directo en la salud en beneficio de otros factores que también se encuentran arraigados en las diferencias de clase social y renta. Las causas socioeconómicas de la desigualdad muestran diferentes rostros, pues tienen que ver no sólo con el acceso a la atención o la renta disponible, sino también con *comportamientos y percepciones* de riesgo que se presentan más habitualmente en los grupos sociales que se encuentran en situaciones de desventaja social, tanto económica como de estatus y reconocimiento social. Como apuntan diversos informes de la OMS y de la OCDE, en los países de capitalismo avanzado, los problemas de salud derivan principalmente de los estilos de vida y de los comportamientos de riesgo. En la medida que en las sociedades industrializadas se ha desarrollado un proceso de “transición demográfica y epidemiológica” o de “transición de

7. Condiciones de la vivienda como las descritas se asocian con enfermedades y dolencias respiratorias y asma, infecciones por meningococos, problemas en las articulaciones, etc.

salud”⁸, el peso de las enfermedades infecciosas y de la mortalidad infantil y juvenil derivadas directamente de la condición de pobreza es relativamente bajo frente a la relevancia de los llamados nuevos “determinantes de salud” relacionados con estilos de vida, como por ejemplo el tabaquismo, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el sobrepeso y la obesidad o la siniestralidad viaria y laboral, entre otras.

Los grupos desfavorecidos adoptan a menudo estilos de vida, rutinas y comportamientos perjudiciales para su salud; por ejemplo, tienden a hacer menos ejercicio físico y a fumar más. Algunas explicaciones atribuyen esta dificultad para adoptar comportamientos beneficiosos -o abstenerse de los hábitos perjudiciales- a condiciones estructurales de sus estilos de vida. Por ejemplo, el alto consumo de cigarrillos ha sido asociado con condiciones laborales (Buck *et al.* 1988, Menéndez, 1996) y con el aumento de ansiedad ante la incertidumbre laboral. Otras interpretaciones atribuyen los hábitos y estilos de vida nocivos para la salud a la menor confianza en sí mismos, así como en su capacidad de mejorar su salud como resultado de los efectos de sus propias acciones, lo que alimenta actitudes de apatía y pasividad. Por otra parte, las personas con bajo nivel educativo muestran a menudo una menor adhesión a los tratamientos y las prescripciones dietéticas para tratar enfermedades como la diabetes, el VIH-SIDA y la tuberculosis multiresistente. Una tercera explicación pone el énfasis en la importancia de las “subculturas” o modelos terapéuticos de autoatención y autocuidado alternativos, que promueven determinados códigos de conducta y estrategias específicas frente a la enfermedad. Dentro de estas subculturas, ciertos comportamientos –con efectos potencialmente negativos para la salud– se convierten en formas de comportarse “apropiadas para gente como nosotros”.

Al margen de los comportamientos y estilos de vida, detrás de muchas desigualdades en salud hay determinantes psicosociales. En los últimos años, la sociología de la salud ha acumulado evidencia que sugiere que los procesos de exclusión económica y laboral provocan secuelas anímicas que repercuten sobre el estado de salud general. Estar excluido, estar privado de recursos básicos y oportunidades de participación social, tiene importantes efectos sobre las percepciones que uno tiene de sí mismo y sus sentimientos de autoestima.

8. Los conceptos de “transición demográfica” y “transición epidemiológica” hacen mención a los cambios en la morbimortalidad derivados de la industrialización y el desarrollo económico. El primero toma como base los patrones observados en las sociedades industrializadas contemporáneas en comparación con otros períodos históricos; concretamente su tránsito desde altos niveles de fertilidad y mortalidad al declive de ambos en los momentos actuales. La noción de “transición epidemiológica”, por su parte, focaliza su atención en los patrones de cambio de la morbimortalidad, desde el predominio de las enfermedades infecciosas y los problemas nutricionales y de salud reproductiva, a la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas como fenómenos más relevantes y omnipresentes. Finalmente, el concepto de “transición de salud” intenta ir más allá de las nociones antes citadas para incluir de forma comprensiva las dimensiones locales, sociales, culturales y económico-políticas que determinan los procesos de morbimortalidad y de atención (Caldwell, 1989; Caldwell *et al.*, 1994).

El bienestar psicológico de una persona depende, en buena medida, de su posición en la estructura social. Eso se refleja, en última instancia, en el estado de salud global. “Sentirse inferior” como resultado de ocupar un lugar subordinado, poco reconocido o marginal puede activar respuestas biológicas que, a medio o largo plazo, incrementen la vulnerabilidad de las personas ante diversas enfermedades y dolencias. Los sentimientos de humillación, la sensación de que la propia eficacia está reducida o la pérdida de control sobre el entorno han sido asociados a problemas metabólicos (como el incremento de niveles de cortisol), la alteración de la presión sanguínea o el deterioro del sistema inmunológico, que pueden provocar la aparición de dolencias y el desarrollo de enfermedades crónicas. Estos episodios de deterioro psicológico vienen precipitados, con frecuencia, por circunstancias sociales en que las personas ven cuestionado su estatus social previo (como puede ser la pérdida de empleo), no ven recompensados los esfuerzos que creen haber realizado (en forma de gratitud, respeto o remuneración) o tienen la sensación de que son incapaces de hacer frente a las demandas que provienen de su entorno.

Los efectos de la exclusión social sobre la salud tienen un carácter dinámico. Habitualmente las causas socioeconómicas de los procesos de deterioro de la salud operan a lo largo del tiempo, según lógicas acumulativas. Las experiencias sociales acumuladas de forma paulatina en la biografía de una persona terminan inscritas tanto en la anatomía como en la fisiología de sus cuerpos. La mejora general de las condiciones de vida ha propiciado, por ejemplo, el aumento de estatura. Según un estudio reciente de Spijker, Cámara Hueso y Pérez Díaz (2009), basado en los datos recogidos en las encuestas nacionales de salud, las estaturas medias de los hombres y las mujeres españoles nacidos en la década de los ochenta es 11 centímetros mayor que la de los nacidos en la segunda década del siglo XX. Este aumento de estatura se acelera en las generaciones nacidas a partir de 1950, coincidiendo con la expansión económica que se produce en el tardofranquismo.

De la misma forma, la acumulación de experiencias sociales adversas tiene efectos negativos para la salud. El cuerpo de las personas registra experiencias sociales desde etapas muy prematuras. Los estudios longitudinales existentes, que permiten hacer un seguimiento de los itinerarios personales de los individuos desde el momento de nacer, han permitido detectar la aparición de desigualdades relacionadas con la clase social de los progenitores (Bartley *et al.*, 1994). La prevalencia de recién nacidos de bajo peso es, por ejemplo, significativamente mayor en hogares más desfavorecidos, y ocurre algo parecido con la estatura a los siete años de edad (Blane, 2006). Un bajo nivel de renta –u horarios asociales en el trabajo, una vivienda en malas condiciones, etc.– puede comprometer la capacidad que tienen padres y madres de ocuparse adecuadamente de su propia salud y la de sus hijos.

Factores como una nutrición inapropiada durante la infancia (que puede estar asociada a un bajo poder adquisitivo o falta de tiempo para preparar comidas y supervisar su ingesta) o trastornos en la rutina del sueño (propiciados, quizás, por condiciones de hacinamiento en la vivienda) influyen sobre la salud de las personas mucho tiempo después de que esas condiciones se originaran, especialmente si esos factores perviven durante un tiempo prolongado. Un número creciente de investigaciones ponen de relieve que el estado de salud que se disfruta en la edad adulta es el resultado de la influencia de factores que influyeron sobre la fisiología de las personas durante la infancia y la juventud.⁹

3.2. Los efectos de la salud sobre la exclusión social

Un aspecto que suele merecer menos atención que los determinantes sociales de la salud es la salud como determinante de desigualdad y exclusión social. La enfermedad crónica de larga duración y la discapacidad son factores que pueden propiciar el empobrecimiento de las personas, ya que fuerzan su salida del mercado de trabajo, al limitar su capacidad para participar en plenas facultades en él o erosionar sus oportunidades de promoción. La evidencia existente sugiere que las personas que han atravesado afecciones duraderas tienen más probabilidades de hallarse en una situación de inactividad y encontrar muchas dificultades para reincorporarse al mercado de trabajo. Esta situación afecta potencialmente a un segmento importante de la población en edad de trabajar. Según datos de 2003, las enfermedades crónicas o discapacidades afectan al 15% de la población europea. Esta cifra se dobla en edades avanzadas (a partir de los 55 años) (Dupré y Karjalainen, 2003). Evidencias obtenidas con una muestra de toda la población europea (UE15), recogidas por la *European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions*, indican que la probabilidad de que una persona que ha estado de baja entre tres y seis meses vuelva a trabajar es menor del 50%. Si ha estado de baja más de 12 meses, es del 20% (Grammenos 2003). Algunos permanecen inactivos porque su enfermedad o discapacidad les imposibilita cualquier actividad laboral. En muchas ocasiones, éste no es el caso. La integración en el mercado de trabajo de colectivos viene dificultada por barreras (físicas, legales y administrativas) que dificultan su inserción, actitudes discriminatorias y, muchas veces, la falta de voluntad para acomodar las estructuras de las organizaciones a las necesidades de personas que presentan algún tipo de deficiencias.

9. Por ejemplo, trabajando con un estudio longitudinal de 5.500 varones escoceses, Davey Smith (2003) pone de manifiesto que la probabilidad de morir por cáncer de estómago entre los 35 y 64 años está relacionada de manera estadísticamente significativa con la clase social de los padres.

Por otra parte, los problemas de salud, cuando se prolongan en el tiempo, producen desánimo y apatía, siendo ésta una de las principales causas de abandono prematuro definitivo del mercado laboral. Las personas que presentan una discapacidad tienen muchos desincentivos, en ocasiones de índole administrativa, para trabajar. Las personas que, habiendo acreditado que tienen una enfermedad crónica o discapacidad que limita sus capacidades, deciden trabajar, se arriesgan en muchos casos a perder los derechos adquiridos. La asunción en muchas legislaciones nacionales es que aceptar un trabajo es sintomático de recuperación permanente. En estas condiciones, las personas con una discapacidad serán reacias a aceptar empleos con horizontes inciertos (como un empleo temporal) o que entrañen algún riesgo de inadaptación o fracaso si ello conlleva la pérdida de derechos o la necesidad de atravesar un largo periplo administrativo para recuperarlos. En algunos países de nuestro entorno, las prestaciones que reciben las personas discapacitadas están sujetas a una “comprobación de medios”. Los ingresos adicionales procedentes del trabajo pueden provocar una pérdida de renta si la persona supera el umbral de ingresos que da derecho a la prestación o ve incrementada la carga impositiva que soporta. En este caso, los desincentivos financieros actúan como mecanismo generador de desánimo.

Como consecuencia de ello, los niveles de participación en el mercado de trabajo de las personas discapacitadas suelen ser bajos. Las tasas de empleo se sitúan alrededor de la mitad de las de personas sin discapacidad. Los niveles de participación se reducen todavía más cuando se trata de personas de edad avanzada (mayores de 50 años) y bajo nivel educativo (OCDE, 2007). A eso hay que añadir los problemas que supone arrastrar una enfermedad o discapacidad en el empleo. Según datos de la OCDE (2003), los trabajadores/as con alguna discapacidad suelen, por término medio, cobrar entre un 5% y un 15% menos que otros trabajadores, a igualdad de otras condiciones. Otras investigaciones (Elstad, 2004) ponen de relieve que, a igualdad de condiciones, los problemas de salud restan posibilidades de promoción laboral para las personas con una trayectoria laboral continua, especialmente en etapas avanzadas del ciclo vital (por encima de los 40 años). La evidencia disponible sugiere que existe una fuerte asociación entre discapacidad y pobreza. Pero esta pobreza no se distribuye entre todas las personas discapacitadas por igual. En un estudio realizado por la OCDE a lo largo de los tres últimos años en 11 países (2006, 2007, 2008) –entre los que figura España– se pone de relieve que los riesgos de pobreza se concentran en las personas discapacitadas que no trabajan, ya sea porque están desempleadas o porque permanecen inactivas. Los discapacitados/as que trabajan suelen presentar riesgos de pobreza significativamente menores que la población general.

Aparte de la exclusión económico-laboral, es necesario subrayar la existencia de otras formas de exclusión social relacionadas con problemas de salud. Estar enfermo o discapacitado conlleva a menudo procesos de estigmatización social. Ciertos estados físicos y trastornos provocan un rechazo social que puede conducir a la marginación y el aislamiento. Este es el caso de las personas que tienen enfermedades infecciosas que pueden atribuirse a estilos de vida reprobados socialmente, o el de los individuos con trastornos mentales graves (TMG). La estigmatización de los enfermos se expresa en actitudes de evitación por parte de un número considerable de miembros de la sociedad. Se trata, pues, de una reticencia a entrar en contacto, a trabajar, a convivir o a mantener relaciones de amistad con portadores de enfermedades estigmatizadas. También se muestra en la discriminación, la sobreprotección, el paternalismo, la negación de los derechos de ciudadanía u otras expresiones de minusvaloración de las capacidades de los afectados. La estigmatización es multidimensional e incide gravemente en su bienestar y oportunidades vitales. Por ejemplo, uno de cada cuatro europeos con problemas de salud mental declaran haber tenido que abandonar su hogar como consecuencia del deterioro de las relaciones con las personas con las que convivían, algo más de la mitad relatan haber sido maltratados en público a causa de sus problemas y un porcentaje similar teme ser agredido en su vecindario (Van Remoortel, 2003, citado en Stegeman y Costongs, 2003: 18-19).

La estigmatización social de la que son objeto las personas enfermas o con discapacidades provoca a menudo reacciones de baja autoestima, falta de confianza o depresión. En algunos casos estas situaciones llevan aparejado un proceso de autoestigmatización, cuando las personas aquejadas de un trastorno o deficiencia desarrollan sentimientos de vergüenza y culpa, o acaban autoconvenciéndose de su escasa valía personal. En estas circunstancias, tratan de evitar exponerse a situaciones y experiencias que anteriormente realizaban sin ningún problema, como buscar trabajo, buscar pareja o simplemente interactuar con normalidad con familiares o amigos, ante el temor de ser rechazados. La actitud de muchos de estos enfermos se vuelve fatalista y resignada. Incluso el contacto con servicios sanitarios resulta a menudo insatisfactorio; por ejemplo, es habitual que las personas con enfermedades mentales se sientan maltratadas por los profesionales sanitarios al entender que muestran poco respeto por la persona que tienen delante y sus opiniones sobre la enfermedad (Thornicroft, 2006).

En muchos casos, la exclusión de las personas enfermas o discapacitadas comienza en la infancia. La segregación se inicia a menudo como resultado de la escolarización de los niños y niñas en sistemas educativos paralelos. Esa segregación puede alimentar estereotipos y actitudes de recelo mutuo. Un porcentaje elevado de personas con dis-

La salud “selecciona” a los individuos, los reubica socialmente. Episodios de mala salud en momentos críticos de la biografía de las personas pueden provocar que personas “integradas” caigan inesperadamente en situaciones de precariedad económica y social, de las que no les resulte fácil salir.

Los problemas de salud, pobreza y exclusión social tienden a aparecer conjuntamente y a reforzarse entre sí.

capacidades abandona los estudios de forma prematura u obtiene titulaciones básicas, lo que compromete su empleabilidad (Grammenos, 2003: 40-41). Diversos estudios señalan que problemas de salud serios en la infancia y la adolescencia están relacionados con niveles más bajos de logro académico y el acceso a peores primeros empleos (Koivusilta *et al.*, 1998, Karvonen *et al.*, 1999, Miech *et al.*, 1999). Una investigación realizada a partir de una muestra longitudinal de individuos sobre los que se dispone de datos continuos en diferentes etapas de su vida (16, 23 y 33 años de edad) pone de relieve que su mala salud durante la juventud incrementa la probabilidad de movilidad social descendente y reduce la probabilidad de movilidad ascendente (Manor, Matthews y Power, 2003).¹⁰ La salud “selecciona” a los individuos, los reubica socialmente. Episodios de mala salud en momentos críticos de la biografía de las personas pueden provocar que personas “integradas” caigan inesperadamente en situaciones de precariedad económica y social, de las que no les resulte fácil salir. De forma similar, algunas adicciones ilustran claramente el proceso a través del que los problemas de salud y de exclusión social más general se retroalimentan, pudiendo acarrear un empeoramiento severo de las condiciones de vida.¹¹

Los problemas de salud, pobreza y exclusión social tienden a aparecer conjuntamente y a reforzarse entre sí. Reconstruir la dirección de la causalidad es una tarea extraordinariamente difícil, sobre todo en países como el nuestro, donde todavía no se cuenta con muestras continuas suficientemente representativas y duraderas para analizar con rigor los procesos responsables de las desigualdades sociosanitarias. Las aproximaciones a los procesos de causación con estudios transversales son a la fuerza limitadas, pero las únicas posibles en el contexto español. Es importante que los resultados que puedan obtenerse con estos análisis sean interpretados a luz de las evidencias disponibles en países que cuentan desde hace tiempo con instrumentos poderosos de análisis longitudinal. Ese es el propósito que nos imponemos en este trabajo.

10. Sin embargo, este estudio sugiere que los efectos son modestos. En ningún caso se le pueden atribuir las desigualdades en salud que se observan en la edad adulta.

11. En un trabajo reciente, basado en datos obtenidos a partir de una muestra de personas en riesgo de exclusión (Encuesta FOESSA, 2008), Sebastià Sarassa acredita la existencia de un importante impacto de los “problemas de dependencias” en el empeoramiento del nivel de vida de los hogares (tomando como referencia cambios en los últimos diez años).

3.3. La salud como fenómeno multidimensional

La salud es un fenómeno multidimensional. Para entender la relación entre factores sociales y estado de salud es necesario tener en cuenta diversos aspectos. El primer conjunto de indicadores que aparecen en cualquier estudio sobre desigualdad y exclusión en salud se refieren a la mortalidad. La exhaustividad de la información recogida en el registro de mortalidad, junto a la factualidad del fenómeno, la convierte en un indicador muy fiable para rastrear la existencia de influencias robustas de factores sociales sobre problemas de salud. Son diversos los países donde se ha podido acreditar esta relación entre desigualdades socioeconómicas y tasas de mortalidad. En Gran Bretaña, por ejemplo, White *et al.* (2003) ponen de relieve la existencia de una asociación bastante importante entre clase social y tasa de mortalidad por cualquier causa (estandarizada por edad). Entre los hombres de 35 a 64 años, la ratio entre las tasas de mortalidad de los miembros de la clase IV y V (trabajadores semicualificados y no cualificados) y de las clases I y II (que incluyen a profesionales liberales y directivos) era de 1,75 en 1999; entre las mujeres, la ratio era algo inferior: 1,41. Estadísticas gubernamentales ponen de manifiesto que la esperanza de vida en el período 2002-2005 entre los miembros de la clase I (85,1 años) es 7 años mayor que entre los miembros de la clase V (78,1). Buena parte de esta diferencia se debe a que la esperanza de vida a los 65 años es 4,3 años mayor en la clase I. En Francia, Desplanques (1993) ha calculado que la esperanza de vida masculina a los 60 años entre los profesionales más longevos a partir de esa edad (ingenieros) y los menos (peones) es de 5,2 años. Los trabajadores que realizan tareas no manuales tienden a mantener ventajas importantes ante la muerte (citado en Monasterio Escudero, Sánchez Álvarez y Blanco Ángel, 2005: 464).

Estudiar desigualdades en mortalidad requiere grandes muestras e información detallada sobre características socioeconómicas para identificar correctamente a colectivos que pueden ser víctimas de exclusión social. Los datos disponibles en el registro de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística en España no permiten atribuir características socio-demográficas a los individuos (salvo el sexo, la edad y el municipio de residencia). Aunque el registro recoge información sobre la ocupación del difunto/a, los datos son muy deficientes: en la mayoría de las provincias predominan los casos a los que no se ha asignado ninguna ocupación.¹² Debido a ello, los estudios sobre mortalidad tienen habitualmente un enfoque ecológico. Relacionan la mortalidad en distintas áreas geográficas con indicadores

12. Regidor, Gutiérrez-Fisac y Rodríguez (1995) analizan la relación entre ocupaciones y mortalidad en los años ochenta con los datos de las 8 provincias en las que mejor se cumplimenta la información sobre ocupación. Sus resultados acreditan la existencia de una razón de mortalidad importante entre clases manuales y no manuales (1,72 en el período 1988-1990). La calidad escasa de los datos sobre ocupación en los registros de mortalidad más recientes desaconseja la replicación de su análisis.

socioeconómicos o de privación material. La conclusión general es que existe un exceso de mortalidad en las zonas geográficas con más privación material.¹³

En vista de las dificultades, en este informe –centrado en los riesgos de exclusión social que experimentan los individuos a lo largo de la vida– hemos escogido prescindir de la mortalidad para concentrar el análisis en indicadores de morbilidad y hábitos y estilos de vida que tienen una incidencia reconocida en la salud (recogidos a partir del relato subjetivo de personas entrevistadas en encuestas representativas). El foco de atención son estados de mala salud en que se encuentran las personas, ya sea diagnosticados o simplemente juzgados por el entrevistado como tal. La multidimensionalidad del fenómeno a tratar exige ciertas aclaraciones preliminares.

Una distinción fundamental en el estudio de la morbilidad es la que existe entre enfermedades agudas y crónicas. En comparación con las enfermedades crónicas, las enfermedades agudas se manifiestan de forma súbita e imprevista, pero generalmente se resuelven de forma muy rápida y con una elevada probabilidad de recuperación completa; por eso, los efectos sobre la vida de las personas suelen ser menores, es decir, su incidencia entre las personas varía poco a lo largo del ciclo vital. En cambio, la incidencia de enfermedades crónicas se incrementa con la edad, lo que acarrea importantes implicaciones sociales en ámbitos como el mercado laboral, la familia o los sistemas de protección social.

Las enfermedades crónicas pueden tener efectos muy diversos en la calidad de vida de las personas; su mera presencia no permite extraer muchas conclusiones acerca del estado general del paciente y su capacidad para llevar una vida normalizada. Las personas con cáncer, enfermedades cardiovasculares u otras afecciones crónicas presentan cuadros clínicos muy variados, a los que corresponden una gama muy amplia de capacidades funcionales. De ahí que las investigaciones sociales sobre la salud de la personas presten menos atención a los indicadores de “diagnóstico” que a indicadores que miden el “estado funcional” de las personas. En algunas situaciones, las enfermedades crónicas originan discapacidades que inciden tanto sobre la persona directamente afectada como sobre su entorno próximo, al ver mermada severamente su autonomía y requerir cuidados y atención permanente.

Otra distinción muy habitual en la literatura social sobre la salud es la que diferencia enfermedades físicas y mentales. Desde un punto de vista analítico, la distinción trasciende la existencia de un diagnóstico. La investigación social sobre salud mediante encuesta pregunta a menudo por *sintomatología física* que no ha sido necesariamente diagnosticada o es objeto de tratamiento, como pueden ser dolencias varias de carácter inespecífico (dolores de cabeza, de espalda, etc.). De la misma manera, pueden distinguirse los indicadores de

13. Alguno de estos estudios ha logrado una considerable aproximación a las condiciones socioeconómicas de unidades territoriales pequeñas. Una buena ilustración es el estudio de Benach *et al.* (2006).

trastornos mentales basados en un diagnóstico (esquizofrenia, depresión, etc.) de los indicadores basados en la presencia de síntomas (problemas para conciliar el sueño, angustia, falta de confianza en las capacidades de uno mismo para resolver sus problemas). Muchos estudios sociales utilizan el concepto más global de malestar psicológico. En el presente informe hemos analizado información sobre desigualdades en diversos trastornos crónicos de carácter físico y mental. Esa información ha sido obtenida en encuestas nacionales de probado rigor y fiabilidad a partir de la información proporcionada por el entrevistado. El indicador de malestar psicológico empleado es un índice aditivo construido a partir de 12 preguntas que interrogan al entrevistado/da sobre su estado psicológico reciente, incluidas en la “Encuesta Nacional de Salud 2006” (ENSE 2006). Se examinan, asimismo, los factores sociales que afectan a cada uno de los ítems que componen ese indicador.

Junto a estos indicadores se ha tenido en cuenta el *estado de salud percibido*, que es uno de los ítems más utilizados en el análisis de las desigualdades en salud. Es una medida subjetiva de la percepción que la persona tiene de su estado de salud. Un buen número de investigaciones han puesto de manifiesto que las medidas de salud percibida mantienen una correlación muy alta con indicadores objetivos, tales como las valoraciones y diagnósticos que realizan los mismos médicos; es además un indicador excelente del riesgo de mortalidad. En un estudio pionero realizado con una muestra de ancianos canadienses en 1982, se ponía de manifiesto que la propia valoración de la salud era un mejor predictor de supervivencia (en un período de 7 años) que la información que aparecía en los archivos médicos (Mossey y Shapiro, 1982). Desde entonces, más de una veintena de estudios han confirmado la validez de las autoevaluaciones para determinar el riesgo de mortalidad (Idler y Benyamini, 1997). Las percepciones subjetivas del estado de salud proporcionan un indicador simple, directo y global del estado de salud, que captura dolencias y otros síntomas relacionados a enfermedades que el sujeto padece (hayan sido diagnosticadas o no), así como el malestar psicológico que trae consigo y las expectativas de mejora o empeoramiento que tiene la persona afectada.

Un último conjunto de medidas analizado se refiere a *hábitos y estilos de vida* estrechamente relacionados con la salud. Es bien conocido que las adicciones al alcohol o al tabaco, el consumo de dietas inadecuadas, la vida sedentaria, etc. provocan o predisponen al desarrollo de algunos de los trastornos crónicos más comunes (*The World Health Report*, 2002). Por ejemplo, el consumo inmoderado de alcohol ha sido asociado con más de sesenta patologías y tiene un impacto considerable en las tasas de mortalidad (Murray y López, 1996).¹⁴ Algunas estimaciones sugieren que el consumo de alcohol

14. También es cierto, sin embargo, que el consumo de alcohol puede prevenir el desarrollo de otras enfermedades, como ciertas afecciones coronarias, enfermedades cardiovasculares o la diabetes de tipo II.

contribuye al 3,2% de la mortalidad total en el mundo, y esa probabilidad se incrementa por encima del 10% en los países desarrollados (Rehm, Room y Moneiro, 2004). Por el contrario, actividades de ocio como el ejercicio físico (a intensidad moderada) procuran importantes beneficios para la salud. Estos beneficios tienen consecuencias especialmente positivas para los adultos que llevan una vida sedentaria (Haapanen *et al.*, 1996).

Hay quien considera que estas conductas no debieran ser objeto de atención por parte de la investigación social. Desde este punto de vista, se sugiere que los comportamientos poco saludables son acciones individuales soberanas, que se inscriben en el ámbito de la libertad personal para escoger aquello que a uno más le conviene: si un fumador/a quiere protegerse de los perjuicios que provoca el tabaco, está en su mano cambiar su comportamiento y dejar el hábito. Si no lo hace, es responsabilidad suya. El inconveniente de este tipo de interpretaciones es que renuncian a explicar qué provoca que ciertos grupos sociales –que por lo general ocupan posiciones subordinadas en la estructura social y presentan más riesgo de exclusión– sean más proclives a incurrir en este tipo de conductas y tengan más dificultades para dejarlas cuando se lo proponen. Sin analizar factores sociales que influyen en las decisiones individuales, resulta también imposible entender por qué esos mismos grupos (trabajadores/as manuales, parados/as o personas de origen extranjero) son más reacios a participar en algunas actividades beneficiosas para su salud (como el ejercicio físico). Es importante, por lo tanto, conocer los determinantes sociales de ese tipo de comportamientos y averiguar cómo corregir las desigualdades en salud que generan.

3.4. Capital social y salud

En muchos estudios clásicos sobre los determinantes de las desigualdades en salud predominaba una concepción atomística de la salud, que era considerada un asunto que afecta a los individuos y como tal debía estudiarse (Menéndez, 1996). Desde inicios de la década de los noventa, la investigación social ha cobrado conciencia creciente de la importancia de los indicadores de integración social para entender el fenómeno. La literatura sobre la influencia de la *integración social* sobre la salud es amplia y variada (Kawachi, Subramanian y Kim, 2006). La asunción que subyace en la primera generación de estudios sobre estas cuestiones es que la cohesión social –medida a través de la presencia de fuertes vínculos comunitarios, altos niveles de participación ciudadana

en actividades cívicas y confianza mutua– tiene un efecto beneficioso sobre la salud y los hábitos individuales. La integración social es vista como una forma de “capital” (*capital social*), que contribuye a la buena salud de los grupos humanos (ya sean países, ciudades o comunidades pequeñas) (Putnam, 2000).

Abundante investigación internacional ha acreditado la relación entre bajos niveles de capital social y niveles agregados de salud. Diversas medidas de capital social (nivel de confianza, participación en asociaciones o voluntariado) están correlacionados con la prevalencia de trastornos físicos, como enfermedades cardiovasculares o algunos tipos de cáncer, a escala estatal, regional o municipal. De manera cada vez más concluyente, también se relaciona la falta de capital social con los riesgos de mortalidad y la esperanza de vida media en una sociedad o grupo social. Los resultados obtenidos en diferentes contextos sugieren que la asociación entre capital social y salud es más robusta allí donde existen niveles elevados de desigualdad socioeconómica (Islam *et al.*, 2006).

Conceptos como red social y capital social se han trasladado al plano individual y se han asociado con mortalidad (Berkman y Syme, 1979; House *et al.*, 1982) y morbilidad (Broadhead *et al.*, 1983) en la población general. Desde ese punto de vista, las personas con niveles elevados de capital social son las que están plenamente integradas en redes de familiares, de amigos/as, compañeros/as de trabajo o vecinos/as, con los que mantienen vínculos personales estrechos, y de los que obtienen recursos (materiales, información o simplemente afecto y apoyo emocional). Se han propuesto diversas explicaciones para dar cuenta del efecto positivo del capital social sobre la salud individual. Las más invocadas sugieren que a) el aislamiento y la falta de integración social tienen un efecto directo en la calidad de vida, debido a que son factores que por sí mismos generan malestar y predisponen a la persona a empeorar su salud, b) las redes actúan como dispositivo de control e inducen a las personas a llevar a cabo prácticas saludables y abstenerse de las que pueden ser perjudiciales para su salud, y c) la integración social mejora la capacidad individual para hacer frente a situaciones sociales e individuales adversas. Este último mecanismo es particularmente interesante en una investigación centrada en el análisis de la relación entre salud y exclusión social. Desde este punto de vista, el capital social puede atenuar las consecuencias sobre la salud de episodios o circunstancias que incrementan el riesgo de exclusión social, como son el desempleo, el divorcio o la muerte de la pareja.

Según algunos estudios, el apoyo emocional que proporcionan las redes de una persona es, además, un aspecto importante para frenar la progresión de una enferme-

dad o acelerar la recuperación de un paciente.¹⁵ El capital social puede suplir, además, déficits de los sistemas sanitarios en la provisión de servicios para hacer frente a la enfermedad, ahorrando al paciente la necesidad de invertir recursos propios para acceder a cuidados y atención que, de otro modo, podrían mermar su situación financiera. En países como España, en caso de enfermedad, la familia se configura muy a menudo como una unidad de prestación de cuidados sanitarios o cuasisanitarios. Es habitual que los familiares (o una persona delegada) se hagan cargo de los enfermos crónicos cuando no son capaces de valerse por sí mismos, actúen como intermediarios con los profesionales sanitarios (intervengan en la programación de visitas, lo acompañen al médico en sus visitas, adquieran los fármacos prescritos), participen en la interpretación del diagnóstico y en la toma de decisiones sobre el tratamiento y velen al enfermo en sus convalecencias hospitalarias. Cabe esperar que la presencia de familiares disminuya la soledad y la incertidumbre del paciente ante la enfermedad, facilite la relación con los médicos y la obtención de información, y pueda contribuir a mejorar la atención que recibe el enfermo, al proporcionar una vigilancia continua del estado del enfermo e intensificar la búsqueda de los tratamientos que precisa, un acceso más rápido a las prestaciones o un trato más atento (Pérez Díaz, Chulià y Álvarez Miranda, 1998: 165-166). En este contexto de expectativas por parte de todos los actores involucrados en la gestión de la enfermedad e intermediación entre enfermos/as e instituciones de prestaciones públicas, es también posible que el protagonismo de la familia genere desigualdades entre quienes pueden procurarse ese apoyo y quienes no cuentan con él. Ante todo ello, es lógico pensar que los procesos de exclusión social que generan un riesgo de marginación y aislamiento social incrementen los riesgos para la salud de los afectados.

15. Un número considerable de investigaciones sugieren que la evolución de afecciones y el riesgo de mortalidad que entrañan depende, en gran medida, de las redes de apoyo con que cuenta la persona afectada. Diversos trabajos ponen de manifiesto que el apoyo emocional previene la aparición de trastornos mentales en personas convalecientes o con discapacidad (Lesperance 1996, Fitzpatrick *et al.*, 1991). Otros estudios ponen de manifiesto que el aislamiento social y la falta de apoyo emocional incrementan el riesgo de mortalidad de los pacientes que han sufrido un infarto de miocardio o una enfermedad cerebrovascular (Williams *et al.*, 1992, o Dickens *et al.*, 2004). Por otra parte, existen estudios que sugieren que el apoyo emocional refuerza el sistema inmunológico en pacientes de SIDA (Kiecolt-Glaser y Glaser, 1995).

4. LA SALUD EN ESPAÑA

Gozar de buena salud es una de las ambiciones principales de cualquier ser humano. Pero no sólo los individuos se preocupan por su salud, sino que es también una ambición colectiva de estados y organismos supraestatales. Un buen estado general de salud es un activo importante de un país, que contribuye al bienestar general y mejora su capital humano y su competitividad internacional. Así lo entienden, por ejemplo, los organismos de la Unión Europea, que en su carta fundamental de derechos reconoce, en el artículo 33, que todo el mundo tiene derecho al acceso a atención sanitaria preventiva y a beneficiarse de tratamiento médico en caso de necesidad. En el Consejo de Lisboa de 2000, los países europeos fijaron la provisión de servicios de asistencia sanitaria de calidad como uno de los cuatro objetivos estratégicos en el ámbito de la protección social pública (junto a la promoción de la inclusión social, la consolidación de un sistema de pensiones sostenible y el desarrollo de políticas de empleo que favorezcan la activación). En cuestión de gasto público, el gasto sanitario se ha convertido en la segunda partida presupuestaria en el terreno de la protección social, sólo por detrás del gasto dedicado a pensiones de jubilación y supervivencia. La universalidad de la cobertura sanitaria genera también grandes consensos en la ciudadanía. En todos los países europeos, las inversiones en asistencia sanitaria pública se han incrementado en las últimas décadas, en parte gracias al considerable apoyo social que reciben este tipo de prestaciones. Según una encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas, 2 de cada 3 ciudadanos españoles no tienen duda alguna de que el Estado debe “ofrecer asistencia sanitaria para todos”. El 22% cree que probablemente debería y menos del 3% se muestra contrario (Estudio 2.671, 2007). Junto a la protección social a la vejez, la asistencia sanitaria universal es la política social que recibe más apoyo.

En España, el gasto público en atención sanitaria por habitante entre 1980 y 1990 (en términos reales) se multiplicó por 2,5, coincidiendo con la universalización de los servicios sanitarios, aunque este crecimiento se ha moderado en los últimos años. Desde principios de los noventa, el crecimiento del gasto sanitario público es menor que en otros países de Europa, lo que se refleja en un gasto por habitante bajo en comparación con el que realizan otros países. Según datos de la OCDE, España gastó en 2005 1.609 dólares por habitante (ajustados por paridad de poder de compra). Esta cifra representa una baja inversión pública en términos comparativos. Sólo Portugal (1.478) y Grecia (1.277) gastan menos en la UE15. Excepto Italia (1.913), todos los países de la OCDE se sitúan por encima de los 2.000 dólares por habitante.

El gasto sanitario es sólo uno más de los determinantes del estado de salud de una sociedad. El presente capítulo se propone examinar en qué medida España consigue rendi-

mientos sanitarios aceptables en el contexto de países con los que nos podemos comparar por grado de desarrollo económico y gasto sanitario. Se trata de ofrecer una visión comparativa que ayude a identificar los problemas de salud prioritarios que puedan requerir atención para cerrar brechas con otros países. Conocer donde se sitúa España en el contexto internacional próximo nos otorga una vara de medir nuestra salud en general y la de los grupos más vulnerables en particular. Las fuentes utilizadas para el análisis son primarias (“Encuesta Social Europea”) y secundarias (datos de la Organización Mundial de la Salud, la OCDE, la Comisión Europea y diversos estudios publicados por equipos transnacionales). Dado el elevado grado de descentralización del sistema sanitario español, se presentan asimismo evidencias de la distribución territorial de una selección de indicadores del estado de salud por comunidades autónomas (CA). Se utilizan principalmente fuentes primarias generadas por organismos públicos (“Encuesta de Condiciones de Vida”, “Barómetro Sanitario”, “Encuesta Nacional de Salud”).

4.1. La salud de los españoles desde una perspectiva comparada

Si la comparamos con la de la mayoría de países del mundo, la salud de los españoles es excelente. España forma parte del grupo de sociedades prósperas que logran los mejores resultados sanitarios del mundo. En algunos aspectos cruciales, la salud en España es incluso mejor que en países con parecido grado de desarrollo económico y gasto sanitario. En 2005, España es el cuarto país con la esperanza de vida al nacer más alta de los países de la OCDE: 81,7 años. Es el primero de la UE15. La esperanza de vida femenina alcanza los 83,9 años, sólo superada por Japón (OCDE, 2007).¹⁶ El lugar destacado que ocupa en ese ranking cobra mayor significado si se tiene en cuenta la relación entre grado de desarrollo económico, gasto sanitario y esperanza de vida. Hay una clara asociación entre niveles de desarrollo económico (medido en producto interior bruto per cápita en paridad de poder de compra) y esperanza de vida, aunque esta relación es menos acusada cuando los países alcanzan umbrales elevados de desarrollo económico. Existe también una asociación entre los niveles de gasto sanitario *per cápita* y el indicador de esperanza de vida. En los gráficos puede observarse que el grado de asociación de la esperanza de vida con el nivel de gasto público es mucho mayor que con el gasto privado. También es fácilmente apreciable que, alcanzado un cierto umbral

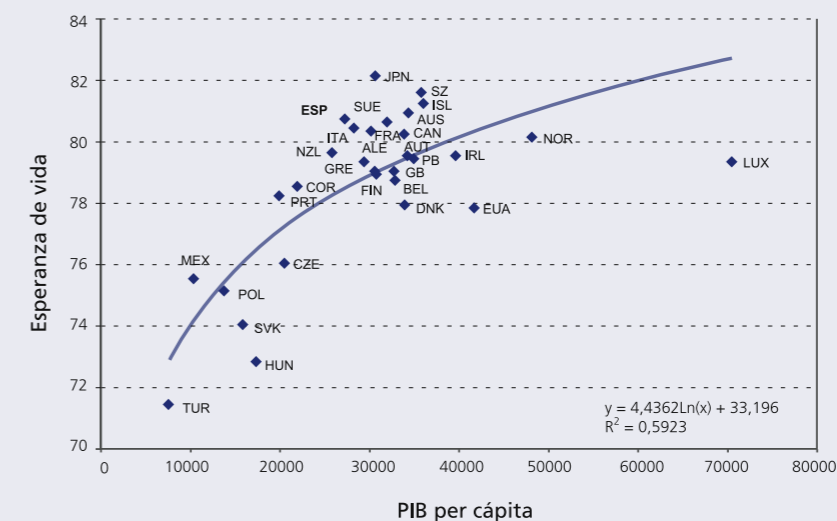
Si la comparamos con la de la mayoría de países del mundo, la salud de los españoles es excelente. España forma parte del grupo de sociedades prósperas que logran los mejores resultados sanitarios del mundo. En algunos aspectos cruciales, la salud en España es incluso mejor que en países con parecido grado de desarrollo económico y gasto sanitario. En 2005, España es el cuarto país con la esperanza de vida al nacer más alta de los países de la OCDE: 81,7 años. Es el primero de la UE15. La esperanza de vida femenina alcanza los 83,9 años, sólo superada por Japón (OCDE, 2007).¹⁶ El lugar destacado que ocupa en ese ranking cobra mayor significado si se tiene en cuenta la relación entre grado de desarrollo económico, gasto sanitario y esperanza de vida. Hay una clara asociación entre niveles de desarrollo económico (medido en producto interior bruto per cápita en paridad de poder de compra) y esperanza de vida, aunque esta relación es menos acusada cuando los países alcanzan umbrales elevados de desarrollo económico. Existe también una asociación entre los niveles de gasto sanitario *per cápita* y el indicador de esperanza de vida. En los gráficos puede observarse que el grado de asociación de la esperanza de vida con el nivel de gasto público es mucho mayor que con el gasto privado. También es fácilmente apreciable que, alcanzado un cierto umbral

16. La esperanza de vida masculina (77,4) también está por encima de la media de los países de la OCDE.

de gasto público (en torno a los 1.500-1.700 dólares *per cápita*), no se producen aumentos adicionales en la esperanza de vida.¹⁷

España presenta unos resultados excepcionales en relación con su desarrollo económico y nivel de gasto, sólo comparables a los de Japón (cuyo nivel de desarrollo económico y gasto sanitario son ligeramente más elevados). El cuarto lugar en el ranking de esperanza de vida cobra mayor significado si se tiene en cuenta que España ocupa la posición 15 en PIB *per cápita* y la posición 19 en gasto sanitario (de 24 países).

Gráfico 4.1.(a) Esperanza de vida según PIB per cápita en diversos países de la OCDE (2005)

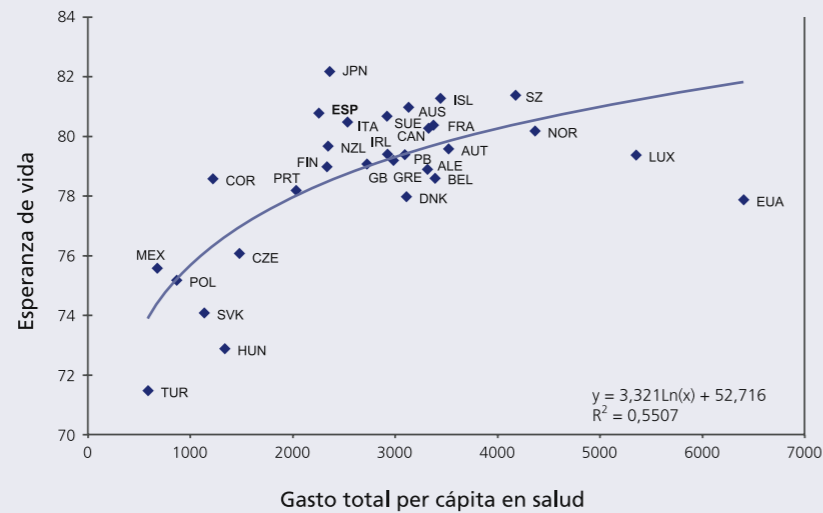


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de Health at Glance 2007, OCDE.

17. Cálculos adicionales (no mostrados) sugieren que la correlación entre la esperanza de vida y el nivel de desigualdad de renta en el país (medido con el índice de Gini) es significativamente más baja: $R^2 = 0,19$.

Los españoles (especialmente las españolas) viven más años que los ciudadanos de países con niveles de desarrollo económico y gasto sanitario similares.

Gráfico 4.1.(b) Esperanza de vida según gasto total en salud en diversos países de la OCDE (2005)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de Health at Glance 2007, OCDE.

En las últimas cinco décadas (entre 1960 y 2005), los españoles han ganado más años a la vida que los ciudadanos de otros países; han incrementado su esperanza de vida en 10,9 años, frente a los 10,1 de media en los países de la OCDE. En la UE15, sólo en Portugal el incremento de la esperanza de vida ha sido mayor que en España, aunque el punto de partida también era más bajo. Este aumento de los años de vida es resultado tanto de una disminución del riesgo de mortalidad en las primeras etapas de la vida como de un alargamiento de la esperanza de vida en edades avanzadas.

España ha hecho progresos en la disminución de la tasa de mortalidad infantil,¹⁸ que entre 1970 y 2005 ha descendido, por término medio, el 5,4%, lo que representa un ritmo de decrecimiento superior a todos los países de la UE15 excepto Luxemburgo, Grecia y Portugal. A pesar de ello, con 4,1 muertes por 1.000 nacimientos, todavía se sitúa en el furgón de cola de los países de la UE15, cuya tasa de mortalidad infantil, en 2005, era inferior a la española en 10 de los 15 países.

18. La tasa de mortalidad infantil es el número de niños y niñas menores de un año que mueren en un determinado año, expresado como muertes por 1.000 nacimientos.

Los progresos en la esperanza de vida son más evidentes cuando examinamos indicadores de mortalidad prematura y esperanza de vida a los 65 años. La *mortalidad prematura* es una forma de calcular años potenciales de vida perdidos. Se trata de una medida muy sensible a la muerte de las personas en edades jóvenes.¹⁹ En los países de la OCDE, entre 1970 y 2004, la mortalidad prematura se ha recortado a menos de la mitad (se reduce en un 55%). En España, ha disminuido algo más: un 59%. Con 3.304 años por 100.000 habitantes, España es uno de los países que presentan valores más bajos en la UE15. Sólo Suecia, Holanda e Italia tienen menor mortalidad prematura. Esta cifra oculta, sin embargo, considerables diferencias entre hombres y mujeres. Mientras la mortalidad prematura de las mujeres se sitúa en 2.079 años por 100.000 habitantes (la más baja de la UE15), la de los hombres alcanza los 4.528 (8 países de la UE15 presentan cifras más bajas).

Otro indicador donde los progresos en la esperanza de vida son notables, es la esperanza de vida a los 65 años, especialmente la de las mujeres. Entre 1970 y 2005, la esperanza de vida de las mujeres a los 65 años aumenta 4,7 años, hasta alcanzar los 20,7 años. Este aumento es sustancialmente superior al que se produce en la mayoría de los países de la UE15, viéndose superado solo por Austria y Finlandia. El aumento de la esperanza de vida de los hombres a los 65 años es algo menor (3,5), hasta situarse en los 16,8 años. Seis países de la UE15 tienen una esperanza de vida masculina a los 65 años más elevada.

En conjunto, los datos sobre mortalidad y esperanza de vida nos ofrecen un panorama optimista sobre la situación de España en el mundo. Los españoles (especialmente las españolas) viven más años que los ciudadanos de países con niveles de desarrollo económico y gasto sanitario similares. Las mayores ventajas radican en la elevada esperanza de vida de las personas de edad avanzada (de nuevo, especialmente de las mujeres). Algunas de las claves para entender las ventajas de los españoles son los bajos niveles de mortalidad de algunas de las enfermedades que provocan más a menudo la muerte a edades avanzadas. Así España tiene una tasa de mortalidad femenina por isquemia coronaria (estandarizada por la edad de la población) de 34,8 muertes por cada 100.000 habitantes y una tasa masculina de 79,1 (datos de 2004, OCDE, 2007: 27).²⁰ Estos valores se sitúan muy por debajo de la media de los países de la OCDE (72,7 y 141,6 respectivamente). España es el segundo país de la Unión Europea, después de Francia, con una menor mortalidad por enfermedad isquémica del corazón. La

19. El cálculo de este indicador supone estimar las muertes producidas en cada edad específica, ponderándolas por el número de años por delante hasta un determinado umbral (establecido generalmente a los setenta años). Por ejemplo, la muerte de una persona de diez años entraña la pérdida de 60 años de vida potencial. Esta medida se expresa en años potenciales de vida perdidos por cada 100.000 habitantes.

20. La isquemia coronaria se produce cuando el flujo sanguíneo de las coronarias es insuficiente para alimentar a las células del miocardio. La causa más frecuente es la obstrucción de las arterias coronarias como consecuencia de la acumulación de depósitos de grasa en sus paredes. Se ha calculado que es responsable del 16% de las defunciones en los países de la OCDE (el 10% en España). En España, el 56% de las muertes por isquemia coronaria de hombres, y el 84% de las mujeres se producen después de los 75 años.

tasa de mortalidad por esta causa es un 70% inferior a la media de la Unión Europea. Las causas de estos bajos niveles se han atribuido habitualmente a los efectos beneficiosos de factores protectores como la dieta.

La tasa de mortalidad por infarto cerebrovascular (39,1 en mujeres, 49,6 en hombres) es también significativamente más baja que la del conjunto de países de la OCDE (54,4 y 68,5 respectivamente) y es una de las más bajas de la Unión Europea (sólo por detrás de Francia, Austria e Irlanda).²¹ La mortalidad por enfermedades cerebrovasculares muestra una tendencia descendente muy acusada. La tasa de mortalidad ajustada por edad descendió el 50% entre 1990 y 2006 (Instituto de Información Sanitaria, 2008).

Si se examina la mortalidad por cáncer, los resultados son también bastante positivos. La mortalidad por cáncer depende tanto de la exposición a factores de riesgo como de factores médicos, como es el acceso a instrumentos de diagnóstico precoz y tratamientos. En 2004, en España se produjeron 228 muertes de hombres por cada 100.000 habitantes y 99 de mujeres (valores estandarizados por edad).²² La mortalidad en hombres es similar a la media de los países de la OCDE (227); la de mujeres bastante inferior. Aunque en todos los países de la OCDE existe una brecha considerable entre hombres y mujeres, en España es mayor que en cualquier otro país salvo Corea del Sur. El tipo de cáncer que causa más muertes entre los hombres –en España y el resto del mundo desarrollado– es el cáncer de pulmón.²³ Con 63 muertes de hombres por cada 100.000 habitantes, España supera la media de los países de la OCDE (58). La tasa de mortalidad femenina por cáncer de pulmón es, en cambio, muy baja en términos comparativos. El factor determinante de estas diferencias es el consumo de tabaco. En España, tradicionalmente, el consumo de tabaco ha sido bastante más alto entre los hombres que entre las mujeres, aunque estas diferencias están desapareciendo.²⁴ España se caracteriza también por la baja incidencia de la mortalidad por cáncer de mama, la forma más común de cáncer entre las mujeres en los países desarrollados.²⁵ Con 17,4 mujeres fallecidas por 100.000 habitantes por esta causa (valores estandarizados por edad), presenta unas tasas inferiores a todos los países de la OCDE, salvo Japón y Corea.

21. El infarto cerebrovascular está causado por la alteración del flujo sanguíneo en el cerebro. La OCDE calcula que es responsable de aproximadamente el 10% de las muertes. Al margen de las muertes que provoca, es causante de un número importante de discapacidades (OCDE, 2007: 26). Las enfermedades cerebrovasculares ocurren mayoritariamente en edades avanzadas. El 80% de los fallecidos en España tienen 75 o más años.

22. El cáncer es la segunda causa de muerte en los países de la OCDE, y es responsable por término medio del 27% de todas las muertes en 2004.

23. El tumor maligno de la tráquea, los bronquios y el pulmón causó el 20% de las muertes por cáncer ocurridas en España (Instituto de Información Sanitaria, 2008).

24. Según datos de la OCDE (2007: 47), en 2005 en España fuman 6,6 mujeres por cada diez hombres. Por término medio, en los países de la OCDE, lo hacen 6,5. Entre 1990 y 2005 el consumo masculino se redujo un 34%, mientras que el femenino aumentó el 5%. En esos mismos años, el riesgo de muerte por cáncer de pulmón entre las mujeres ha crecido el 68%. En Suecia, el consumo femenino es más alto que el masculino.

25. Son datos de la *International Agency of Research on Cancer*, de la OMS (Stewart y Kleihues, 2003: 7-8). El cáncer de mama produjo en 2006 el 16% de las muertes por cáncer en España (Instituto de Información Sanitaria, 2008: 5)

A edades jóvenes, dos de las principales causas de mortalidad son los accidentes de tráfico y el suicidio. En ambos casos, España se encuentra en una situación favorable en términos comparativos.

Tabla 4.1. Indicadores de mortalidad en los países de la OCDE

	España	Valor mínimo	Valor máximo	Media OCDE
Esperanza de vida al nacer en años ^(a)				
Hombres	77,4	Hungría 68,6	Islandia 79,2	75,7
Mujeres	83,9	Turquía 73,8	Japón 85,5	81,4
Esperanza de vida a los 65 años en años ^(a)				
Hombres	16,8 ^(d)	Hungría, Turquía 13,1	Japón, Australia 18,1	16,2
Mujeres	20,7 ^(d)	Turquía 15,0	Japón 23,2	19,6
Mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos ^(a)				
Total nacimientos	4,1	Islandia 2,3	Turquía 23,6	5,4
Mortalidad prematura ^(b)				
Hombres	4528	Islandia 3114	Hungría 9483 ^(c)	5017
Mujeres	2079	Japón 1906	Hungría 4310 ^(c)	2627
Tasa de mortalidad por isquemia coronaria ^(b)				
Hombres	79,1	Japón 42,0	Eslovaquia 341,3	138,8
Mujeres	34,8	Japón 19,5	Eslovaquia 215,9	67,0
Tasa de mortalidad por infarto cerebrovascular ^(b)				
Hombres	49,6	Suiza 33,2	Hungría 160,8 ^(c)	68,5
Mujeres	39,1	Suiza 26,2	Hungría 108,6 ^(c)	54,4
Tasa de mortalidad por cáncer ^(b)				
Hombres	228,2	Islandia 176,3	Hungría 345,7	227,2
Mujeres	99,1	España 99,1	Dinamarca 186,2	131,8
Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón ^(b)				
Hombres	63,4	Suecia 29,9 ^(d)	Hungría 105,5 ^(c)	58,3
Mujeres	7,5	Portugal 7,0 ^(c)	Dinamarca 39,0 ^(e)	20,2
Tasa de mortalidad por cáncer de mama ^(b)				
Mujeres	17,4	Corea 5,6	Dinamarca 32,8 ^(e)	22,0
Tasa de mortalidad por accidente de tráfico ^(b)				
Población total	11,2	Holanda 5,2	Corea 17,7	10,3
Tasa de mortalidad por suicidio ^(b)				
Población total	6,6	Grecia 2,6	Corea 24,2	12,1

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de *Health at Glance 2007*, OCDE.

Nota: a) Datos de 2005 d) Datos de 2002

b) Datos de 2004 e) Datos de 2001

c) Datos de 2003

* Se indican sombreados los países con los mejores valores en los indicadores de mortalidad.

** Las tasas de mortalidad son por cada 100,000 personas excepto cuando se especifica lo contrario.

Hay que subrayar que entre 1980 y 2005 el número de recién nacidos con bajo peso se ha incrementado en España más que en ningún otro país de la OCDE (154%).

A edades jóvenes, dos de las principales causas de mortalidad son los accidentes de tráfico y el suicidio. En ambos casos, España se encuentra en una situación favorable en términos comparativos. En 2004, último año para el que existen cifras comparables, en España se producían 11,2 muertes por 100.000 habitantes, cifra ligeramente superior a la media de los países de la OCDE (10,3). Desde entonces, las víctimas mortales en España se han reducido aproximadamente el 40%.²⁶ Respecto al suicidio, la evidencia comparativa sugiere que en España las cifras son bajas. En 2004 se suicidaron 10,5 hombres por cada 100.000 habitantes y 3,1 mujeres. En la OCDE, la media era de 19,2, y 5,7, respectivamente. Es conveniente destacar, sin embargo, que España es el país de la OCDE donde las cifras de suicidio han experimentado el mayor incremento entre 1980 y 2004 (el 50%) (OCDE, 2007: 33). Este aumento tiene lugar desde inicios de la década de los noventa y afecta fundamentalmente a la población más joven.

Más allá de las causas directas de mortalidad, algunos de los indicadores convencionales sobre los que existe evidencia comparativa apuntan en la misma dirección. Así lo demuestran, por ejemplo, los datos del “Eurobarómetro 52.1”, que en 2002 interroga a los ciudadanos de 28 países europeos (a los 15 miembros de la UE en aquel momento y 13 países candidatos a la admisión) sobre si tienen una enfermedad de larga duración o discapacidad. En este estudio, las personas entrevistadas en España figuran por debajo de la mayoría de los países estudiados en ambos indicadores. El 17,6% de los españoles entrevistados declaran padecer una enfermedad de larga duración o una discapacidad.²⁷ Esta prevalencia es superior en 21 de los 28 países estudiados (Alber y Köler, 2004:11).

Otro estudio comparativo reciente (Andlin-Sobocki, Jönsson, Wittchen y Olesen, 2005), basado en un ejercicio de metaanálisis a partir de datos epidemiológicos procedentes de 28 países europeos, llega a la conclusión que la prevalencia de trastornos cerebrales de todo tipo (enfermedades neurológicas, neuroquirúrgicas y trastornos mentales) es significativamente más baja en España que en todos los demás países estudiados.²⁸ Los autores estiman que alrededor del 27% de los habitantes de los países incluidos en el estudio tienen alguno de los trastornos estudiados. En España, sitúan la prevalencia en el 19,5%.²⁹ El 8,2% de los españoles tiene trastornos mentales, el 11,3% tiene una enfermedad neurológi-

26. Comparación entre las víctimas mortales entre el cuarto trimestre de 2004 y el cuarto trimestre de 2008 (Observatorio Nacional en Seguridad Vial, 2009).

27. La pregunta del cuestionario (Q24/D29) es: “¿Tiene alguna enfermedad de larga duración o discapacidad que limite en algún modo sus actividades? Por larga duración, me refiero a alguna enfermedad que le haya causado problemas durante algún tiempo y es probable que pueda seguir afectándole por un periodo de tiempo”

28. Los trastornos incluidos en la categoría son: adicciones, trastornos de los estados de ánimo, trastornos de ansiedad, tumores cerebrales, demencia senil, epilepsia, migraña, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, trastornos psicóticos, infarto cerebral y traumas.

29. Holanda se sitúa a la cabeza de Europa, con una prevalencia del 36%.

ca y un porcentaje marginal (0,1%) tiene una enfermedad neuroquirúrgica.³⁰ En la misma línea, datos recientes de la OCDE muestran que en España las enfermedades mentales son responsables de una proporción reducida de las discapacidades laborales (9,7%). Se trata del porcentaje más bajo en 13 países estudiados en el *Employment Outlook 2008*, muy por debajo del promedio no ponderado de estos países (26,9%).

España sale algo peor parada en los estudios sobre la salud de niños/as y adolescentes. La salud infantil (al igual que otros tipos de riesgo que afectan a los menores) es una asignatura pendiente en España. Algunos de los problemas tienen su origen en etapas muy prematuras de la vida de las personas. En España, el 7,1% de los niños y niñas nacen con bajo peso (datos de 2004).³¹ Sólo Portugal, Bélgica y Grecia presentan un porcentaje más alto dentro del conjunto de países que forman la UE15. La media de los países de la OCDE es de 6,6%. Los niños/as que nacen con bajo peso tienen un riesgo más alto de salud precaria, requieren más tiempo de hospitalización después de nacer y tienen más probabilidades desarrollar discapacidades. Conviene tener en cuenta que, como señalan múltiples investigaciones epidemiológicas, existe una relación entre peso bajo y extracción socioeconómica de los padres (Blane, 2006). En los últimos años, el número de recién nacidos con bajo peso se ha incrementado en la mayoría de países de la OCDE. A ello contribuye la tendencia general en los países desarrollados al aumento de las fecundaciones múltiples (propiciado por los tratamientos de fertilidad) y la creciente utilización de técnicas de parto por cesárea.³² Ahora bien, hay que subrayar que entre 1980 y 2005 el número de recién nacidos con bajo peso se ha incrementado en España más que en ningún otro país de la OCDE (154%). Sobre esta tendencia influye la adopción de nuevos hábitos entre las mujeres, como el consumo de tabaco. Pero también es probable que esos incrementos deban atribuirse a la creciente edad media a la maternidad, provocada, en buena medida, por las dificultades de los jóvenes para emanciparse y formar su propia familia. La realidad de las mujeres jóvenes ha cambiado de forma considerable en los últimos años, con la incorporación masiva al mercado laboral. En un mercado de trabajo dual, estas mujeres a menudo experimentan problemas relacionados con la inserción laboral precaria (contratos temporales, mal retribuidos, y dificultades para compatibilizar vida profesional y familiar). En este contexto, los embarazos pueden convertirse en una fuente de inquietud y estrés en relación con su horizonte personal y laboral. A falta de estudios concluyentes y evidencia empírica para acometerlos, los datos sugieren que la alta proporción de recién nacidos con bajo peso en España puede tener relación directa con dificultades experimentadas por colectivos en situación de vulnerabilidad.

30. Los autores advierten sobre la posibilidad de haber sobreestimado la prevalencia de las personas afectadas, debido a la posibilidad de comorbilidad entre enfermedades neurológicas y trastornos mentales. Estiman la posible comorbilidad en un 31,6% (pág. 7).

31. Se trata de la proporción de recién nacidos que pesan menos de 2.500 gramos.

32. El número de cesáreas que se realiza en España por 100 nacimientos (23,6) se sitúa en la media de la OCDE.

El consumo de cannabis entre los adolescentes españoles es muy alto: el 31% de los adolescentes de 15 años reconocen haber consumido cannabis alguna vez.

Otros problemas aparecen en fases más avanzadas de la infancia y la adolescencia. En un macroestudio de la Organización Mundial de la Salud, el *Health Behaviors in School-Aged Children* (HBSC), que incluye 41 países europeos y norteamericanos (2005/2006), los adolescentes españoles (de 11, 13 y 15 años) presentan resultados mixtos en comparación con otros países. España es uno de los países donde la proporción de adolescentes que declaran que su salud es regular o mala es más baja. El 13% de las adolescentes y el 6% de los adolescentes de 15 años califican así su salud (frente al 18% de adolescentes, mujeres y hombres, en el conjunto de países del estudio HBSC). Esta posición de privilegio en salud subjetiva se corresponde bastante bien con la que ocupa España en algunos indicadores de satisfacción con la vida y hábitos saludables. En comparación con otros países, el porcentaje de adolescentes que se declaran satisfechos con su vida es muy alto (85% de mujeres de 15 años, 91% de hombres, frente al 82% en los países que participan en el HBSC). Una proporción elevada de adolescentes españoles tiende a observar algunos hábitos saludables (como desayunar cada día) y es relativamente bajo el porcentaje que incurre en algunos comportamientos de riesgo bastante comunes a estas edades (como emborracharse o tener relaciones sexuales sin preservativo). Sin embargo, otros indicadores son preocupantes: la proporción de adolescentes que declaran haber sido atendidos por un médico después de haberse lesionado en los últimos doce meses es la más alta en los 41 países estudiados. El 49% de las mujeres y el 65% de los hombres de 15 años relatan haber sufrido una lesión que ha requerido atención médica (frente a un 42% de los adolescentes en el conjunto de países estudiados).³³ Las lesiones sufridas por los adolescentes son a menudo el producto de estilos de vida que entrañan conductas de riesgo (OMS, 2008: 87), que implican a menudo el consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido, el consumo de cannabis entre los adolescentes españoles es muy alto: el 31% de los adolescentes de 15 años reconocen haber consumido cannabis alguna vez. Esta cifra se sitúa muy por encima de la de adolescentes que, por término medio, declaran haber consumido esa sustancia en el conjunto de países que participan en el HBSC (18%). En España, el 15% de los adolescentes de 15 años declara haber consumido cannabis en los últimos 30 días (el 6% en el conjunto de países HBSC).³⁴ Estos altos consumos durante la adolescencia son probablemente en buena medida responsables de la elevada prevalencia en el consumo de sustancias psicoactivas entre las personas adultas jóvenes.³⁵

33. Los progresos en la higiene y el control de enfermedades infecciosas durante la segunda mitad del siglo XX han convertido las lesiones en la principal causa de morbilidad y mortalidad de niños y adolescentes. Las lesiones sufridas por los adolescentes son el producto de estilos de vida que entrañan conductas de riesgo (OMS, 2008: 87).

34. España es, de acuerdo al estudio de la OMS, uno de los países con proporciones más altas de adolescentes “consumidores habituales” de cannabis (11%) y con más “consumidores abusivos” (*heavy consumers*) de esta sustancia (4%).

35. Según el último *Informe del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías* (2008), España encabeza el ranking europeo en la prevalencia de consumo de cannabis (20%) y de cocaína en la población de 15 a 34 años. Es el sexto país (de 22 países europeos estudiados) con mayor prevalencia en consumo de éxtasis y ocupa el mismo lugar en el consumo de anfetaminas.

Tabla 4.2. Indicadores de salud en adolescentes

	Adolescentes de 11 años de edad				Adolescentes de 15 años de edad			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	Total España	Total países HBSC (a)	Total España	Total países HBSC	Total España	Total países HBSC	Total España	Total países HBSC
Salud subjetiva								
Salud percibida regular a mala	4%	11%	5%	13%	6%	13%	13%	23%
Autopercepción de sobrepeso	26	22	29	28	27	21	45	41
Satisfacción con la vida	94	88	95	87	91	85	85	78
Salud objetiva								
Lesiones atendidas por un médico en el último año	65	49	55	38	65	40	49	36
Sobrepeso y obesidad	21	16	18	12	19	17	11	10
Hábitos saludables								
Desayuna cada día	85	70	85	68	71	60	60	50
Consume fruta diariamente	39	37	43	45	24	25	27	34
Ve menos de 2 horas de TV diarias	53	63	45	60	67	69	69	67
Conductas de riesgo								
Consumo de cannabis								
Ha consumido alguna vez	- (b)	-	-	-	30	21	32	16
Ha consumido en los últimos 30 días	-	-	-	-	15	8	15	6
Consumo de alcohol								
Se ha emborrachado dos veces o más	1	4	<0,5	2	29	37	33	30
Bebe alcohol semanalmente	2	7	1	3	25	31	25	21
Consumo de tabaco								
Probó el tabaco con 13 años o menos	-	-	-	-	22	31	28	28
Fuma tabaco semanalmente	1	2	<0,5	1	14	18	20	19
Usó preservativo en la última relación sexual	-	-	-	-	83	81	95	72

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la encuesta *Health Behavior in School-Aged Children 2005-06*, OMS.

Nota: a) La encuesta HBSC 2005-06 recoge datos de 41 países de Europa y América del Norte.

b) - No hay datos disponibles.

España es además, según el informe que realiza la OMS comparando la salud mental de los países participantes, uno de los países en que el grado de asociación entre el estatus socioeconómico familiar y los problemas de salud mental infantil es más elevado.

Otro indicador que sugiere la concentración de problemas de salud en los menores es la prevalencia de sobrepeso u obesidad en estas edades.³⁶ Se trata de un problema extendido en la población de los países desarrollados y responsable de un número creciente de trastornos. La OMS la ha definido como una “epidemia global”. El sobrepeso y la obesidad están asociados a numerosos problemas de salud en la edad adulta: hipertensión, colesterol elevado, diabetes, enfermedades cardiovasculares, problemas respiratorios (asma), trastornos musculares y óseos (como la artritis) e incluso algunas formas de cáncer. Se ha estimado que el exceso de peso es el responsable del 7,7% de la mortalidad en los países de la Unión Europea y los análisis prospectivos dibujan una tendencia al incremento de este problema (Banegas *et al.*, 2003). Un índice de masa corporal elevado durante la infancia tiende a arrastrarse a edades adultas (Wittaker *et al.*, 1987; Guo *et al.*, 2000). Es, por otra parte, un buen predictor de mortalidad prematura (Engeland, 2004, y Cole, 2000), cuyas mayores consecuencias en España están posiblemente por llegar.

En España, el porcentaje de niños de 11 años con sobrepeso u obesidad es, de acuerdo a HBSC, del 20%. Esta proporción es significativamente más alta que el valor medio de los 41 países que participan en el estudio (14%).³⁷ Sólo siete países presentan proporciones más altas. La situación relativa de los menores españoles en comparación con otros países es claramente deficiente en comparación a la de los adultos. El porcentaje de españoles mayores de 15 años con problemas de sobrepeso u obesidad es del 48,4%. La media (no ponderada) de los 30 países examinados en el informe *Health at Glance 2007* de la OCDE es el 48,1%. Trece países tienen proporciones más elevadas de personas adultas con sobrepeso u obesidad que España.³⁸

Un último indicador de salud infantil donde España obtiene resultados pobres en términos comparativos se refiere a la salud mental infantil. España fue uno de los 13 países europeos que participó en 2001 y 2004 en el proyecto KIDSCREEN, concebido con el objeto de desarrollar un indicador para medir el bienestar y los problemas de salud mental en niños y niñas y adolescentes. El índice (KIDSCREEN-10) se basa en 10 ítems que abarcan diversas dimensiones del bienestar psicológico y la calidad de vida del menor: sentimientos de tristeza, soledad, falta de energía, relación con los padres, relación con compañeros en la escuela, uso del tiempo libre, etc. Los resultados fueron obtenidos con un cuestionario administrado a una muestra representativa de menores de 8 a 18 años en todos los países

36. La existencia de sobrepeso y la obesidad se dirime con el índice de masa corporal (IMC), calculado dividiendo el peso en kilogramos por la altura elevada al cuadrado (kg/m²). Un índice superior a 25 indica sobrepeso, mientras que si es superior a 30 indica obesidad (umbrales recomendados por la *International Organization Taskforce*).

37. La cifra real es posiblemente mayor. Diversos estudios sugieren que el índice de masa corporal calculado a partir de los testimonios de los entrevistados tiende a infraestimar la proporción de personas con sobrepeso u obesidad (Elgar *et al.*, 2005). La *International Association for the Study of Obesity* (2007) estima que en 2000-2002 un tercio de los adolescentes españoles de 13-14 años tenían problemas de sobrepeso u obesidad.

38. Cinco de ellos presentan medidas calculadas a través de un examen médico.

participantes. Los niños y niñas y adolescentes españoles se sitúan a la cabeza de Europa en el porcentaje de adolescentes cuya salud es pobre de acuerdo al índice KIDSCREEN-10.³⁹ En España, el 23% de los menores tienen problemas de salud. Sólo Francia y Polonia presentan valores más altos (9 países participantes en el estudio los presentan más bajos). España es además, según el informe que realiza la OMS comparando la salud mental de los países participantes, uno de los países en que el grado de asociación entre el estatus socioeconómico familiar y los problemas de salud mental infantil es más elevado.

Existen otros problemas de salud que afectan a grupos vulnerables. Una enfermedad estrechamente relacionada con factores de exclusión social es el SIDA. El SIDA es una enfermedad infecciosa, estigmatizada socialmente. Las personas que la padecen sufren un rechazo social derivado del estigma social que recae sobre las víctimas y el temor al contagio. Este rechazo se suma a otras formas de exclusión que afectan a menudo a algunos grupos con elevadas concentraciones de personas infectadas, como los adictos a drogas por vía parenteral (ADVP). Estudios epidemiológicos en todo el mundo acreditan la sobrerrepresentación de grupos desfavorecidos en la población infectada por el virus (UNAIDS, 2006). Con 36 nuevos casos diagnosticados por millón de habitantes en 2005, España presenta tasas de incidencia más elevadas que 19 de los 24 países de la OCDE (OCDEa, 2007: 43). Esta elevada incidencia se debe, en buena medida, a la alta representación de adictos a drogas por vía parenteral (EUROHIV, 2006).⁴⁰

Hay razones, por lo tanto, para sospechar que, a pesar del buen estado de la salud general en España, subsisten problemas de salud dentro de grupos en riesgo de exclusión. La evidencia que permite comparar la prevalencia relativa de problemas de salud en grupos desfavorecidos de distintos países es escasa. La poca existente, sin embargo, apunta a la posibilidad que, a pesar del buen estado de salud general de la población en España, son importantes las desigualdades socioeconómicas en salud.

En un estudio de 19 países de Europa que utiliza datos obtenidos en la década de los noventa, Johan P. Mackenbach (2006: 20-21) estima que, entre los hombres, la razón de probabilidades (*odds ratio*) de tener salud percibida deficiente (regular, mala o muy mala) en España es 2,58 veces mayor en el estrato educativo más bajo que en el más alto. Entre las mujeres es 3,10 veces mayor. Aunque la evidencia de los distintos países no es estrictamente comparable, hay siete países que presentan una razón de probabilidades mayor (y diez menor) entre los hombres, y solo uno entre las mujeres (17 menor).

39. Salud mental pobre es, de acuerdo a este índice, la de los menores que obtienen una puntuación inferior a una desviación estándar de la media de los países estudiados.

40. Hay que decir, sin embargo, que el peso relativo de los casos de SIDA en este grupo está disminuyendo rápidamente en comparación a otros colectivos. Mientras a inicios de la década de los noventa constituían más del 70% de los casos, actualmente están por debajo del 50% (EuroHIV, 2006: 61).

Hay razones, por lo tanto, para sospechar que, a pesar del buen estado de la salud general en España, subsisten problemas de salud dentro de grupos en riesgo de exclusión.

Otra ilustración de la existencia de importantes desigualdades sociales en salud son los datos del “Eurobarómetro” 2002.1, que se presentan en la Tabla 4.3. España es el país de la UE15 donde la diferencia en la prevalencia de enfermedades de larga duración y discapacidades entre personas cuya renta se sitúa en el cuartil más bajo y personas cuyas rentas se encuentran en el cuartil más alto es más grande. Existen 15,2 puntos porcentuales de diferencia entre estos dos grupos, una brecha social sustancialmente mayor que la que existe en el resto de países de la UE15 (excepto Gran Bretaña). En los países que accedieron a la Unión Europea a partir de 2004, tres de ellos (Hungria, Eslovaquia y Chipre) presentan desigualdades similares. Frente a estos países, las desigualdades en este indicador de salud en Italia, Luxemburgo o Francia son prácticamente inexistentes.

Los datos más recientes que permiten realizar comparaciones de indicadores de salud subjetiva y discapacidad funcional son los que proporciona el *European Social Survey*. En su edición de 2006 administra encuestas a muestras representativas de personas en 22 países de Europa. El cuestionario pregunta a los entrevistados por su estado de salud percibido y la existencia de enfermedades crónicas, discapacidades o trastornos mentales que limiten la actividad diaria⁴¹. Los resultados –presentados en las tablas 4.4 y 4.5– sugieren, de nuevo, que España presenta comparativamente desigualdades en salud considerables. Por lo que respecta a la salud subjetiva, la proporción de hombres con nivel educativo más bajo (estudios primarios) cuya salud subjetiva es deficiente es 1,97 veces mayor que la proporción de los que tienen estudios superiores. Hay 16 países (de 22) con una razón más baja. Entre las mujeres, la situación es algo mejor. Solo 11 países presentan una desigualdad más acusada.

41. La pregunta C15 es: ¿Cómo es su estado de salud en general? Las respuestas posibles son 1) Muy bueno, 2) Bueno, 3) Regular, 4) Malo y 5) Muy malo. La pregunta C16 es: ¿Tiene alguna enfermedad crónica, discapacidad o trastorno mental que limite su actividad diaria? Las respuestas posibles son: Sí, mucho, Sí, en cierto modo y No. En los análisis realizados se han agrupado las tres últimas respuestas de la C15 (salud subjetiva deficiente) y las dos primeras respuestas de la C16 (discapacidad funcional).

Tabla 4.3. Enfermedades de larga duración según renta (% que han tenido una enfermedad larga o discapacidad según cuartiles de la renta equivalente del hogar)

Países	1r cuartil	2do cuartil	3r cuartil	4to cuartil	Total	Ratio 25/75
LUXEMBURGO	15,7%	21,7%	24,0%	14,4%	19,1%	1,1
IRLANDA	10,6	11,5	13,3	12,4	11,9	0,9
PAÍSES BAJOS	33,6	28,9	30,4	28,4	30,3	1,2
AUSTRIA	21,4	17,2	20,0	11,5	17,4	1,9
DINAMARCA	36,9	35,0	21,8	23,0	29,2	1,6
SUECIA	36,8	29,9	22,9	27,0	29,3	1,4
FINLANDIA	38,1	33,2	31,5	25,6	32,1	1,5
BÉLGICA	22,6	21,6	9,6	14,7	17,2	1,5
REINO UNIDO	43,1	30,1	25,7	18,5	29,6	2,3
ALEMANIA	20,9	19,8	14,7	14,4	17,5	1,5
FRANCIA	16,0	17,1	15,4	14,2	15,7	1,1
ITALIA	27,8	16,0	14,3	12,8	17,8	2,2
ESPAÑA	32,8	17,1	11,9	9,0	17,6	3,6
GRECIA	24,3	14,7	12,8	6,3	14,6	3,9
PORTUGAL	29,9	14,7	15,0	11,8	17,9	2,5
UE 15	24,8	20,0	17,4	15,1	19,3	1,6
CHIPRE	39,4	18,8	6,4	11,2	18,8	3,5
ESLOVENIA	37,8	19,6	30,0	19,7	27,2	1,9
REP. CHECA	40,9	51,7	28,3	22,0	35,8	1,9
MALTA	11,7	9,9	10,9	5,7	9,6	2,1
ESTONIA	36,8	42,8	28,1	18,9	31,2	1,9
ESLOVAQUIA	44,9	28,9	31,7	18,2	31,6	2,5
HUNGRÍA	48,8	29,7	38,1	17,5	33,4	2,8
LITUANIA	44,8	36,1	26,9	25,4	33,4	1,8
LETONIA	31,9	42,6	23,6	17,7	28,7	1,8
POLONIA	28,0	41,1	35,0	24,3	32,1	1,2
UE 25	26,9	23,4	20,4	16,3	21,7	1,7

Fuente: Datos del Eurobarómetro 52.1, citado en European Foundation for the improvement of living and working conditions, *Health and Care in an Enlarged Europe 2004*.

Nota: Los países están ordenados por UE-15 y UE-25 y de mayor a menor PIB per cápita.

Tabla 4.4. Desigualdades en estado de salud subjetiva entre grupos de nivel educativo alto y bajo, y sexo

Países Bajos	Ratio entre educación primaria y educación universitaria ^(a)	
	Hombre	Mujer
AUSTRIA	2,23	1,75
ALEMANIA	0,71	1,39
BÉLGICA	2,63	2,85
BULGARIA	1,71	2,44
DINAMARCA	1,58	2,36
ESLOVAQUIA	1,46	2,48
ESLOVENIA	1,86	3,27
ESPAÑA	1,97	2,17
ESTONIA	1,57	1,56
FEDERACIÓN RUSA	1,27	1,30
FINLANDIA	2,70	3,21
FRANCIA	1,45	2,13
HUNGRÍA	1,25	1,85
IRLANDA	1,70	2,40
NORUEGA	1,62	3,80
PAÍSES BAJOS	1,82	2,07
POLONIA	3,47	3,71
PORTUGAL	1,62	2,09
REINO UNIDO	2,22	1,81
SUECIA	1,58	2,33
SUIZA	1,76	4,50
UCRANIA	1,33	1,35

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos del European Social Survey 2006.

Nota: a) La ratio es el resultado de dividir la proporción de personas con educación primaria que tienen una salud subjetiva deficiente respecto a la proporción de personas con educación universitaria en la misma situación.

Si se examinan los datos de discapacidad funcional, los datos reafirman la existencia de enormes desigualdades en salud en España. El 16,9% de los hombres españoles con nivel educativo bajo declaran tener una discapacidad funcional, en contraposición al 5,4% de los que tienen estudios superiores. La razón de probabilidades de tener una discapacidad funcional es 3,54 veces mayor en los hombres de nivel educativo alto que

en los de nivel educativo bajo. Es la razón más alta en los 22 países examinados, lo que nos proporciona una vara para medir la desigualdad en España. Entre las mujeres, el 28,5% de las que tienen estudios primarios declaran tener una discapacidad funcional. La razón de probabilidades de tener una discapacidad funcional es 6,93 veces más alta en las mujeres con estudios primarios que en las que tienen estudios superiores. Solo en Polonia y Portugal, estas razones son mayores. Ahora bien, hay que decir que la elevada desigualdad en el indicador que se observa en España es debida en parte a la concentración de personas de edad avanzada entre los grupos con nivel educativo más bajo. Si se controla el efecto sobre la discapacidad funcional debido a la edad, las razones de probabilidades disminuyen, tanto entre los hombres como entre las mujeres (fundamentalmente entre éstas). Sin embargo, la desigualdad entre españoles con estudios primarios y superiores sigue siendo elevada (a igual edad) si la comparamos con la que se observa en otros países. Sólo 6 países (de 22 analizados) presentan mayor desigualdad entre los hombres, y 5 entre las mujeres.

Las conclusiones que apuntan los datos evidencian una evolución favorable de la salud general de los españoles en las últimas décadas, que sitúa el país en posiciones de privilegio en los principales indicadores comparativos de salud que publican organismos internacionales y equipos de investigación transnacional a partir de la síntesis de los resultados obtenidos por las agencias de salud en cada país. Pero no todo el mundo en España participa por igual de las ventajas que proporciona una buena salud para el bienestar general, las oportunidades de integración social y desarrollo personal a lo largo de la vida. Los datos permiten comprobar que los hombres se benefician menos que las mujeres de la prolongación de la esperanza de vida y sufren, más a menudo, enfermedades con elevado riesgo de mortalidad. Se advierten asimismo algunas sombras en la salud de la infancia y la adolescencia. La salud de los menores es, en general, razonablemente buena, sobre todo si atendemos a indicadores de bienestar subjetivo y relacional, pero hay indicios de que en algunas dimensiones aparecen problemas de salud y hábitos perjudiciales que podrían estar prefigurando un escenario de mayores riesgos cuando estos niños y adolescentes se hagan mayores. Por otra parte, y aunque la evidencia comparativa es limitada, existen indicios que sugieren que, a pesar de la buena salud general de la población española, algunos colectivos desfavorecidos no participan plenamente de las ventajas de una buena salud. Se trata de colectivos con rentas bajas o que sufren otras formas de exclusión y estigmatización social, para quienes los problemas de salud representan un factor de exclusión más, que intensifica procesos de marginalización que ya experimentan por otras razones.

A pesar de la buena salud general de la población española, algunos colectivos desfavorecidos no participan plenamente de las ventajas de una buena salud. Se trata de colectivos con rentas bajas o que sufren otras formas de exclusión y estigmatización social, para quienes los problemas de salud representan un factor de exclusión más, que intensifica procesos de marginalización que ya experimentan por otras razones.

Tabla 4.5. Desigualdades en discapacidad funcional entre grupos de niveles educativos altos y bajos, y sexo

Países	Razón de probabilidades		Razón de probabilidades (ajustado por edad)	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
AUSTRIA	2,09*	1,49	2,65**	1,27
ALEMANIA	0,81	1,50*	2,42***	1,37
BÉLGICA	2,49***	3,32***	2,14**	2,68***
BULGARIA	3,44*	3,12***	3,27*	2,09*
DINAMARCA	1,68*	2,79***	1,79*	2,26***
ESLOVAQUIA	1,61	4,41***	1,92*	3,18***
ESLOVENIA	2,82***	4,47***	3,20**	3,18***
ESPAÑA	3,54***	6,93***	2,43*	2,84**
ESTONIA	2,98***	3,26***	3,59***	2,24***
FEDERACIÓN RUSA	2,62***	4,29***	2,40**	2,00***
FINLANDIA	3,06***	3,32***	2,23***	2,23***
FRANCIA	1,80**	2,23***	1,55*	1,26*
HUNGRÍA	3,10***	4,94***	4,77***	4,67***
IRLANDA	1,92*	2,17*	1,57†	1,58
NORUEGA	1,72*	2,51***	1,4	1,92**
PAÍSES BAJOS	1,84**	2,25***	1,62*	1,62*
POLONIA	2,92**	7,07***	2,22*	3,68***
PORTUGAL	2,78*	8,78***	2,16†	5,16***
REINO UNIDO	3,14***	1,96***	2,75***	1,50*
SUECIA	1,81**	2,78***	1,46†	1,85***
SUIZA	2,04**	2,35**	3,17***	1,71†
UCRANIA	3,89***	3,92***	2,01*	1,92**

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos del European Social Survey 2006.

† Nivel de significación del 10%

* Nivel de significación del 5%

** Nivel de significación del 1%

*** Nivel de significación del 1‰

4.2. Distribución geográfica de la salud en España

Las desigualdades de salud entre diferentes territorios de la geografía española han sido objeto de una investigación empírica considerable (Lardelli *et al.*, 1993; Gutiérrez-Fisac Gispert y Sola, 2000; Regidor, Gutiérrez-Fisac, 2005; Rico, Ramos y Borrell, 2005 y Benach *et al.*, 2006). La mayor parte de esta investigación se ha centrado en las comunidades autónomas (CA). La conclusión general que obtienen estos estudios es que los indicadores que sitúan España entre los países con los niveles más bajos de mortalidad y buenos niveles de salud general ofrecen una imagen parcial de una realidad plagada de matices. Bajo los datos agregados subyace una variabilidad considerable. Basta echar un vistazo a las tasas de mortalidad total, estandarizadas por edad o a la esperanza de vida para comprobar la magnitud de las diferencias. Las tasas ajustadas de mortalidad (por 100.000 habitantes) oscilan en hombres entre 632,5 en Navarra y 787,4 en Melilla, y en mujeres entre 333,5 en Navarra y 491,5 en Melilla. Esto es, la tasa de mortalidad de los hombres en Melilla es un 20% más alta que la de sus congéneres en Navarra, mientras que la de las mujeres en Melilla (a igualdad de edad) es un 32% más alta (Datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

Tabla 4.6. Tasas de mortalidad por causa de muerte (a)

	Mortalidad total		Isquemia coronaria		Enfermedad cerebrovascular		Cáncer de pulmón		Cáncer de mama	Esperanza de vida en años		Mal estado de salud percibido en% ^(b)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Total nacional	704,15	391,69	76,11	32,14	47,39	37,24	65,10	8,68	18,67	76,96	83,48	24,89	35,03
ANDALUCÍA	769,70	447,40	88,27	42,34	64,32	53,18	69,22	6,93	19,71	75,60	82,11	22,87	34,44
ARAGÓN	660,22	371,37	67,63	27,68	53,13	38,90	56,92	9,28	18,84	77,36	83,74	21,09	32,91
ASTURIAS	777,92	398,38	94,83	38,63	46,37	36,67	79,22	10,29	19,80	76,10	83,39	27,29	41,60
BALEARES	690,59	389,88	67,92	28,52	44,78	31,40	77,13	12,35	20,68	77,39	83,53	22,52	28,81
CANARIAS	746,59	427,55	98,45	52,05	35,39	32,59	57,82	10,39	17,88	76,09	82,31	23,32	34,53
CANTABRIA	718,18	379,84	62,43	20,90	46,65	36,44	64,94	12,22	14,08	77,10	84,64	21,61	29,58
CASTILLA Y LEÓN	632,34	352,71	63,89	23,81	35,90	30,56	53,24	8,21	21,57	78,08	84,58	22,97	28,87
CASTILLA - LA MANCHA	632,99	377,23	64,79	28,46	46,25	37,19	58,22	5,39	15,54	77,99	83,67	26,65	33,53
CATALUÑA	681,39	375,97	66,05	26,09	43,61	30,63	67,51	8,91	19,13	77,21	83,76	25,58	35,23
C.VALENCIANA	726,80	418,25	93,96	43,48	49,71	43,12	68,00	8,47	19,66	76,46	82,70	27,56	38,60
EXTREMADURA	732,17	401,39	79,89	36,85	45,66	38,06	81,19	6,25	16,40	76,34	83,18	29,38	37,58
GALICIA	724,50	385,98	74,37	28,23	49,22	39,65	61,44	8,83	16,44	76,83	84,00	34,23	48,92
C. MADRID	634,17	350,91	62,95	26,78	33,01	25,62	62,22	9,94	17,53	78,12	84,37	22,58	31,25
MURCIA	725,65	420,99	79,18	33,38	59,86	48,47	63,15	6,51	21,33	76,50	82,75	26,04	40,09
NAVARRA	631,50	333,53	61,89	21,72	43,74	32,36	60,64	7,83	18,13	78,46	84,55	25,82	30,50
PAÍS VASCO	687,27	354,33	59,66	21,50	47,47	32,12	63,50	10,32	18,05	77,20	84,26	21,88	30,91
LA RIOJA	647,47	340,20	65,70	23,57	46,10	37,06	58,62	6,32	11,41	78,02	84,45	18,05	24,59
CEUTA	762,08	467,02	68,76	47,78	38,20	37,54	73,13	9,52	12,25	- ^(c)	-	-	-
MELILLA	787,37	491,45	91,54	49,46	57,00	28,94	80,18	13,45	21,84	-	-	-	-

Fuentes: Elaboración CIIMU a partir de datos de Ministerio de Sanidad y Consumo: Instituto de Información Sanitaria; Instituto Nacional de Estadística (2006).

Nota: a) Tasas de mortalidad por cada 100.000 habitantes ajustadas por edad.

b) Se mide como el porcentaje de personas que definen su salud como regular o mala.

c) - No hay datos disponibles.

Recientemente, un trabajo pionero de Benach *et al.* (2006) ofrece información pormenorizada sobre el riesgo relativo de mortalidad total, y de mortalidad por las enfermedades causantes del mayor número de muertes, a escala de 2.230 zonas geográficas distribuidas por toda la geografía estatal.⁴² La conclusión general es que la mortalidad por todas las causas muestra una distribución territorial que sigue un acentuado patrón norte-sur. Los riesgos más elevados de

mortalidad se dan en la mitad suroeste de la Península, en las comunidades de Extremadura, Andalucía (especialmente en las provincias de Huelva, Sevilla y Cádiz), sur de Castilla-La Mancha y la Comunidad Valenciana (sobre todo en la provincia de Valencia). También se advierten elevados riesgos de mortalidad en algunas zonas de las islas de Gran Canaria y Tenerife. El trabajo de Benach *et al.* pone de manifiesto la considerable variabilidad en riesgos de mortalidad que existe dentro de algunas CA. En comunidades como Galicia, Extremadura,

42. Cruza, para ello, información censal y del registro de mortalidad del Instituto Nacional de Estadística.

Comunidades con elevados índices de pobreza relativa (Extremadura, Canarias o Andalucía) tienen esperanzas de vida bajas (la excepción la constituye Castilla-La Mancha). En cambio, Navarra, País Vasco, Cataluña y Madrid (comunidades con bajo nivel de pobreza relativo) tienen esperanzas de vida altas. El nivel de pobreza correlaciona asimismo con las tasas de mortalidad estandarizadas por la edad ($R^2 = 0,31$). Algunas de las comunidades con mayores niveles de pobreza, como Extremadura, Canarias y Andalucía, presentan también las tasas de mortalidad más altas. Por el contrario, Navarra y Madrid tienen tasas de mortalidad muy bajas. Es necesario subrayar sin embargo, que algunas CA con elevados niveles de pobreza en la parte centro y norte del país, como Castilla-La Mancha y Castilla y León, presentan esperanzas de vida altas y tasas de mortalidad bajas en términos relativos. Se trata de CA que, según el estudio de Benach *et al.* (2006) tienen una distribución territorial de los riesgos de mortalidad bastante homogénea, lo que sugiere que existen factores adicionales que explican sus ventajas relativas en los indicadores de mortalidad.

Castilla-La Mancha o Asturias, detectan grandes variaciones en los riesgos relativos de mortalidad entre zonas geográficas contiguas.

Probablemente debido a la heterogeneidad interna de las CA, la asociación entre indicadores de mortalidad y esperanza de vida (en cada CA) e indicadores socioeconómicos (como la desigualdad y la pobreza) no suele ser muy alta. La esperanza de vida apenas correlaciona con la desigualdad de renta, medida con el índice de GINI ($R^2 = 0,0267$) (Datos de la “Encuesta de Presupuestos Familiares” de 2000). La correlación entre el nivel de pobreza y la esperanza de vida es algo mayor ($R^2 = 0,285$) (ECV 2005). Comunidades con elevados índices de pobreza relativa (Extremadura, Canarias o Andalucía) tienen esperanzas de vida bajas (la excepción la constituye Castilla-La Mancha). En cambio, Navarra, País Vasco, Cataluña y Madrid (comunidades con bajo nivel de pobreza relativo) tienen esperanzas de vida altas. El nivel de pobreza correlaciona asimismo con las tasas de mortalidad estandarizadas por la edad ($R^2 = 0,31$). Algunas de las comunidades con mayores niveles de pobreza, como Extremadura, Canarias y Andalucía, presentan también las tasas de mortalidad más altas. Por el contrario, Navarra y Madrid tienen tasas de mortalidad muy bajas. Es necesario subrayar sin embargo, que algunas CA con elevados niveles de pobreza en la parte centro y norte del país, como Castilla-La Mancha y Castilla y León, presentan esperanzas de vida altas y tasas de mortalidad bajas en términos relativos. Se trata de CA que, según el estudio de Benach *et al.* (2006) tienen una distribución territorial de los riesgos de mortalidad bastante homogénea, lo que sugiere que existen factores adicionales que explican sus ventajas relativas en los indicadores de mortalidad.

Gráfico 4.3.(a) Asociación entre el nivel de pobreza y la esperanza de vida, según CCAA (2005)

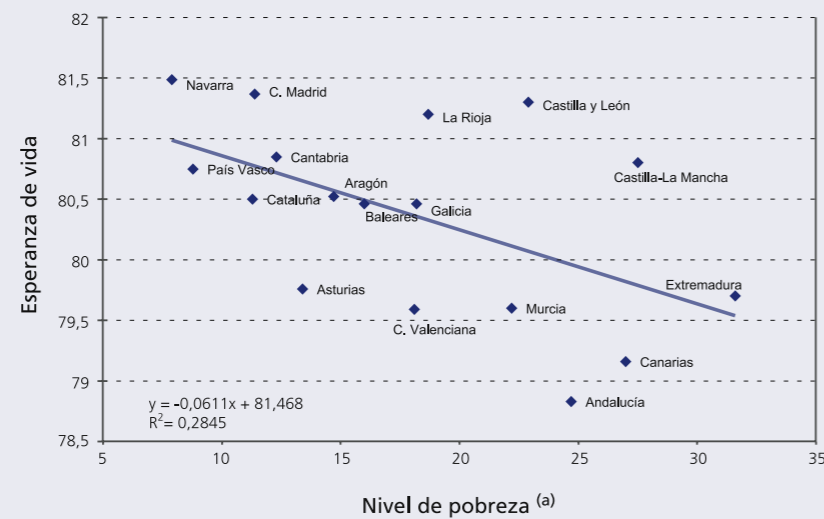
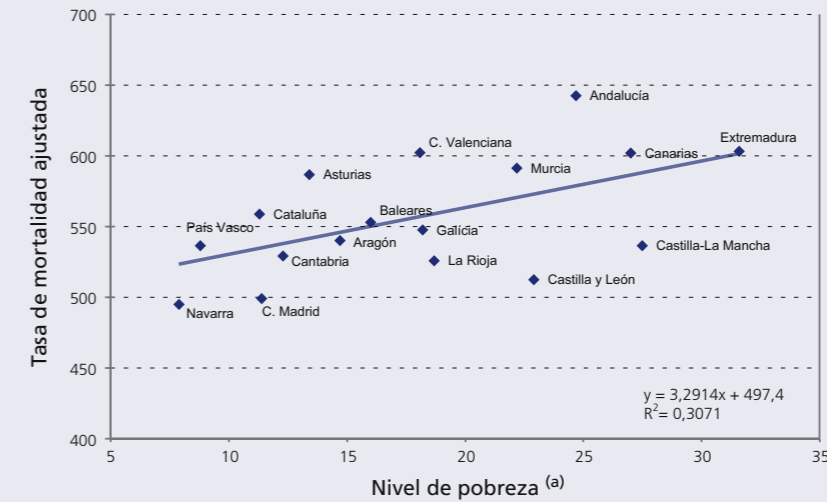


Gráfico 4.3.(b) Asociación entre el nivel de pobreza y las tasas de mortalidad ajustada, según CCAA (2005)



Fuente: Elaboración CIIMU, los datos sobre "esperanza de vida" y "tasa de mortalidad" son del Ministerio de Sanidad y Política Social disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>. Los datos de pobreza son de la ECV_2005, INE.

Nota: a) Calculado a partir del umbral de pobreza del 50% de la media de ingresos equivalentes del hogar, ECV_2005.

Las tasas ajustadas de mortalidad por las principales causas de muerte también correlacionan significativamente con las tasas de pobreza. Así ocurre con las enfermedades isquémicas del corazón y, muy especialmente, con las enfermedades cerebrovasculares. Al igual que la mortalidad total, CA con niveles elevados de pobreza tienden a registrar una mortalidad más alta por esas enfermedades. Canarias tiene una mortalidad por enfermedad isquémica superior en un 40% a la mortalidad por esa causa en el conjunto de España. También presentan tasas elevadas de mortalidad por enfermedad isquémica del corazón Andalucía y la Comunidad Valenciana -cuyo nivel de pobreza es desde un punto de vista comparativo un poco más bajo. Por su parte, Andalucía y la Comunidad Valenciana presentan las tasas más altas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular, seguidas no muy de lejos por Murcia y Canarias. Castilla y León y Castilla-La Mancha vuelven a aparecer como anomalías por sus bajas tasas de mortalidad. La mortalidad por cáncer de mama entre las mujeres y por cáncer de pulmón entre los hombres presenta muy poca variabilidad. No existe patrón geográfico claro en las muertes por cáncer de pulmón y de mama.

Gráfico 4.4.(a) Asociación entre el nivel de pobreza y las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, según CCAA (2005)

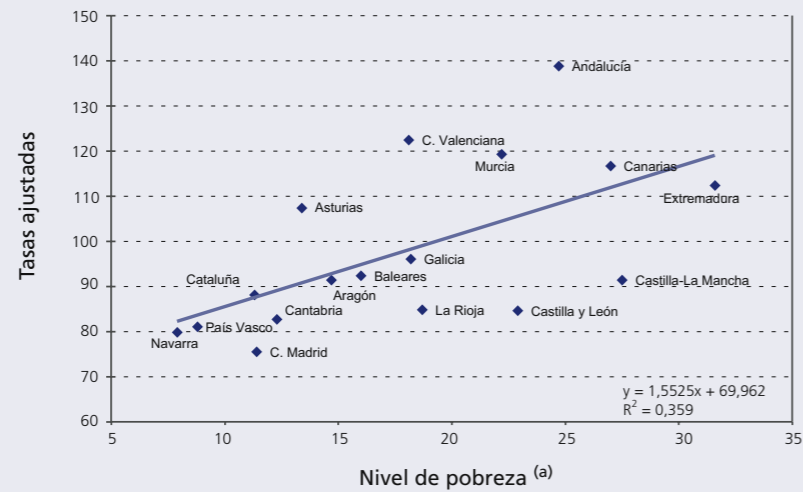
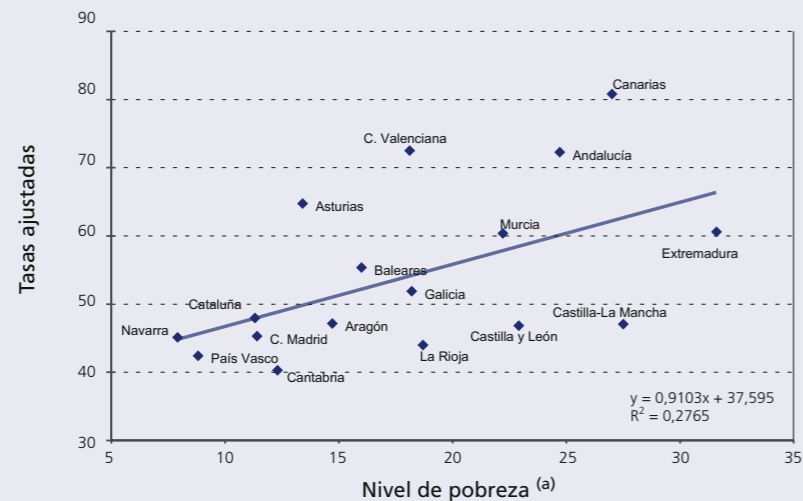


Gráfico 4.4.(b) Asociación entre el nivel de pobreza y las tasas ajustadas de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, según CCAA (2005)



Fuente: Elaboración CIIMU, los datos sobre mortalidad por "enfermedades cerebrovasculares" y "enfermedades isquémicas del corazón" son del Ministerio de Sanidad y Política Social disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>. Los datos de pobreza son de la ECV_2005, INE.
Nota: a) Calculado a partir del umbral de pobreza del 50% de la media de ingresos equivalentes del hogar, ECV_2005.

Gráfico 4.5.(a) Asociación entre el nivel de pobreza y la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de mama, según CCAA (mujeres, 2005)

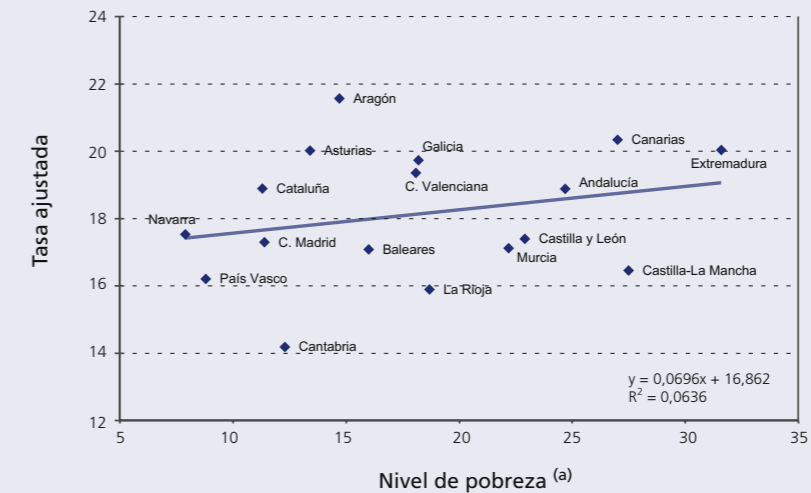
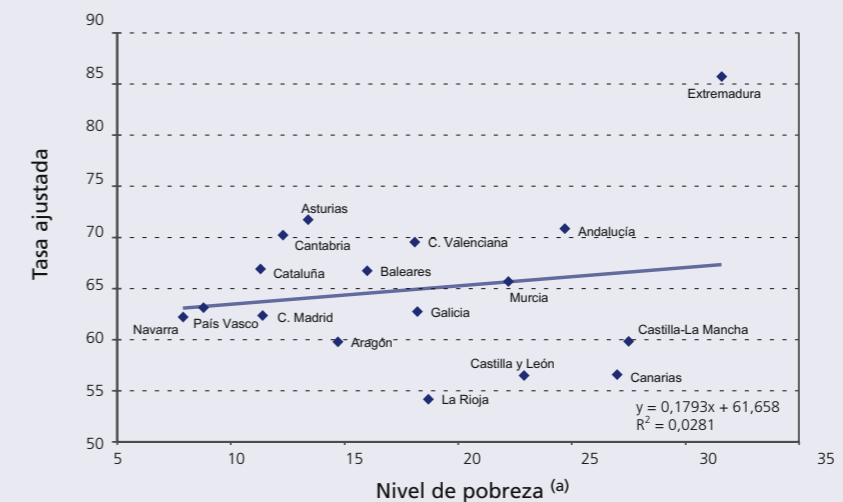


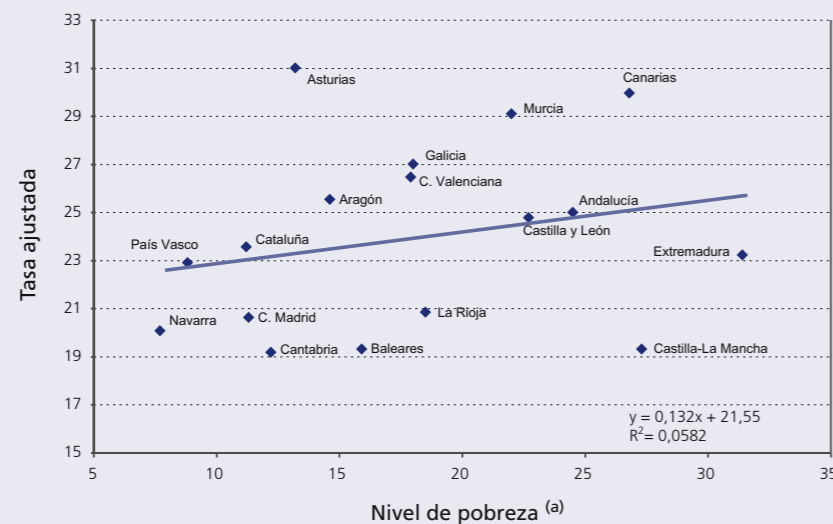
Gráfico 4.5.(b) Asociación entre el nivel de pobreza y la tasa ajustada de mortalidad por tumor maligno de bronquios, pulmón y tráquea, según CCAA (hombres, 2005)



Fuente: Elaboración CIIMU, los datos sobre tasa ajustada de mortalidad por "tumor maligno de mama" y "tumor maligno de bronquios, pulmón y tráquea" son del Ministerio de Sanidad y Política Social disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>. Los datos de pobreza son de la ECV_2005, INE.
Nota: a) Calculado a partir del umbral de pobreza del 50% de la media de ingresos equivalentes del hogar, ECV_2005.

Los indicadores de mortalidad son los más utilizados en los estudios de desigualdades en salud, debido a la objetividad del fenómeno que recogen. Pero para obtener una visión panorámica del estado de salud y su relación con la pobreza es conveniente complementar los indicadores de mortalidad con los de morbilidad, motivos de ingreso hospitalario, salud percibida y acceso a servicios sanitarios. Hay una gran variedad de indicadores de morbilidad, que resulta imposible analizar con exhaustividad en un estudio como este. Uno de los más utilizados en el análisis de desigualdades geográficas es la prevalencia de enfermedades o discapacidades crónicas (ajustada por la edad)⁴³. Aquí presentamos datos extraídos de una pregunta de la “Encuesta de Condiciones de Vida 2005”. El gráfico muestra la existencia de una considerable variabilidad. Las comunidades con prevalencia más baja son comunidades con bajos niveles de pobreza, como Cantabria, Baleares y Castilla-La Mancha (19%, aproximadamente), mientras que la más alta se produce en Asturias (30,9%). La asociación entre el nivel de pobreza y la prevalencia de enfermedades crónicas es baja ($R^2 = 0,058$). Asturias

Gráfico 4.6. Asociación entre el nivel de pobreza y la tasa ajustada de enfermedad crónica o discapacidad, según CCAA (2005)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de ECV_2005, INE.

Nota: a) Calculado a partir del umbral de pobreza del 50% de la media de los ingresos equivalentes, ECV_2005.

actúa como caso anómalo, con una proporción muy alta de personas con enfermedad crónica o discapacidad a pesar de que su nivel de pobreza es relativamente bajo.⁴⁴

Para estudiar la relación entre motivos de ingreso hospitalario y nivel de pobreza es necesario analizar el registro de altas que publica el Ministerio de Sanidad y Política Social. En él aparecen 17 motivos y una categoría “cajón de sastre” (que engloba motivos no contemplados en el resto de categorías). El indicador de motivos de ingreso hospitalario que presenta una correlación más alta con los niveles de pobreza es la incidencia de casos de ingreso hospitalario por complicaciones de gestación, parto y puerperio. Evidencias como esta corroboran resultados similares obtenidos en otros países, que acreditan la alta incidencia de complicaciones de gestación, parto y puerperio en los grupos más vulnerables (CDC, 2002).

Uno de los indicadores más utilizados en el análisis de desigualdades es el estado de salud percibido y, en concreto, la prevalencia de deficiente estado de salud percibido. Se trata de una medida que valora la proporción de personas que consideran que, en los últimos doce meses, su salud ha sido regular, mala o muy mala. Para hacer posible las comparaciones entre CA es necesario estandarizar ese valor por edad. Los resultados del gráfico sugieren, sin embargo, que existe una asociación estadística débil ($R^2 = 0,085$) entre el nivel de pobreza de la CA y la prevalencia de la mala salud percibida. Si bien es cierto que en comunidades con elevado nivel de pobreza (como Canarias) existe una prevalencia alta de mala salud percibida, algunas comunidades con niveles de pobreza medios –como Galicia– también presentan prevalencias elevadas.⁴⁵

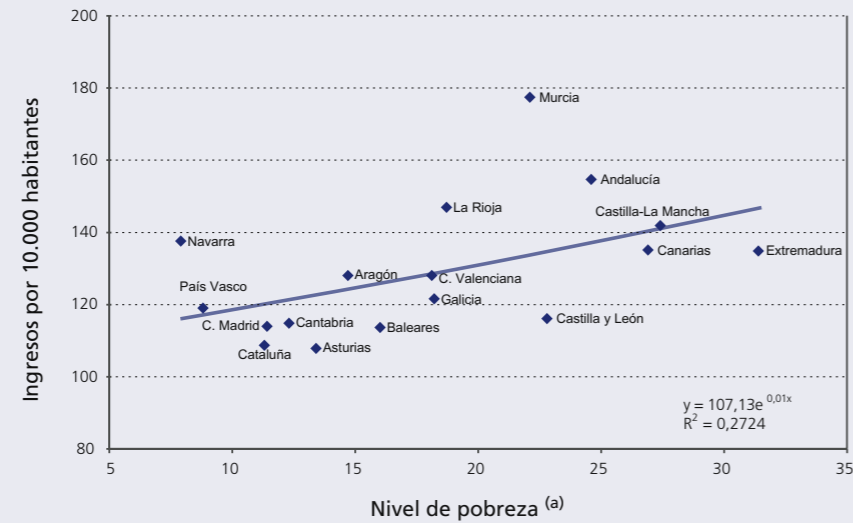
El indicador de motivos de ingreso hospitalario que presenta una correlación más alta con los niveles de pobreza es la incidencia de casos de ingreso hospitalario por complicaciones de gestación, parto y puerperio.

43. Una enfermedad es crónica cuando es de larga duración, de naturaleza física o mental, y no se debe a procesos agudos aislados.

44. El coeficiente de Pearson se triplica cuando se elimina Asturias del análisis.

45. Si se elimina Galicia del análisis estadístico, la asociación estadística aumenta considerablemente (a $R^2 = 0,14$).

Gráfico 4.7. Asociación entre el nivel de pobreza e ingreso por complicaciones de la gestación parto o puerperio, según CCAA (2005)

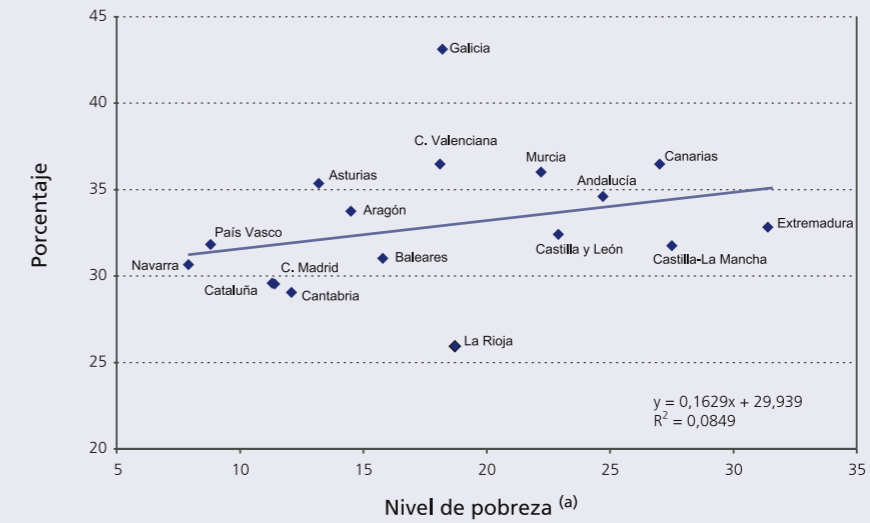


Fuente: Elaboración CIIMU, los datos sobre "ingreso por complicaciones de la gestación o parto" son del Ministerio de Sanidad y Política Social disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadísticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>. Los datos de pobreza son de la ECV_2005, INE.
 Nota: a) Calculado a partir del umbral de pobreza del 50% de la media de ingresos equivalentes del hogar, ECV_2005.

En lo referente al acceso y la utilización de la asistencia sanitaria, algunos de los indicadores más usados son: (1) el tiempo de demora entre la solicitud de cita en un centro de salud y la obtención de la visita, (2) el tiempo de demora entre el día en que se pide una cita para el especialista y día de la consulta, (3) el tiempo de demora entre la petición de asistencia urgente y la prestación de esa asistencia y (4) la inaccesibilidad a la asistencia médica en los últimos meses cuando se ha necesitado. En todos los casos, la lectura de los datos presentados en los gráficos sugiere que en las comunidades con niveles más altos de pobreza, los ciudadanos no tienen más problemas de acceso a la asistencia sanitaria. No hay una asociación entre pobreza con (1) o (2), sino que la hay entre el nivel de pobreza con (3) y (4), pero es negativa. Las comunidades con niveles de pobreza más elevados tienden a presentar mejores resultados en tiempo de demora entre la petición de la asistencia urgente y la prestación, así como en accesibilidad a la asistencia médica en situación de necesidad. En resumen, hay razones para pensar que las desigualdades de salud entre comunidades autónomas no se deben, principalmente, a problemas de acceso a las prestaciones sanitarias en zonas con elevados niveles de pobreza.⁴⁶

46. Eso no quiere decir que la igualdad formal en el acceso garantice la equidad. Para lograr la equidad pueden ser necesarias medidas adicionales para promover que los grupos más desfavorecidos hagan un uso óptimo de los recursos existentes.

Gráfico 4.8. Asociación entre nivel de pobreza y estado de salud subjetiva deficiente, según CCAA (2005)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de ECV_2005, INE.
 Nota: a) Calculado a partir del umbral de pobreza del 50% de la media de los ingresos equivalentes, ECV_2005.

Los resultados del análisis de las variaciones geográficas en los indicadores de salud estudiados sugieren que las CA con más pobreza tienden a presentar mayor mortalidad, menor esperanza de vida, peores resultados en enfermedades crónicas, en algunos problemas de salud que requieren ingreso hospitalario, y en salud percibida. El grado de asociación suele ser débil, lo que sugiere la existencia de una variabilidad considerable de realidades dentro de las CA. Los datos no avalan la idea de que la asociación entre nivel de pobreza de la CA y salud pueda atribuirse a desigualdades en la prestación de servicios en las distintas CA.

Gráfico 4.9.(a) Asociación entre el nivel de pobreza y el tiempo de demora en obtener cita en el centro de salud (número medio de días), según CCAA (2007-2008)

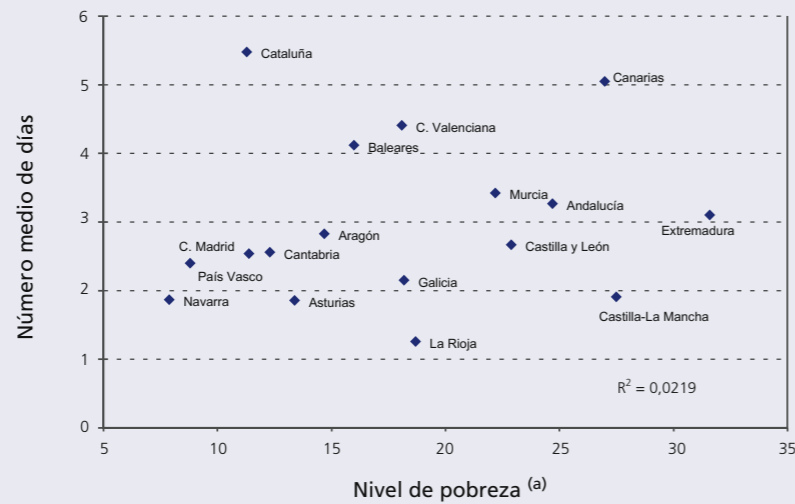
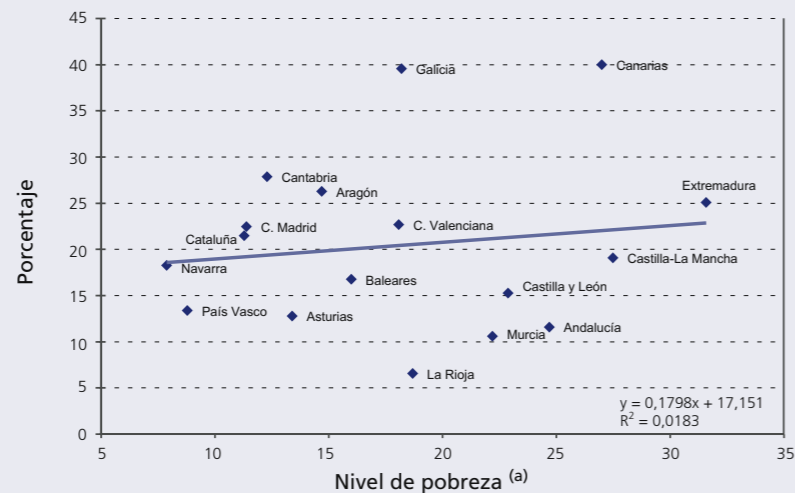


Gráfico 4.9.(b) Asociación entre el nivel de pobreza y la proporción de personas que esperan más de 120 días para obtener cita con el médico especialista, según CCAA (2007-2008)



Fuente: Elaboración CIIMU, los datos sobre "tiempo de demora en obtener una cita en el centro de salud" y "personas que esperan más de 120 días para obtener cita con el médico especialista" son del Barómetro Sanitario de 2007-2008. Los datos de pobreza son de la ECV_2005, INE.
 Nota: a) Calculado a partir del umbral de pobreza del 50% de la media de ingresos equivalentes del hogar, ECV_2005.

Gráfico 4.10.(a) Asociación entre el nivel de pobreza y la proporción de personas que declaran haber padecido una demora de más de tres horas en la asistencia médica después de una petición de urgencia, según CCAA (2006)

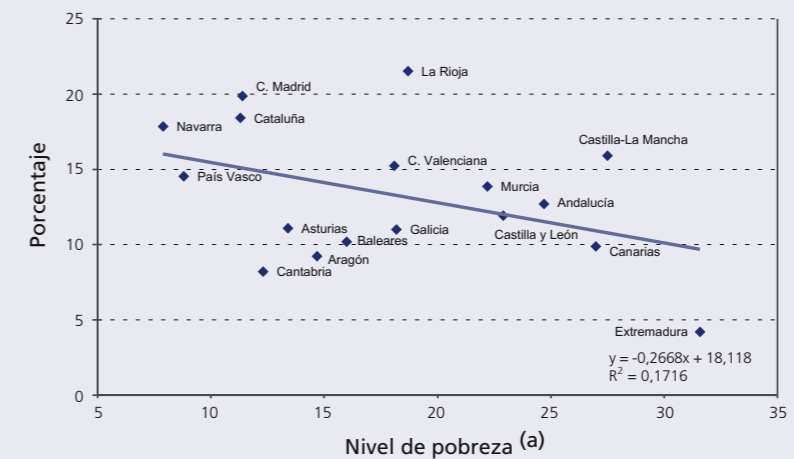
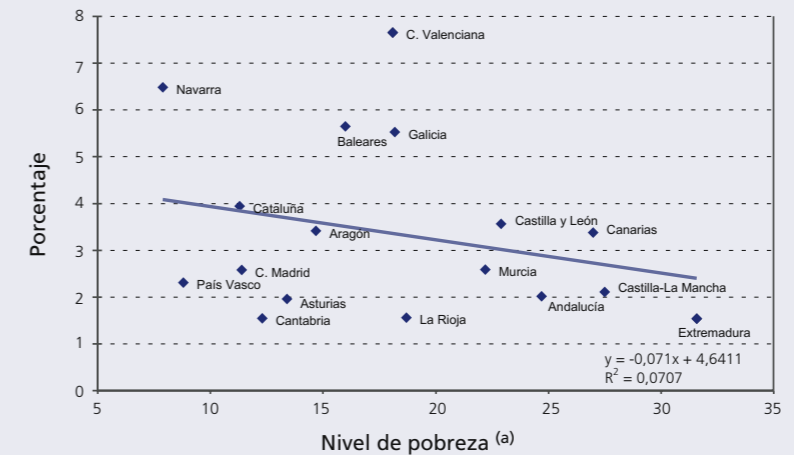


Gráfico 4.10.(b) Asociación entre el nivel de pobreza y la inaccesibilidad a la asistencia médica en los últimos 12 meses, según CCAA (2005)



Fuente: a) Elaboración CIIMU, los datos sobre "tiempo transcurrido entre la petición de asistencia urgente y la prestación de asistencia" son de la ENSE_2006 del Ministerio de Sanidad y Política Social disponible en <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInjSanSNS/nivelSalud.htm>. Los datos de pobreza son de la ECV_2005, INE.
 b) Elaboración CIIMU, los datos sobre "inaccesibilidad a la asistencia médica en los últimos 12 meses" se refiere a la pregunta del cuestionario de la ECV_2005 "¿ha tenido usted necesidad, en alguna ocasión durante los últimos 12 meses, de asistir a la consulta de un médico o de recibir tratamiento médico y no ha podido?". Los datos de pobreza son de la ECV_2005, INE.
 Nota: a) Calculado a partir del umbral de pobreza del 50% de la media de ingresos equivalentes del hogar, ECV_2005.

5. LA SALUD Y SUS DETERMINANTES SOCIALES

La evidencia de que los factores sociales influyen decisivamente sobre la salud de las personas es un aspecto ya indiscutido. Eso no quiere decir que sean el único determinante de la salud. Los descubrimientos recientes sobre el genoma humano están proporcionando nuevos y sólidos argumentos a quienes están convencidos de que los progresos sanitarios dependen en buena medida de que lleguemos a entender exhaustivamente el sustrato biológico de las enfermedades. Ahora bien, sin restar la importancia a las predisposiciones genéticas individuales a la enfermedad –que a menudo dibujan espacios de vulnerabilidad más que de determinación–, es innegable que las causas más comunes de las patologías, trastornos y síndromes que afectan a grupos humanos son ambientales y, en buena medida, sociales. La mayor o menor prevalencia de la mayoría de enfermedades depende fundamentalmente de la influencia de las condiciones en que vivieron las personas que las padecen, de sus estilos de vida y los roles sociales que ejercieron, y no únicamente de sus predisposiciones genéticas. Parece obvio que los grandes progresos sanitarios de las últimas décadas –el descenso de la mortalidad infantil o el alargamiento de la esperanza de vida de las personas mayores– no son el resultado de una mejora del genoma humano, sino de cambios sociales (McKeown, 1976, 1990). Algunas de estas transformaciones tienen que ver con el desarrollo de tecnologías médicas incluyendo la farmacopea,⁴⁷ muchos otros con cambios en prácticas de salud pública (por ejemplo, las vacunaciones, el tratamiento de los residuos y el alcantarillado) y privada (la higiene personal y doméstica), estilos de vida y la mejora de la alimentación y de las condiciones de vida. Los factores sociales explican también por qué en algunas sociedades los indicadores de salud han progresado más que en otras, por qué dentro de una misma sociedad existen desigualdades de salud entre distintos grupos sociales, o por qué estas se incrementan o decrecen a lo largo del tiempo.

Existen dos factores demográficos que tienen una influencia considerable en la salud por razones biológicas: sexo y edad. El hecho de ser hombre o mujer, o de tener más o menos edad altera la susceptibilidad a ciertas enfermedades. Comenzando por el sexo, hay diferencias intrínsecas entre hombres y mujeres basadas en sus genes y su fisiología reproductiva, que están asociadas a diferencias en riesgos de morbilidad por ciertas causas. Las mujeres tienen mayor resistencia a algunas enfermedades infecciosas y a sufrir algunas enfermedades cromosómicas poco frecuentes. Algunas hormonas femeninas actúan como protectoras frente a la morbilidad cardiovascular. Sin embargo, el papel de las mujeres en la reproducción humana incrementa los riesgos de morbilidad durante las fases de embarazo, parto y puerperio. La mayor complejidad

47. Entre estos desarrollos hay que incluir el creciente conocimiento del genoma humano, que permite realizar progresos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

del sistema reproductivo femenino genera además riesgos de trastornos típicamente femeninos: neoplasias de mama, trastornos genitourinarios (cistitis), trastornos menstruales o de la menopausia, etc. La presentación clínica de determinadas enfermedades –sus síntomas y desarrollo– puede diferir entre varones y mujeres (Verbrugge, 1985: 164). Los hombres, por su parte, tienen algún trastorno específicamente masculino, como las prostatitis o el cáncer de próstata. Las especificidades biológicas de hombres y mujeres son responsables de una parte pequeña de la variabilidad en salud entre hombres y mujeres. Otra, nada insignificante, queda sin explicar. Tampoco nos ayudan a comprender las enormes desigualdades en salud que presentan los hombres y las mujeres, cada uno por su lado.

En cuanto a la edad, no cabe duda que envejecer trae consigo, especialmente en edades avanzadas, un declive físico y a menudo mental. El envejecimiento es un fenómeno universal, que afecta a todas las especies animales.⁴⁸ Es el resultado de una secuencia estocástica o programada (genéticamente) de daños que hacen que el organismo desempeñe sus funciones vitales con menos eficacia y pierda capacidad de homeostasis. Desde tiempos inmemoriales, los seres humanos han buscado la fórmula para detener el paso del tiempo, e incluso rejuvenecer. Las expediciones en búsqueda de manantiales de aguas rejuvenecedoras –como la de Juan Ponce de León, que le lleva a descubrir Florida– o los “pactos con el diablo” –en los que la persona ofrecía al diablo su alma a cambio de la eterna juventud– son dos referentes culturales que ilustran el temor de las sociedades occidentales a la decadencia que conlleva el envejecimiento. Ahora bien, existe una enorme variabilidad, tanto en la longevidad de los seres humanos, como en los síntomas físicos y mentales que acarrea el envejecimiento en diferentes etapas de la vida. Esa variabilidad solo es explicada por marcadores genéticos en una parte pequeña.

Para entender esta variabilidad no explicada exclusivamente por diferencias genéticas entre hombres y mujeres, o personas de la misma edad, es necesario estudiar la naturaleza social de estas variables. El sexo y la edad son, además (quizás ante todo), categorías sociales. En todas las sociedades humanas son dos de los principales criterios de diferenciación social que llevan aparejados prácticas y estilos de vida, responsabilidades y derechos diferenciados. Juegan un papel de primer orden en la determinación del papel que las personas representan y el estatus que ocupan en gran número de instituciones sociales: la familia, el sistema educativo, el mercado de trabajo, o el sistema de protección social.

Las mujeres ocupan todavía muchas veces lugares subordinados dentro del hogar y el mercado de trabajo, que se reflejan asimismo en su cartera de derechos de ciudadanía social (debido a la estrecha relación entre prestaciones sociales y trayectorias laborales). La proporción

de hombres que participan en el mercado laboral es más alta que la de mujeres. También lo es la proporción de hombres que trabajan a tiempo completo. Los hombres suelen tener remuneraciones más altas (incluso, a igualdad de otras condiciones, como formación y experiencia laboral), y experimentan con menor frecuencia situaciones de precariedad laboral y desempleo. Estas diferencias repercuten sobre la situación de las mujeres en el ámbito doméstico. Una larga tradición de estudios pone de manifiesto la existencia de una relación estrecha entre las aportaciones financieras de las mujeres y la división sexual del trabajo. Una menor aportación supone generalmente más horas de trabajo doméstico y una menor corresponsabilización del hombre, a igualdad de otras condiciones. El trabajo doméstico es percibido habitualmente como rutinario y monótono por quienes lo realizan y conduce a menudo al aislamiento social. La sensación de estar haciendo algo que no merece el reconocimiento social se intensifica en un contexto en el que el trabajo doméstico ha perdido buena parte del valor social que se le atribuyó en el pasado. Las evidencias demoscópicas sugieren que la mayor parte de las mujeres que son amas de casa desearían trabajar fuera del hogar. No poder hacerlo –por diversas circunstancias– puede originar formas de malestar psicológico, que repercuten sobre la percepción subjetiva de salud y el desarrollo de determinadas afecciones. Por otra parte, sus trayectorias laborales más cortas e intermitentes dificultan a menudo que reúnan los requisitos para disfrutar prestaciones sociales adecuadas (por ejemplo, pensiones contributivas o prestaciones de desempleo), lo que incrementa su riesgo de pobreza en ciertas situaciones y etapas de la vida (cuando encabezan un hogar monoparental o tras el fallecimiento del marido o pareja).

Las diferencias de salud por género, sin embargo, resultan paradójicas. Las mujeres suelen declarar peor salud que los hombres, y a pesar de ello, viven más años. A lo largo de sus vidas las mujeres experimentan más afecciones que no tienen consecuencias fatales. En un estudio ya clásico que resume los principales trabajos epidemiológicos sobre la relación de salud y sexo, Lois Vebrugge (1985) evidenciaba la existencia de desigualdades considerables entre hombres y mujeres en múltiples ámbitos de la salud. El catálogo de afecciones crónicas (que duran al menos tres meses) que tienden a padecer más a menudo las mujeres es largo: varices, hemorroides, colitis, problemas en la vesícula biliar, constipado frecuente, afecciones de la tiroides, anemias, migrañas, artritis, etc. También desarrollan más a menudo afecciones agudas (que duran menos de tres meses), como infecciones respiratorias, gastroenteritis y otras infecciones de corta duración. Los hombres, en cambio, tienden a verse más afectados por experiencias que amenazan su vida, como los accidentes de tráfico o laborales, así como enfermedades que entrañan un serio riesgo de muerte, como las afecciones coronarias, los problemas cerebrovasculares, las enfermedades del riñón o la arteriosclerosis. Las diferencias de salud entre hombres y mujeres disminuyen en etapas más avanzadas del ciclo vital, cuando los varones comienzan a sufrir afecciones con mayor riesgo de desenlace fatal.

48. Aunque no afecta a todas las especies por igual. Algunas especies de pinos, algunos peces y algunos invertebrados presentan ritmos de envejecimiento biológico muy lentos, casi insignificantes si los comparamos con los humanos.

Tabla 5.1. Sexo con prevalencia más alta de enfermedades crónicas en diferentes etapas vitales

	Grupos de edad		
	16-34	35-64	65 y más
Hipertensión	M	=	M
Infarto de miocardio	0	H	H
Otras enfermedades del corazón	M	M	=
Varices en piernas	M	M	M
Artrosis, artritis o reumatismo	M	M	M
Dolor de espalda crónico (cervical)	M	M	M
Dolor de espalda crónico (lumbar)	M	M	M
Alergia crónica	M	M	M
Asma	=	=	=
Bronquitis crónica	M	H	H
Diabetes	=	H	=
Úlcera de estómago o duodeno	=	=	=
Incontinencia urinaria	0	M	M
Colesterol elevado	=	H	M
Cataratas	0	M	M
Problemas crónicos de piel	M	M	H
Estreñimiento crónico	M	M	M
Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	M	M	M
Embolia	0	=	H
Migraña o dolor de cabeza frecuente	M	M	M
Hemorroides	M	M	M
Tumores malignos	0	=	H
Osteoporosis	0	M	M
Anemia	M	M	M
Problemas de tiroides	M	M	M
Problemas de próstata (% de hombres)	21,7% ^(a)		
Problemas de periodo menopáusico (% de mujeres)	16,9% ^(b)		

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: 'M' significa que la mujer tiene una mayor prevalencia respecto al hombre, y 'H' viceversa.

Cuando no existen diferencias significativas entre hombre y mujer se utiliza el signo '='.

El '0' representa que el valor de la casilla es menor que 1%.

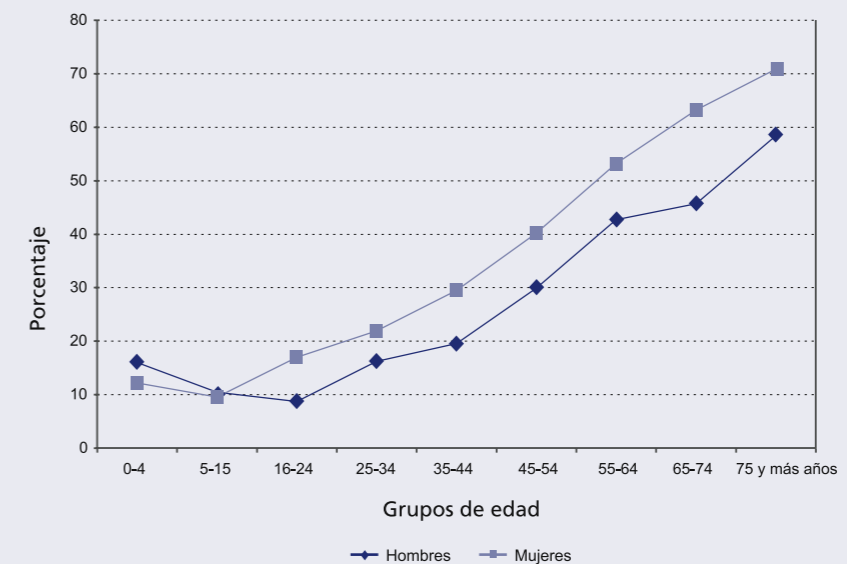
a) Hombres de 50 y más años de edad.

b) Mujeres de 40 a 60 años de edad.

En algunas ocasiones, la prevalencia de enfermedades crónicas por sexo varía en el ciclo vital. En la mayoría de trastornos crónicos, las mujeres suelen presentar mayor prevalencia que los hombres en todas las etapas de la vida. Sin embargo, algunos trastornos, que son igual de comunes en mujeres y hombres en etapas tempranas de la vida –como las embolias y los tumores malignos– terminan siendo enfermedades mayoritariamente masculinas. En cambio, otras enfermedades como la diabetes son mayoritariamente masculinas durante la juventud, pero en edades avanzadas la prevalencia entre hombres y mujeres tiende a converger.

Los resultados de la “Encuesta Nacional de Salud 2006” también sugieren que las mujeres suelen presentar peor estado de salud subjetiva. El porcentaje de mujeres que declaran que su salud subjetiva es deficiente (regular, mala o muy mala) es superior a la de varones que declaran lo mismo en todos los tramos de edad a partir de los 16 años. Durante la infancia, los datos disponibles son resultado de la valoración de una persona adulta que convive con el menor. Los datos indican que apenas existen diferencias en el estado subjetivo de la salud de hombres y mujeres en esas edades. Las pequeñas diferencias que se observan indican que los hombres presentan proporciones ligeramente más elevadas de salud subjetiva deficiente.

Gráfico 5.1. Estado de salud subjetivo deficiente, según sexo y grupo de edad



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

La mayoría de los expertos/as coincide en que esas diferencias no pueden ser explicadas exclusivamente por causas biológicas. Son el resultado de diferencias en estilos de vida, percepciones y la utilización de servicios sanitarios. Los hombres tienden a observar hábitos más perjudiciales para su salud (fumar, beber, conducir automóviles...) y a exponerse a situaciones de riesgo (cuando trabajan o realizan deporte). Su participación más intensa en la esfera pública trae consigo tensiones y estrés. Las mujeres suelen correr menos riesgo en sus actividades rutinarias, pero tienden a expresar más malestar psicológico (ansiedad, depresión y sentimiento de culpa), lo que de acuerdo a algunas hipótesis disminuye su resistencia fisiológica a enfermedades agudas y crónicas. El papel social que todavía tienen muchas reservado, como cuidadoras y responsables del ámbito doméstico, es –desde este punto de vista– fuente de descontento. Una segunda hipótesis para explicar las diferencias en salud por sexo enfatiza predisposiciones psicológicas diferenciadas de hombres y mujeres. De acuerdo a este punto de vista, las mujeres están más preparadas (como resultado de su socialización y la función social que a menudo desempeñan como cuidadoras de otras personas) para reconocer y catalogar síntomas físicos y evaluar su severidad. Son además, a igualdad de condiciones, más propensas a tomar iniciativas encaminadas a subsanar sus problemas de salud, acudiendo a un profesional sanitario y confiando en sus prescripciones.

La edad tiene también una influencia considerable sobre la salud, en su doble vertiente, biológica y social. Las diferencias en la incidencia de enfermedades crónicas según edad son considerables. Probablemente el aumento de la esperanza de vida de las personas de edad avanzada incrementará aún más estas diferencias. En España, el 46% de las personas de 65 a 74 años y el 57% de las personas de 75 y más años declaran padecer una enfermedad crónica o discapacidad. En contraposición, solo el 10% de las personas de 16 a 34 se encuentran en esa situación.

Tabla 5.2. Personas con enfermedad crónica o discapacidad según grupos de edad

Grupos de edad	Porcentaje de personas con enfermedad crónica o discapacidad
16-24	9,5%
25-34	10
35-44	17
45-54	25
55-64	37
65-74	46
75 y más años	57

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ECV_2007, INE.

Otro indicador que muestra el deterioro de la salud que se produce con la edad es el estado de salud subjetivo. El 63% de las personas de 65 a 74 años declara que su estado de salud subjetivo es deficiente. Lo ve así el 76% de las personas de 75 y más años. En cambio, sólo el 6,8% de las personas de 16 a 24 años o el 12% de las que tienen de 25 a 34 años perciben su salud como deficiente. Sin embargo, la constatación de que la mayoría de los problemas más importantes para la salud tienen lugar en edades avanzadas no debe llevarnos a descuidar los determinantes de la salud en otras etapas de la vida. Sobre la base de criterios de inclusión social, la salud de niños y jóvenes es crucial. Los problemas de salud y desarrollo en esas etapas prematuras tienen un efecto físico y social duradero. La salud de una persona adulta viene determinada en gran medida por experiencias en los primeros años de vida. Es más, existe abundante investigación que pone de manifiesto que incluso las condiciones en que las madres viven el embarazo pueden tener repercusiones considerables sobre el desarrollo del feto, cuyas consecuencias se arrastran a lo largo del ciclo vital. Estudios sociológicos realizados en Gran Bretaña sobre la geografía de la mortalidad evidencian la existencia de una asociación entre las pautas de mortalidad neonatal y postneonatal observadas en el pasado en una zona geográfica con riesgos de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares, isquemia coronaria o bronquitis crónica observados en el presente en esa misma zona (Barker, 1998, 2003). Una nutrición inadecuada durante el embarazo, el nivel de estrés o ciertos hábitos –consumo de tabaco o alcohol, o ejercicio físico insuficiente– afectan la estructura corporal del feto, su fisiología y metabolismo de forma permanente. El bajo peso al nacer es un desencadenante de problemas de salud en los primeros años de vida y con posterioridad. Por ejemplo, Barker ha estimado que los varones con bajo peso al nacer (menos de 2,5 kilogramos) tienen un riesgo 7 veces mayor de tener diabetes a los 64 años.

Las experiencias vividas en los primeros años de vida son fundamentales para el desarrollo posterior de la persona debido a la maleabilidad, durante esos años, de las estructuras biológicas. Los estímulos sensoriales, cognitivos y emocionales que recibe un niño en su más tierna infancia condicionan el desarrollo celular, la estructura de sus órganos, las pautas de secreción hormonal y la sensibilidad de los tejidos a esas hormonas. Ritmos lentos de crecimiento físico afectan a las funciones cardiovasculares, respiratorias, pancreáticas y renales, lo que incrementa el riesgo de enfermedad en la vida adulta (Wilkinson y Marmot, 2003: 14). Infecciones adquiridas durante la infancia acompañan a los individuos a lo largo de su vida, incrementando el riesgo de que desarrollen enfermedades en etapas más avanzadas del ciclo vital.⁴⁹ Un entorno en el que el niño está expuesto a pocos estímulos cognitivos

49. Por ejemplo, existe una relación entre la infección por *Helicobacter Pylori* y el desarrollo de úlceras y cáncer de estómago en la vida adulta.

o déficits de afecto, o le transmita angustia e inseguridad puede afectar negativamente a sus capacidades educativas, provocar problemas de conducta y favorecer procesos de marginalización en la transición a la vida adulta. Diversos estudios longitudinales han acreditado la relación entre clase social durante la infancia y riesgos para la salud de las personas adultas, a igualdad de situación socioeconómica durante la vida adulta. Así, según un estudio de Davey Smith *et al.*, (1998) que utiliza una encuesta longitudinal de 5.500 hombres escoceses (*West of Scotland Collaborative Study*) muestra que, controlando por circunstancias socioeconómicas y factores de riesgo presentes en la vida adulta, subsiste una asociación entre la clase social en la infancia y el riesgo de mortalidad por infarto cerebral, cáncer de estómago y enfermedades coronarias.⁵⁰

Por otra parte, los hábitos perjudiciales que se inician en la infancia y en la adolescencia, como la alimentación desequilibrada, la falta de ejercicio físico, o el consumo de tabaco, alcohol y sustancias estupefacientes tienen implicaciones para la salud a largo plazo. La distribución de esos comportamientos no es aleatoria. A menudo son más comunes en grupos en situación de riesgo social, convirtiéndose así en la fuente de desigualdades en salud que emergen más claramente en etapas avanzadas del ciclo vital (Graham y Power, 2004). Los estudios longitudinales realizados en Gran Bretaña ponen de manifiesto, por ejemplo, que la clase social de los padres a los 4 años es un predictor de la obesidad de las personas adultas a los 53 (Hardy, Wadsworth y Kuh *et al.*, 2000, y Langeberg *et al.*, 2003). Los resultados de estos estudios sugieren que los efectos de la clase social de los padres se atenúan cuando las personas han experimentado movilidad ascendente a lo largo de sus vidas.

En España, con los datos disponibles, resulta difícil medir la influencia de las condiciones vividas durante la infancia. No existen muestras longitudinales apropiadas para realizar el tipo de análisis que en los países anglosajones acreditan la importancia de las etapas prematuras en la salud en edades avanzadas. La única aproximación posible a la medición de este efecto es indirecta. Algunas encuestas proporcionan información sobre el nivel educativo de los padres de los entrevistados, que es una forma de acercarse a la extracción socioeconómica de origen de estas personas. Así lo hace la “Encuesta de Condiciones de Vida 2005”. Con esta información e indicadores convencionales de salud (en este caso, se pregunta al entrevistado si padece una enfermedad crónica o discapacidad) es posible estimar el efecto neto de su extracción social (es decir, a igualdad de condiciones socioeconómicas en la actualidad). Es lo que llevamos a cabo en la Tabla 5.3 para hombres y mujeres mediante un análisis multivariante de la probabilidad de padecer una enfermedad

crónica o discapacidad, controlando los efectos debidos al nivel de renta actual del hogar en que vive el entrevistado y su edad. La variable de referencia son los entrevistados cuyo padre tiene estudios universitarios. Los resultados muestran que tanto los hombres como las mujeres cuyo padre no tiene titulación superior presentan una probabilidad más alta de padecer una enfermedad crónica o una discapacidad que aquellos cuyo padre tiene estudios universitarios, a igualdad del resto de condiciones vigentes en la actualidad (de renta y edad). La razón de probabilidad es un 76% más alta entre los hombres cuyo padre no tiene título de primaria que entre aquellos cuyo padre tienen un título superior. Entre las mujeres el efecto es parecido. En general, a mayor educación del padre del entrevistado, menor probabilidad de padecer una enfermedad crónica o discapacidad. Las diferencias en los distintos grupos con las personas cuyo padre tienen educación superior (categoría de referencia) son siempre significativas. El modelo también pone de relieve que la movilidad educativa ascendente (que la persona tenga un nivel educativo más elevado que su padre) reduce esa probabilidad. Los resultados son incluso más acentuados cuando se estiman los efectos de la educación del progenitor sobre la probabilidad de declarar que el estado de salud percibido es deficiente (regular, malo o muy malo). Los hombres que tienen un padre sin título de primaria presentan un riesgo relativo 2,6 veces mayor de tener un estado de salud percibido deficiente que los hombres cuyo padre tiene una titulación universitaria, a igualdad de los ingresos actuales.

Evidentemente las influencias del contexto social no se circunscriben a las edades más prematuras. La desigualdad en salud en edades avanzadas se deriva de trayectorias vitales en que se acumulan experiencias que contribuyen al deterioro progresivo de la salud. Muchas de estas experiencias están ligadas a los itinerarios laborales que siguen las personas y condiciones en que se ven obligados a trabajar: niveles elevados de estrés, situaciones de inseguridad laboral, con escasa capacidad de control sobre el ejercicio de sus funciones, con exposición a fuentes contaminantes (agentes químicos, ruido) o que ponen en riesgo la integridad física del trabajador. Otras están ligadas a hábitos que se arrastran a lo largo de la vida (iniciados, quizás, en etapas muy prematuras). La capacidad de corregir esos hábitos está condicionada socialmente. Por ejemplo, investigación británica sugiere que las clases desfavorecidas tienden a fracasar más en los intentos de dejar de fumar, debido a la tendencia de las personas en estos grupos a fumar mayores cantidades de cigarrillos (lo que refuerza su adicción la nicotina) y la probabilidad más alta de que sus parejas también fumen (Jarvis, 1997).

50. Davey Smith y sus colaboradores no encuentran asociaciones estadísticas entre la clase social en la infancia y el riesgo de mortalidad por otras causas (cáncer de pulmón, accidentes, etc.).

Tabla 5.3. Análisis de regresión logística. Variables dependientes: Tener una enfermedad crónica y tener salud subjetiva deficiente

Variables independientes	Tener una enfermedad crónica		Salud subjetiva deficiente	
	Hombres (razón de probabilidad)	Mujeres (razón de probabilidad)	Hombres (razón de probabilidad)	Mujeres (razón de probabilidad)
Edad				
	1,004	1,010	1,085***	1,075**
Edad ²				
	1,0004†	1,0005†	1	1
Nivel de ingresos				
1er cuartil	1,457***	1,275**	1,624***	1,668***
2ndo cuartil	1,406***	1,172*	1,361***	1,520***
3er cuartil	1,279**	1,054	1,232**	1,336***
4rto cuartil	1	1	1	1
Educación del padre				
Menos que primaria	1,760***	1,637***	2,588***	2,664***
Primaria	1,743***	1,484**	2,180***	2,236***
Secundaria	1,457*	1,276†	2,077***	1,560**
Universitaria	1	1	1	1
Movilidad educativa intergeneracional ^(a)				
Ascendente	0,692***	0,792***	0,751***	0,715***
Descendente	1,363†	1,485*	1,953***	1,803***
No se produce	1	1	1	1
R² Nagelkerke	9%	10,6%	14,4%	18,1%
Número de casos	8.787	9.239	8.786	9.238

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de la ECV_2005, INE.

Nota: a) Se compara el nivel de educación del entrevistado/a con el de su padre

† Nivel de significación del 10%

* Nivel de significación del 5%

** Nivel de significación del 1%

*** Nivel de significación del 1‰

Evidencias como estas apuntan a la necesidad de estudiar las desigualdades en salud en diferentes etapas de la vida. La compartimentación que hemos elegido diferencia cuatro etapas: infancia y adolescencia (menores de 16 años), juventud (16 a 35), edad adulta (36 a 64) y ancianidad (65 y más). Dentro de cada uno de estos grupos, en ocasiones se han reali-

zados análisis centrados en intervalos de edad más pequeños, en función de los indicadores estudiados. Las evidencias presentadas a continuación examinan variaciones en diferentes indicadores de salud dentro de estos grupos, analizando los determinantes sociales de estas variaciones. Sería imposible estudiar todos los factores sociales que repercuten sobre la salud. La atención se centra en factores generadores de desigualdad y exclusión.

a) Descripción de las variables

Entroncando con los análisis realizados en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, privilegamos el análisis de los determinantes sociales que también afectan a otras formas de exclusión, como la económica y la laboral. Nos centramos, por lo tanto, en la influencia sobre la salud de variables como la clase social, la condición de inmigrante, el desempleo (para jóvenes y personas adultas), divorcio/separación y las condiciones de la vivienda y el entorno donde vive. También incluimos en todos los modelos un índice social y afectivo, que mide la integración de la persona en redes sociales (familiares o de amistad) que ofrecen apoyo emocional, ayuda, consejo y oportunidades de sociabilidad. Junto a ellas aparecen variables de control (como la edad o el estado civil) y variables específicas para analizar algunas etapas de la vida. Para los menores de 16 años, analizamos el efecto sobre la salud de la estructura del hogar (es decir, si viven en un hogar biparental o monoparental). En los modelos que analizan dimensiones de la salud de las personas adultas (35 a 64 años) y mayores (65 años y más) se introducen en el modelo variables que miden las horas dedicadas al cuidado de menores, mayores de 64 años y discapacitados que viven en el hogar, así como si el entrevistado/da es viudo/a.

Las variables independientes utilizadas en los modelos estadísticos se definen de la siguiente manera:

- Clase social.** Es una variable que asigna a los entrevistados seis grupos en función de la categoría socioprofesional del sustentador principal del hogar. Se basa en una simplificación de la clasificación de Erikson y Goldthorpe (1992).⁵¹
 - Clase I:** Directivos de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados. Profesiones asociadas a titulaciones de 2º y 3r ciclo.
 - Clase II:** Directivos de empresas de menos de 10 asalariados. Profesiones asociadas a una titulación de 1r ciclo universitario. Técnicos superiores. Artistas y deportistas.

51. Esta clasificación diferencia posiciones en función del lugar que los trabajadores ocupan en el mercado de trabajo y las unidades de producción. El esquema se centra en las relaciones de empleo que los trabajadores entablan y las condiciones de empleo que encuentran. Distingue claramente entre 'clases de servicio' (en las que la relación con el empleador suele implicar mayor nivel de confianza) y 'clases trabajadoras' (cuya relación con el empleador suele estar regulada de forma más rígida por un contrato, y sujeta a más supervisión).

- **Clase III:** Empleados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores de los servicios personales y de seguridad. Trabajadores por cuenta propia. Supervisores de los trabajadores manuales.
 - **Clase IVa:** Trabajadores manuales cualificados.
 - **Clase IVb:** Trabajadores manuales semicualificados.
 - **Clase V:** Trabajadores no cualificados.
- 2) **Condición de inmigrante:** Se define aquí como persona de nacionalidad no española nacida en un país extranjero. Se excluyen las personas extranjeras nacidas en la UE15, Estados Unidos, Oceanía o Canadá. Los análisis efectuados se han controlado por una tercera variable que indica si la persona tiene nacionalidad extranjera y ha nacido en la UE15, Norteamérica (Estados Unidos y Canadá) y Oceanía.⁵²
- 3) **Desempleo:** Indica si la persona entrevistada está en una situación de desempleo en la actualidad (en lugar de estar trabajando, estar jubilada, dedicarse a labores domésticas o encontrarse en otra situación).
- 4) **Divorcio/separación:** Se incluyen en esta categoría personas cuyo estado civil es divorciado o separado y no conviven actualmente con una pareja.
- 5) **Problemas de la vivienda y entorno próximo:** Es un índice aditivo que integra 8 variables que preguntan sobre cualidades de la vivienda y el entorno y ofrecen 3 categorías de respuesta: 1) Mucho, 2) Algo y 3) Nada. Los valores finales han sido invertidos. Los problemas incluidos son: ruido, agua de mala calidad, poca limpieza de calles, contaminación del aire por industria, contaminación del aire por otras causas, escasez de zonas verdes, molestias de animales, etc.
- 6) **Apoyo social y afectivo:** Es un índice aditivo resultado de integrar 12 indicadores. Cada uno de ellos tiene 5 valores posibles 1) Mucho menos de lo que deseo, 2) Menos de lo que deseo, 3) Ni mucho ni poco, 4) Casi como deseo y 5) Tanto como deseo.
- Recibo visitas de mis amigos y familiares.
 - Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.
 - Recibo elogios y reconocimiento cuando hago bien mi trabajo.
 - Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.
 - Recibo amor y afecto.
 - Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.
 - Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.
 - Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.

52. La codificación original de la variable no nos permite incluir otros países de la OCDE como Japón u otros países asiáticos con altos niveles de PIB *per capita*.

- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.
- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.

5.1. Desigualdades de salud en la infancia y adolescencia

Los problemas de salud en la infancia tienen una importancia capital debido a que, como hemos visto, pueden tener repercusiones en etapas más avanzadas de la vida, hasta el punto de condicionar severamente las oportunidades vitales de las personas. Sin embargo, la salud infantil ha estado, durante muchos años, condenada a cierta invisibilidad estadística. Hasta hace pocos años, no existían encuestas representativas que proporcionaran información sobre personas menores de 16 años que respondieran los propios menores. Recientemente, una encuesta –la “Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias” (ESTUDES)– corrige esta anomalía. Junto a este estudio, utilizamos la “Encuesta Nacional de Salud en España” (ENSE), que incluye un fichero con datos sobre la salud de los menores residentes en el hogar del entrevistado/da. La ENSE 2006 profundiza algunos aspectos como la salud mental y la calidad de vida de las personas de 0 a 15 años no contemplados en ediciones anteriores. Los datos provienen del testimonio de un progenitor o adulto responsable.

Los análisis realizados examinan desigualdades en relación con tres dimensiones: 1) morbilidad, 2) hábitos y 3) malestar psicológico. Se han diferenciado dos grupos: niños y niñas (menores de 11 años) y adolescentes (de 11 a 15 años), aunque algunos análisis se circunscriben a subgrupos más pequeños. Se utilizan modelos de análisis multivariante. Los efectos descritos son el resultado de estimar la influencia de tres factores de desigualdad (condición de ser inmigrante, clase social y estructura del hogar) sobre una variable dependiente, controlando siempre por el resto de factores y una serie de variables de control (es decir, a igualdad de condiciones). Hemos privilegiado en el análisis estos 3 factores por entender –siguiendo a buena parte de la literatura especializada sobre estos temas– que juegan un papel de primer orden en la generación de desigualdades y procesos de exclusión durante la infancia y la adolescencia. La mayoría de los análisis se desarrollan con muestras independientes de hombres y mujeres. En alguna ocasión nos hemos visto en la obligación de agruparlos para trabajar con una muestra adecuada. Normalmente se acepta que existe una relación entre las variables independientes y la variable dependiente estudiada cuando el nivel de significación es menor a 0,05.

Los resultados obtenidos muestran claramente que los niños de clases más desfavorecidas (la V, IVb y la IV) tienen un riesgo más alto de haber padecido una enfermedad crónica.

Los resultados obtenidos muestran que los niños y las niñas que pertenecen a la clase V tienen una probabilidad más alta de haber sufrido una limitación en los últimos doce meses que los niños y las niñas de la clase I.

5.1.1.a. Morbilidad en niños y niñas menores de 11 años

En este apartado, se han analizado tres variables dependientes: haber padecido una enfermedad crónica alguna vez, haber sufrido un problema de salud que provocase una limitación en la actividad habitual del menor en los últimos doce meses y, por último, sufrir obesidad. Por lo que respecta a las enfermedades crónicas, existen una serie de trastornos crónicos de carácter físico y de larga duración que afectan a un número considerable de niños y niñas.⁵³ Las más comunes son la alergia crónica (que afecta al 10,5% de los niños) y el asma (al 5,3%). Otras son poco frecuentes, como la diabetes, los tumores malignos o la epilepsia (que afectan a menos del 1%). Constituyen problemas con gran impacto sobre el bienestar y la calidad de vida del niño, que en algunos casos ponen en riesgo su vida. Los modelos que hemos llevado a cabo estiman la influencia de factores sociales como la clase social, la estructura del hogar, la condición de inmigrante sobre la probabilidad de haber padecido alguna de las enfermedades o problemas descritos. Se utiliza un modelo de regresión logística con variable dependiente dicotómica (que agrupa todas las enfermedades crónicas en una única categoría). Niños y niñas se analizan, en este caso, conjuntamente.

Los resultados obtenidos muestran claramente que los niños de clases más desfavorecidas (la V, IVb y la IV) tienen un riesgo más alto de haber padecido una enfermedad crónica. La razón de significación de haber padecido una enfermedad crónica es dos veces mayor en la clase V que en la I, un 66% superior en la clase IVb y un 91% en la clase IV. En las niñas no se observa una influencia de la clase social. No se observa una influencia estadística significativa de la estructura del hogar. Tampoco la condición de inmigrante altera el riesgo de haber sufrido estos problemas. Una variable de control con un efecto estadístico significativo es el índice de problemas de vivienda. Este dato nos sugiere que factores ambientales del entorno próximo del menor influyen en la proclividad a padecer problemas de salud física.

El segundo de los indicadores analizados es haber padecido enfermedades o problemas de salud que hayan limitado de alguna forma al niño en sus actividades habituales. Se trata de una categoría más amplia, puesto que la limitación puede venir provocada por una enfermedad crónica o una enfermedad aguda (de más corta duración). Los resultados obtenidos muestran que los niños y las niñas que pertenecen a la clase V tienen una probabilidad más alta de haber sufrido una limitación en los últimos doce meses que los niños y las niñas de la clase I. En el caso de los niños la razón de probabilidad es un 77% más alta en la clase V que en la I. En el caso de las niñas, un 66%. En ambos casos las diferencias

53. Aquí excluimos deliberadamente trastornos mentales y de conducta.

son significativas.⁵⁴ Los problemas de la vivienda vuelven a presentar un coeficiente positivo y estadísticamente significativo.

El tercer indicador analizado es sufrir obesidad. Se realiza una regresión logística con variable dependiente dicotómica (ser obeso o no, catalogando como obesos aquellos niños y niñas que superan el umbral del índice de masa corporal). Los resultados del modelo vuelven a poner de manifiesto que la clase social es un factor determinante, pero sólo para explicar el riesgo de obesidad de los niños (no así el de las niñas). Los niños de clase V tienen una razón de probabilidad 3,1 veces más alta de ser obesos que los niños de clase I. La condición de inmigrante también incrementa esa probabilidad. Los niños nacidos en países que no pertenecen a la UE15, Canadá o Estados Unidos tienen una razón de probabilidad de ser obesos un 82% superior a la de los niños nacidos en España, controlando por clase social. Las niñas tienen una probabilidad de ser obesas un 84% mayor cuando son de origen extranjero.

5.1.1.b. Morbilidad en adolescentes de 11 a 15 años

Para analizar los determinantes de la desigualdad en salud en la adolescencia, se han replicado los modelos utilizados con menores de 11 años, construyendo un modelo para los hombres y otro para las mujeres. Algunos resultados apuntan en la misma dirección. El riesgo de haber sufrido una enfermedad crónica entre las adolescentes está relacionado con la estructura del hogar. En los hogares monoparentales, las adolescentes tienen un riesgo dos veces más elevado de haber padecido una enfermedad crónica. Los problemas de la vivienda también influyen sobre ese riesgo entre chicos y chicas. Sin embargo, el efecto de la clase social, detectado entre los niños, no aparece en esta ocasión, ni entre hombres ni entre mujeres.

No se observa influencia significativa de las variables de clase social, condición de inmigrante y estructura del hogar sobre problemas de salud que originen limitaciones de las actividades habituales. Es significativo el efecto de dos variables de control: los problemas de la vivienda incrementan el riesgo de sufrir esta clase de problemas; la calidad de las vinculaciones sociales de los adolescentes atenúa ese riesgo (aunque este efecto sólo es estadísticamente significativo entre los chicos).

La obesidad de los adolescentes sí que depende de la clase social. Los varones de clase V tienen un riesgo 6,6 veces mayor que los de clase I de ser obesos, y los de clase IVb un

54. Existe además una pequeña diferencia, pero estadísticamente significativa, entre los niños (varones) de la clase I y la IVb (con un nivel de significación del 10%).

Los niños de clase V tienen una razón de probabilidad 3,1 veces más alta de ser obesos que los niños de clase I. La condición de inmigrante también incrementa esa probabilidad.

riesgo 9,6 veces mayor. Es decir, en comparación con la etapa infantil, la brecha social entre clases se ha ensanchado en la adolescencia. No se observa, esta vez, un efecto atribuible a la condición de inmigrante. Entre las adolescentes, siguen sin observarse desigualdades de obesidad relacionadas con la clase social.

Tabla 5.4. Factores sociales asociados a la morbilidad de los menores

	Variables independientes			Variables de control			
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Familia monoparental	Madre trabaja	Menores en el hogar	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
Infancia							
Enfermedades crónicas							
Mujer					-	+	
Hombre	+					+	
Limitación de la actividad							
Mujer	+	-		-		+	-
Hombre	+ ^(c)			-		+	-
Obesidad ^(b)							
Mujer		+					
Hombre	+	+					
Adolescencia							
Enfermedades crónicas							
Mujer			+			+	
Hombre				-		+	
Hombre							
Limitación de la actividad				-		+	
Mujer						+	-
Hombre							
Obesidad							-
Mujer	+				+		
Hombre							

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V)

b) Niños/as de 2 a 10 años de edad.

c) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

5.1.2.a. Hábitos y conductas en niños y niñas menores de 11 años

Un segundo aspecto analizado son los hábitos de los menores de 11 años. Como se ha subrayado anteriormente, los hábitos y conductas saludables adquiridos en la infancia, como una higiene bucal adecuada, la realización regular de ejercicio físico o una nutrición equilibrada tienden a preservarse en la vida adulta. Por otra parte, la infancia es un periodo en que las personas son susceptibles de iniciar hábitos perjudiciales para su salud, como una alimentación desequilibrada.

Una adecuada higiene bucal es fundamental para mantener la salud bucodental. Cepillarse los dientes con un dentífrico fluorado es esencial para controlar la formación de la placa bacteriana. Los médicos recomiendan al menos un cepillado diario de los dientes, aunque lo óptimo son dos o más. El estado deficiente de la dentadura influye en el nivel de autoestima de los jóvenes, limita sus oportunidades vitales y reduce su satisfacción vital (McGregor, Regis y Balding, 1997). Nuestro modelo analiza qué factores sociales explican que los niños y niñas se cepillen los dientes al menos una vez al día. Los resultados de un análisis de regresión logística acreditan un importante efecto de clase entre los niños: los de clase V tienen una razón de probabilidad 4,2 veces menor que los de clase I de cepillarse los dientes a diario; y la clase IVb tiene una razón de probabilidad parecida (4,1). También existe una diferencia estadísticamente significativa entre los niños de clase IV y clase I (2,4). Entre las niñas, las diferencias no son tan evidentes: sólo las de clase IV presentan una diferencia estadísticamente significativa en la probabilidad de cepillarse a diario los dientes. Hay que destacar que un factor que influye significativamente en la higiene dental es el número de menores de 3 a 15 años presentes en el hogar. Cuanto mayor es este número, menor es la probabilidad de cepillarse los dientes a diario, posiblemente como resultado de la mayor dificultad de los padres para hacer un seguimiento de los hábitos higiénicos cuando su progenie es numerosa.

La salud dental de los menores depende asimismo de que acudan al médico dentista con cierta regularidad. El hecho de que buena parte de los tratamientos de estos profesionales no estén cubiertos dentro de la cartera de servicios de la Seguridad Social resta oportunidades de acceso a estos servicios a los segmentos económicamente más desfavorecidos de la población. En el modelo realizado se analizan los factores sociales que explican la probabilidad de no haber ido nunca al dentista.⁵⁵ Los resultados evidencian claramente la importancia de esos factores para explicar este hábito preventivo. Las clases más desfavorecidas tienen una razón de probabilidad

55. Se analizan sólo los niños y niñas de 6 a 10 años.

Los niños y las niñas de cuatro a diez años de las clases IVb y V tienen una razón de probabilidad más alta de no haber ido nunca al dentista que los de la clase I.

Los niños y niñas de las clases más desfavorecidas tienen una probabilidad mucho más baja de consumir fruta a diario que las clases más acomodadas (I o II).

Los niños y las niñas de las clases más desfavorecidas tienden a consumir más comida rápida que los niños y niñas de las clases más altas.

significativamente más alta de no haber acudido nunca al dentista. Los niños y las niñas de cuatro a diez años de las clases IVb y V tienen una razón de probabilidad más alta de no haber ido nunca al dentista que los de la clase I. Entre las niñas, la clase III y la clase IV también son menos proclives a ir. Hay que destacar también que las niñas tienen una razón de probabilidad un 90% más alta de no haber ido nunca a la consulta de un dentista cuando residen en un hogar monoparental que cuando residen junto a sus dos progenitores.

Los datos analizados con la ENSE 2006 permiten, asimismo, detectar algunas desigualdades sociales significativas en la realización de actividad física. La falta de ejercicio físico, combinada con una nutrición inadecuada, son los principales factores responsables del sobrepeso y la obesidad durante la infancia. El ejercicio físico procura, además, otros beneficios. Diversas investigaciones ponen de manifiesto que el ejercicio físico tiene efectos positivos sobre la salud mental, amén de favorecer el rendimiento educativo (Hallal, 2006; Strong, 2005, y Penedo y Eston, 2005). Las personas que realizan ejercicio físico en la infancia tienen una probabilidad más alta de continuar esta práctica en edades más avanzadas, lo que contribuye positivamente a su salud general. El análisis que llevamos a cabo aquí se circunscribe a niños y niñas de seis a diez años. Se utiliza un modelo de regresión multinominal para analizar si estos niños y niñas no hacen ejercicio (categoría de referencia), lo hacen ocasionalmente, o lo hacen asiduamente (varias veces al mes o a la semana). Los resultados obtenidos sugieren que las desigualdades de clase no son muy significativas. Solo los niños de la clase V presentan una probabilidad más baja de realizar actividad física de forma asidua (frente a no hacer ejercicio) que los de clase I⁵⁶. Su razón de probabilidades es 3,3 veces menor. Lo más destacable del modelo es la menor participación de los niños y niñas de origen inmigrante en la práctica de ejercicio físico. Las niñas de origen inmigrante tienen una razón de probabilidad del 38% menor; los niños, el 51%.

Los análisis desarrollados evidencian asimismo diferencias importantes en la alimentación de niños y niñas de extracciones sociales diversas. El aprendizaje de hábitos alimenticios saludables tiene una importancia crucial. Las prácticas alimenticias inapropiadas durante la infancia y la adolescencia tienen repercusión inmediata en su salud, y pueden provocar obesidad, diabetes del tipo 2, mineralización ósea inadecuada o bajos rendimientos académicos. Otras consecuencias tienen lugar más a largo plazo, como consecuencia de su mantenimiento en el tiempo. Una dieta pobre en fruta, verduras o

fibra y rica en azúcares o sodio incrementa el riesgo futuro de sufrir problemas de salud graves (Currie, 2008, y Van Duyn y Pivonka, 2000). Los resultados de nuestros análisis sugieren que la distribución social de prácticas beneficiosas y perjudiciales para la salud sigue unas pautas que promueven la desigualdad en salud. Los niños y niñas de las clases más desfavorecidas tienen una probabilidad mucho más baja de consumir fruta a diario que las clases más acomodadas (I o II). Por ejemplo, la razón de probabilidad de que una niña de clase I consuma fruta a diario es 3,1 veces más alta que la de que lo haga una niña de clase V. Entre los niños las diferencias son algo menores, pero también estadísticamente significativas.

El consumo frecuente de comida rápida (*fast food*) está también relacionado con la clase social. Los niños y las niñas de las clases más desfavorecidas tienden a consumir más comida rápida que los niños y niñas de las clases más altas. Por ejemplo, la razón de probabilidades de que una niña de clase V consuma comida rápida más de tres veces a la semana (en lugar de hacerlo ocasionalmente) es 2,4 veces mayor que una niña de clase I. Un niño de clase IVb tiene un riesgo 2,3 veces mayor. El consumo de comida rápida está también más extendido entre los niños de origen inmigrante. La razón de probabilidades de que consuman comida rápida más de tres veces a la semana (en lugar de hacerlo ocasionalmente) es un 94% mayor que entre los niños nacidos en España.

En la misma línea, los niños y niñas de las clases más desfavorecidas tienden a ser más proclives a consumir con asiduidad refrescos azucarados y snacks. Los niños de clase V tienen una razón de probabilidades 3,7 veces más elevada de consumir refrescos en tres o más ocasiones a la semana (en lugar de hacerlo ocasionalmente) que los que pertenecen a la clase I; y 2,3 veces mayor de consumir snacks con esa frecuencia. El consumo asiduo de refrescos es también más común en las familias monoparentales entre los niños (pero no entre las niñas) y en las familias de origen inmigrante (en niños y niñas). Por ejemplo, las niñas de origen inmigrante tienen una razón de probabilidad de consumir refrescos de forma asidua 3,5 veces superior a las de origen nacional.

56. Existen diferencias entre las niñas de clase V, IVb y IV, pero solo pueden considerarse estadísticamente significativas con $p < 0,10$.

5.1.2.b. Hábitos y conductas en adolescentes de 11 a 15 años

Durante la adolescencia se advierten diferencias sociales más pequeñas que en la infancia en lo que se refiere a higiene dental. La clase social ha dejado de ser un factor explicativo de la frecuencia con que chicas y chicos se cepillan los dientes.⁵⁷ Ahora bien, los adolescentes que no han ido nunca a la consulta de un dentista siguen siendo, fundamentalmente, aquellos que pertenecen a las clases más desfavorecidas: las chicas de clase IVb tienen una razón de probabilidad de no haber ido nunca al dentista 4 veces menor que las de la clase I; las de clase V la tienen 4,3 veces menor.

Los principales factores de desigualdad social resultan también menos explicativos del nivel de actividad física que se realiza durante la adolescencia. La evidencia obtenida sugiere que las chicas de clase IV y IVb participan menos en la práctica de actividad física de forma asidua que las que pertenecen a la clase I (2,1 veces menos y 2,7 veces menos respectivamente). No se observan diferencias significativas entre adolescentes varones de diferente extracción de clase. Tampoco se evidencia un impacto significativo de la estructura del hogar o del lugar de origen.

El consumo de fruta está claramente relacionado con la clase social, tanto entre los chicos como entre las chicas. Las chicas de clase III, IV, IVb y V tienen una razón de probabilidades más baja de consumir fruta de forma asidua que la clase I; lo mismo sucede con los chicos. Por ejemplo, un adolescente varón de clase V tiene una razón de probabilidades 3,3 veces menor que un adolescente de clase I. Otros factores de desigualdad no tienen influencia sobre el consumo de fruta.

Las pautas de consumo de comida rápida por clase social se asemejan a las que se observan durante la infancia entre los chicos adolescentes, pero no entre las chicas. Los adolescentes de las clases III, IV, IVb y V tienen una razón de probabilidad significativamente más alta de consumir este tipo de comida que los chicos de clase I. En la clase V, la razón de probabilidad es 3,1 veces mayor. Por su parte, los chicos adolescentes nacidos en un país extranjero en vías de desarrollo tienen una razón de probabilidad 2,3 veces mayor de consumir comida rápida de forma asidua (tres veces a la semana o más) que los adolescentes nacidos en España.

Clase social y condición de inmigrante también son variables fundamentales para explicar el consumo de refrescos de forma asidua en la adolescencia. Los chicos de clase V tienen una razón de probabilidad de consumir refrescos de forma asidua 3,4 veces mayor que los de clase I; los de clase IV 3,1 veces mayor y los de clase IVb

2,9 veces. Entre las adolescentes, la relación entre clase social y consumo asiduo de refrescos es algo menos estrecha, pero también estadísticamente significativa. Las chicas y los chicos de origen extranjero muestran una probabilidad más alta de consumir refrescos que los de origen nacional. La razón de probabilidad es 3,4 veces mayor entre las primeras, y 2,5 entre los segundos. El consumo asiduo de snack está relacionado con la clase social entre los chicos, pero no entre las chicas. Los chicos de clase V tienen una razón de probabilidad 2,6 veces mayor de consumir *snacks* de forma asidua.

57. Los efectos no han desaparecido por completo, pero solo pueden considerarse significativos estadísticamente con $p < 0,10$.

Tabla 5.5.a. Factores sociales asociados a hábitos y comportamiento de los niños/as

Infancia	Variables independientes			Variables de control			
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Familia monoparental	Madre trabaja	Menores en el hogar	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
Cepillarse los dientes a diario ^(b)							
Mujer	-			+	-		
Hombre	- ^(f)	+			-		
No haber ido nunca al dentista ^(c)							
Mujer	+		+	-			-
Hombre	+						
Realización de ejercicio físico ^(d)							
Mujer		-				-	
Hombre	-	-					+
Consumo diario de fruta							
Mujer	-				+	-	
Hombre	-					-	
Consumo asiduo de comida rápida ^(e)							
Mujer	+			-			
Hombre	+	+			+		
Consumo asiduo de refrescos con azúcar ^(e)							
Mujer	+	+			+	+	
Hombre	+	+	+			+	
Consumo asiduo de snacks ^(e)							
Mujer	+			-			
Hombre	+			-			

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre

la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V).

b) Niños/as de 3 a 10 años de edad.

c) Niños/as de 4 a 10 años.

d) Niños/as de 6 a 10 años.

e) Se refiere a un consumo de tres o más veces a la semana.

f) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos (p<0,05).

Tabla 5.5.b. Factores sociales asociados a hábitos y comportamiento de los/as adolescentes

Adolescencia	Variables independientes			Variables de control			
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Familia monoparental	Madre trabaja	Menores en el hogar	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
Cepillarse los dientes a diario							
Mujer				+	-		+
Hombre							
No haber ido nunca al dentista							
Mujer	+	+				+	
Hombre	+	+					
Realización de ejercicio físico							
Mujer	-						+
Hombre							
Consumo diario de fruta							
Mujer	-					-	+
Hombre	-						+
Consumo asiduo de comida rápida ^(b)							
Mujer			+				
Hombre	+	+			+		
Consumo asiduo de refrescos con azúcar ^(b)							
Mujer	+	+					
Hombre	+	+			+	+	
Consumo asiduo de snacks ^(b)							
Mujer							
Hombre	+				+		

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V).

b) Se refiere a un consumo de tres o más veces a la semana.

c) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos (p<0,05).

Los resultados de nuestros análisis ponen de manifiesto que el consumo de sustancias psicoactivas es más común en entornos sociales acomodados. Los chicos adolescentes son más proclives a consumir hachís o cocaína cuando provienen de un ambiente familiar donde su madre tiene estudios secundarios o superiores. Entre las chicas, el consumo de hachís es más probable si su madre tiene estudios secundarios o superiores, pero no se observan efectos estadísticamente significativos sobre el consumo de cocaína.

Una de los temas que saltan a la palestra de forma recurrente cuando se discute sobre los hábitos de los adolescentes es el consumo de sustancias psicoactivas ilegales. El consumo de algunas drogas ilegales se ha extendido de forma importante en algunos ambientes juveniles y ha llegado a convertirse en un elemento central de algunas subculturas. La más consumida de estas sustancias es el cannabis. España es, como pudimos comprobar en el capítulo anterior, uno de los países occidentales con mayores tasas de consumo de cannabis. El consumo de cannabis se ha asociado con el desarrollo de problemas de ajuste psicosocial, tanto durante la adolescencia como en etapas de transición a la vida adulta (Donnovan y Jesor, 1993; Farrell, Danish y Howard, 1992, y Kandel, 1986).

La ENSE 2006 no incorpora preguntas para analizar los determinantes sociales del consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia o la juventud. Para abordar estas cuestiones, hemos trabajado con la encuesta ESTUDES, que realizó el Ministerio de Sanidad y Consumo a una muestra de 26.454 adolescentes de 14 a 18 años que estaban cursando estudios de educación secundaria obligatoria. Esta encuesta no proporciona información sobre la clase social de los padres del adolescente, pero sí de su nivel educativo. También pregunta a los entrevistados por la estructura del hogar (si el adolescente vive con sus dos progenitores, en una familia reconstituida, o solamente con uno) y si proceden de otro país. El elevado número de casos entrevistados permite analizar también el consumo de drogas de uso más minoritario en la adolescencia, como la cocaína y las drogas sintéticas. Los indicadores estudiados son variables dicotómicas que miden si el entrevistado ha consumido o no la sustancia. El análisis de los determinantes del consumo se realiza con una regresión logística. Se introducen dos variables de control: la edad del entrevistado y si trabaja o no.

Los resultados de nuestros análisis ponen de manifiesto que el consumo de sustancias psicoactivas es más común en entornos sociales acomodados. El indicador que utilizamos en nuestro análisis es el máximo nivel educativo alcanzado por su madre. Los chicos adolescentes son más proclives a consumir hachís o cocaína cuando provienen de un ambiente familiar donde su madre tiene estudios secundarios o superiores. Entre las chicas, el consumo de hachís es más probable si su madre tiene estudios secundarios o superiores, pero no se observan efectos estadísticamente significativos sobre el consumo de cocaína. El consumo de drogas sintéticas es también más probable entre los adolescentes cuya madre tiene estudios superiores, pero no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los restantes niveles educativos.

En contra de algunos estereotipos, los análisis ponen de relieve que el consumo de las tres sustancias es menos probable entre los adolescentes de origen inmigrante. Los chicos de origen inmigrante tienen una razón de probabilidad un 66% más baja de consumir hachís, y un 75% de consumir cocaína. Entre las chicas de origen inmigrante, la razón de probabilidad de haber consumido hachís es 2,9 veces más baja; y la de haber consumido cocaína, un 42% más baja. En cuanto al consumo de drogas sintéticas, la pauta observada es similar: los adolescentes de origen inmigrante (tanto chicos como chicas) tienen una razón de probabilidad de consumir este tipo de sustancias el 70% más baja que la de los autóctonos.

La evidencia más destacable encontrada es la asociación entre estructura del hogar y consumo de sustancias psicoactivas. El consumo de hachís, cocaína y drogas sintéticas tiende a ser sistemáticamente más alto en hogares en los que el adolescente vive con un solo progenitor, a igualdad de otros factores. Las probabilidades más altas de consumo se dan en los hogares monoparentales encabezados por el padre. Por ejemplo, la razón de probabilidad de que un chico adolescente consuma hachís es, por término medio, un 51% más alta en este tipo de hogar que en uno en que el adolescente vive con sus dos progenitores; entre las chicas, es un 92% mayor. Hay que subrayar, sin embargo, que este tipo de hogares constituyen una fracción muy pequeña de los hogares monoparentales. En los hogares monoparentales encabezados por una mujer, la predisposición a consumir sustancias psicoactivas es algo menor, pero todavía significativamente diferente a la que se observa en hogares con dos progenitores. Por ejemplo, la razón de probabilidad de que un chico haya consumido cocaína es un 54% más alta en un hogar monoparental encabezado por una madre que en un hogar biparental.⁵⁸

Una variable de control que mantiene relaciones significativas con el consumo de sustancias psicoactivas ilegales es la situación laboral del adolescente. A igualdad de otras condiciones, estar trabajando y disponer de ingresos propios incrementa la probabilidad del consumo. En la mayoría de hogares españoles, los ingresos que obtienen los jóvenes mediante el trabajo son de libre disposición. El uso que hacen de ellos puede entrañar, en ocasiones, riesgos para su salud.

El consumo de hachís, cocaína y drogas sintéticas tiende a ser sistemáticamente más alto en hogares en los que el adolescente vive con un solo progenitor, a igualdad de otros factores.

58. Se observan, asimismo, diferencias significativas en la proclividad al consumo de sustancias psicoactivas ilegales entre los chicos y chicas que viven en una familia reconstituida y aquellos que viven junto a sus dos progenitores.

Tabla 5.6. Consumo de sustancias psicoactivas entre jóvenes de 14 a 18 años

Ha consumido alguna vez	Variables independientes					Variables de control	
	Estudios de la madre	Inmigración	Familia monoparental: encabezada por una madre	Familia monoparental: encabezada por un padre	Familia reconstituida	Adolescente trabaja	Edad
Hachís / Marihuana							
Mujer	+	-	+	+	+	+	
Hombre	+	-	+	+		+	+
Cocaína							
Mujer		-	+	+	+	+	+
Hombre	+	-	+	+		+	+
Drogas sintéticas ^(a)							
	+	-	+	+	+	+	+

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de ESTUDES_2006, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Nota: a) La categoría 'drogas sintéticas' incluye éxtasis y speed.

b) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

5.1.3.a. Salud mental en niños menores de 11 años

La salud mental no es un tema ajeno a la infancia. Al igual que los adultos, los niños muestran síntomas de malestar psicológico, que resta calidad a sus vidas. Niños y niñas alegres y con elevada autoestima suelen convertirse en jóvenes y adultos satisfechos y confiados en sí mismos. El estado de salud mental en la infancia y la adolescencia tiene importantes implicaciones en su conducta, su grado de implicación en la escuela, sus resultados educativos y, en definitiva, sus oportunidades vitales, presentes y futuras. Muchos son los factores sociales que inciden en ese bienestar. Algunos contribuyen positivamente, protegiendo a niños y adolescentes frente a presiones sociales a las que se enfrentan en el curso de sus vidas. Otros factores tienen el efecto contrario, y pueden incrementar el riesgo de sufrir malestar psicológico. Los indicadores disponibles solo permiten analizar un conjunto limitado de expresiones de malestar.

El malestar puede tener muchas facetas. En este apartado se analizan cuatro grandes dimensiones en que se puede expresar ese malestar: emoción, conducta, hiperactividad/falta de atención, y relaciones sociales. Para medir la intensidad de estos síntomas, la

“Encuesta Nacional de Salud 2006” ofrece varias posibilidades. Para estudiar los malestares emocionales, los responsables de la encuesta proponen un índice sintético (basado en las observaciones del progenitor o adulto responsable del niño que contesta la encuesta) sobre los problemas emocionales de los niños y niñas. El índice comprende los siguientes ítems: 1) se queja con frecuencia de dolor de cabeza, de estómago o de náuseas, 2) tiene muchas preocupaciones, a menudo parece inquieto o preocupado, 3) se siente a menudo infeliz, desanimado, lloroso, 4) es nervioso o dependiente ante nuevas situaciones, 5) fácilmente pierde la confianza en sí mismo, y 6) tiene muchos miedos, se asusta fácilmente. Los determinantes de la variable dependiente se han estudiado con una regresión logística multinomial, donde el valor de referencia es no haber observado problemas emocionales. Los resultados de los análisis realizados muestran que las niñas cuyos hogares son de clase IVb y clase V tienen una probabilidad más alta que las de la clase I de encontrarse en el grupo con un número elevado de problemas emocionales (en lugar de encontrarse en el grupo que no presenta problemas

Tanto entre los niños como en las niñas, se observa una mayor tendencia a la hiperactividad en las clases más desfavorecidas.

Los niños y niñas de origen extranjero tienden a presentar más problemas con compañeros, posiblemente asociados con problemas de integración derivados de la estigmatización o dificultades para comunicarse en la lengua de uso común.

emocionales). La razón de probabilidad es 2,8 veces más alta en la clase V, y un 80% más alta en la clase IV entre las niñas.⁵⁹ Entre los niños, no se observan efectos significativos atribuibles a la clase social. Pero sí se observan efectos de la estructura del hogar. Los niños que viven con uno de sus progenitores tienen una razón de probabilidades un 79% más elevada de tener problemas emocionales que los que residen en un hogar biparental.

El segundo indicador estudiado mide problemas de conducta. Al igual que en la estimación anterior, se comparan el grupo con problemas de conducta severos con el grupo que no tiene problemas. La variable comprende los siguientes ítems: 1) frecuentemente tiene rabietas o mal genio, 2) por lo general es obediente, suele hacer lo que le piden los adultos, 3) pelea con frecuencia con otros niños y niñas o se mete con ellos, y 4) a menudo miente o engaña, roba cosas en casa, en la escuela o en otros sitios. Los resultados de nuevo acreditan que los niños de las clases IV, IVb y V tienen un riesgo más elevado de encontrarse en el grupo con más problemas de conducta. Por ejemplo, una niña de clase IV tiene una razón de probabilidades de tener problemas severos de conducta 2 veces mayor que una de clase I, una de clase IVb 2,5 veces mayor, y una de clase V, 2,4 veces mayor. Entre los niños, las razones de probabilidad son 2,7, 1,8 y 2,2 respectivamente. Es destacable también que los niños que viven con uno solo de sus progenitores tienen una razón de probabilidades un 79% mayor que los que residen en un hogar biparental.

El tercer indicador examinado es la existencia de problemas de hiperactividad entre los niños y niñas de 4 a 10 años. Integra en un índice sintético los siguientes indicadores: 1) es inquieto, hiperactivo, no puede permanecer quieto por mucho tiempo, 2) está continuamente moviéndose y es revoltoso, y 3) se distrae con facilidad, su concentración tiende a dispersarse. Los determinantes de esta variable (compuesta de diez valores, de menos a más hiperactivo) se han analizado con una regresión lineal múltiple. Tanto entre los niños como en las niñas, se observa una mayor tendencia a la hiperactividad en las clases más desfavorecidas. Las diferencias con la clase I son estadísticamente significativas en la clase III, IV, IVb y V entre los niños, y las clases II, III, IV, IVb y V entre las niñas.

El cuarto indicador mide si el niño tiene problemas con sus compañeros, ya que si tienen dificultad para relacionarse con amigos pueden tener menos oportunidades de aprender habilidades sociales, lo que puede conducir a situaciones de aislamiento difícilmente reversibles. La soledad en la infancia y la adolescencia tiende a generar sentimientos de baja autoestima y satisfacción con la vida y una proclividad a la tristeza y depresión (Currie *et al.*, 2008: 163). Aumenta también la probabilidad de sufrir acoso por parte de compañeros (Kunstche y Gmel, 2004). El índice sintético objeto de análisis se construye a partir de los

59. En este último caso, la diferencia sólo es estadísticamente significativa con un nivel de confianza del 90% ($p < 0,10$).

siguientes indicadores de la ENSE 2006: 1) es más bien solitario y tiende a jugar solo, (2) por lo general, cae bien a los otros niños, (3) los otros niños se meten con él o se burlan, (4) se lleva mejor con adultos que con otros niños y niñas. Los determinantes de esta variable (cuatro valores) se estudian con una regresión multinomial, donde el valor de referencia es “no observa este tipo de problemas”. Los niños y niñas de clase V tienen razones de probabilidad significativamente más altas de tener problemas con compañeros. Entre las niñas también es significativa la diferencia entre la clase IVb y la I. Se observa además una fuerte relación entre el origen extranjero de esos niños y niñas y la dimensión analizada. Los niños y niñas de origen extranjero tienden a presentar más problemas con compañeros, posiblemente asociados con problemas de integración derivados de la estigmatización o dificultades para comunicarse en la lengua de uso común.

5.1.3.b. Salud mental en adolescentes de 11 a 15 años.

La ENSE 2006 proporciona los mismos indicadores de salud mental para estudiar el malestar entre los adolescentes. Los resultados de nuestros análisis ponen de manifiesto ciertos cambios en las relaciones entre variables. Entre los 11 y 15 años, la clase social está relacionada con la existencia de síntomas emocionales severos, pero sólo entre los chicos. Un chico de clase IV tiene un riesgo 3,1 veces mayor que uno de clase I de padecer problemas emocionales severos. Un adolescente de la clase IVb tiene un riesgo 2,8 veces superior y uno de clase V, 3,9 veces superior. La existencia de problemas en la vivienda también incrementa significativamente el riesgo de problemas emocionales, tanto entre chicos como chicas.

Los problemas severos de conducta y de hiperactividad también están relacionados con la clase social. Una adolescente de clase IV tiene un riesgo 2,8 veces mayor que una de clase I de padecer un problema severo de conducta; mientras que una de clase IVb tiene un riesgo 2,9 veces mayor. Entre los chicos, sólo la pertenencia a la clase V incrementa ese riesgo (3,2 veces). De igual forma, tanto en hombres como en mujeres, se observa una relación entre clase social e hiperactividad. Los adolescentes de las clases III, IV, IVb y V tienden a presentar valores más altos en el índice de hiperactividad que los adolescentes cuyas familias pertenecen a la clase I.

El último aspecto estudiado es la relación entre factores sociales y problemas severos con los compañeros. Los modelos llevados a cabo demuestran que la existencia de problemas de ese tipo está relacionada con la clase social entre las adolescentes mujeres, y con la condición de inmigrante entre los adolescentes varones. Los chicos de origen extranjero tienen un riesgo 5,1 veces mayor que los españoles de tener problemas severos con sus compañeros.

Entre los 11 y 15 años, la clase social está relacionada con la existencia de síntomas emocionales severos, pero solo entre los niños.

Los chicos de origen extranjero tienen un riesgo 5,1 veces mayor que los españoles de tener problemas severos con sus compañeros.

Tabla 5.7. Factores sociales asociados a la salud mental de los menores

Infancia ^(b)	Variables independientes			Variables de control			
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Familia monoparental	Madre trabaja	Menores en el hogar	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
Síntomas emocionales							
Mujer	+				+	-	
Hombre			+			+	-
Problemas de conducta							
Mujer	+				+		-
Hombre	+						-
Problemas de hiperactividad							
Mujer	+						-
Hombre	+				-		-
Problemas con compañeros							
Mujer	+	+				+	-
Hombre	+	+	+				-
Adolescencia							
Síntomas emocionales							
Mujer						+	-
Hombre	+					+	-
Problemas de conducta							
Mujer	+						-
Hombre	+					+	-
Problemas de hiperactividad							
Mujer	+						-
Hombre	+						-
Problemas con compañeros							
Mujer	+						-
Hombre		+					-

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V).

b) Niños/as de 4 a 10 años de edad

c) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos (p<0,05).

A igualdad de otras condiciones, los niños y niñas y adolescentes cuyos padres son trabajadores manuales (clase IVb y clase V) tienen una probabilidad más alta de presentar trastornos físicos y psicológicos, así como de incurrir en hábitos y comportamientos perjudiciales para la salud.

La llegada de un flujo migratorio intenso y constante ha marcado profundamente las dinámicas de exclusión en nuestro país: una parte esencial del espacio de la exclusión económica y laboral es étnicamente diferente o es percibido como tal.

5.1.4. La salud en la infancia y la adolescencia: factores de riesgo y factores de protección

La salud en la infancia es un reflejo de las condiciones materiales y sociales en que viven el niño y su familia. Los resultados presentados en los apartados anteriores evidencian claramente que la precariedad socioeconómica es el factor con consecuencias adversas para la salud infantil más intensas. A igualdad de otras condiciones, los niños y niñas y adolescentes cuyos padres son trabajadores manuales (clase IVb y clase V) tienen una probabilidad más alta de presentar trastornos físicos y psicológicos, así como de incurrir en hábitos y comportamientos perjudiciales para la salud. Detrás de esta asociación se adivinan diversos mecanismos explicativos. Por un lado, las condiciones materiales en que vive el niño (o en las que su madre desarrolló el embarazo) tienen influencia sobre su salud. La precariedad económica impone restricciones en las oportunidades de acceso a bienes y recursos favorecedores de una buena salud. Una ilustración de ello es el acceso las consultas odontológicas, que como hemos visto está claramente relacionado con la clase social de los progenitores. Otro factor importante son las características del entorno inmediato. Los datos obtenidos ilustran la importancia que tiene vivir en entornos saludables para los niños. Existe una asociación consistente de los problemas de la vivienda y los entornos urbanos donde residen los menores con toda clase de problemas de salud, especialmente de morbilidad. Los niños y adolescentes que residen en viviendas que presentan problemas estructurales (como superficie escasa, ruido o agua de mala calidad), situadas en entornos insalubres (falta de higiene en las calles o contaminación del aire) y poco atractivos (malos olores o escasez de zonas verdes) tienen una probabilidad más alta de desarrollar enfermedades crónicas o de tener problemas de salud que limiten su actividad habitual.

Un segundo mecanismo que explica la asociación entre clase social y problemas de salud en la infancia y la adolescencia tiene que ver con estilos de vida asociados a las trayectorias educativas de los progenitores o su participación en subculturas donde las prácticas “saludables” son vistas (o no) como conductas “apropiadas para gente como nosotros”. Una formación sólida favorece que se entiendan los mecanismos que relacionan hábitos y problemas de salud y se conozcan mejor las estrategias para protegerse frente a los riesgos contra la salud. Desde un punto de vista estadístico, existe una fuerte correlación entre la clase social de los padres y su nivel educativo. Esto sugiere que el fuerte efecto de clase social observado sobre algunos problemas de salud y hábitos de los menores deba atribuirse –al menos en parte– al nivel educativo de sus progenitores. De hecho, si se incluye el nivel educativo de los progenitores en los modelos estadísticos desarrollados,⁶⁰ el efecto de la clase social se atenúa en muchos casos (aunque no suele desaparecer por completo).

60. Los resultados de esta operación no se presentan aquí, pero están disponibles para cualquier investigador que los quiera solicitar.

Los resultados presentados en las secciones anteriores evidencian que, al margen de los factores propiamente económicos, las desigualdades en salud están relacionadas con otras dimensiones que, como se apuntó en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, contribuyen a configurar nuevas formas de exclusión social: la condición de inmigrante y la monoparentalidad. A diferencia de la “clase social”, nos hallamos ante “nuevos” factores de desigualdad y exclusión, que cobran importancia en un contexto de grandes transformaciones sociales. La llegada de un flujo migratorio intenso y constante ha marcado profundamente las dinámicas de exclusión en nuestro país: una parte esencial del espacio de la exclusión económica y laboral es étnicamente diferente o es percibido como tal. Esta exclusión tiene importantes implicaciones en las relaciones entre los inmigrantes y el resto de la sociedad, en la percepción que los primeros tienen de sí mismos y sus sentimientos de autoestima. El hecho de que niños y adolescentes inmigrantes presenten mayores problemas de integración con sus compañeros es sintomático de las dificultades que afrontan en su proceso de adaptación al nuevo país. Igualmente preocupantes son algunos de los hábitos poco saludables que se detectan con mayor frecuencia en las poblaciones infantiles y adolescentes de origen extranjero. Los menores de origen inmigrante tienden a realizar menos ejercicio físico y la probabilidad de que su dieta sea desequilibrada es más alta (especialmente entre los chicos). Esto se traduce, a igualdad de otras condiciones, en más riesgo de obesidad. Detrás de este fenómeno hay que buscar, posiblemente, limitaciones en el acceso a oportunidades para realizar ejercicio físico con regularidad (por falta de instalaciones en los lugares donde residen, barreras culturales, etc.) y, quizás, déficits de atención parental hacia la alimentación de sus hijos (provocados por jornadas laborales draconianas, horarios asociales o la misma desestructuración familiar que se produce a veces en el curso de un proyecto migratorio). Las consecuencias de estos problemas no se limitan al bienestar inmediato de estos menores sino que, a largo plazo, pueden ahondar la brecha social entre inmigrantes y población autóctona, al solaparse los problemas de salud con otra clase de riesgos y desventajas que los jóvenes de origen inmigrante experimentan en el ámbito educativo o en los procesos de inserción laboral.

Por otra parte, las transformaciones acaecidas en la familia en las sociedades postindustriales han contribuido a un cierto deterioro de la capacidad integradora de la familia, que puede expresarse en forma de problemas de salud. La evidencia presentada sugiere que algunos trastornos (especialmente psicológicos) están más extendidos en los hogares monoparentales, a igualdad de otras condiciones. Entre los niños y adolescentes que viven en un hogar monoparental se observan también con más frecuencia algunos hábitos y prácticas perjudiciales para la salud. Quizás la práctica más preocupante sea la mayor proclividad al consumo de

El hecho de que niños y adolescentes inmigrantes presenten mayores problemas de integración con sus compañeros es sintomático de las dificultades que afrontan en su proceso de adaptación al nuevo país.

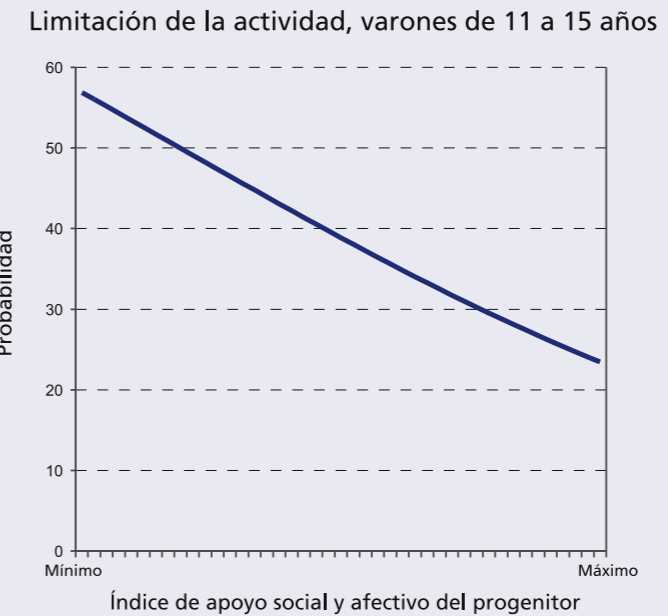
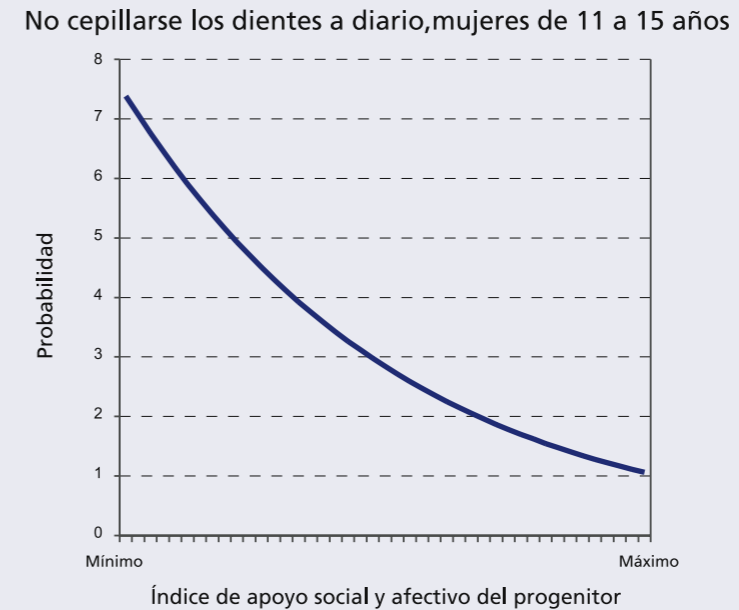
substancias psicoactivas ilegales durante la adolescencia entre los chicos y chicas que no viven con sus dos progenitores. El hecho de que un número creciente de niños y adolescentes pasen algún período de sus vidas en un hogar monoparental o reconstituido representa un horizonte donde los riesgos para la salud de los menores se pueden incrementar.

Pese al gran calado de estas transformaciones, la “atmósfera familiar” sigue siendo un factor de protección de importancia crucial frente a riesgos. De acuerdo a un informe reciente de la OMS, la inmensa mayoría de los niños y niñas españoles mantienen relaciones de cercanía, afectiva y comunicativa, con sus padres. Los resultados obtenidos en los análisis realizados demuestran que el índice de apoyo afectivo del progenitor o la persona responsable que realiza la entrevista está muy relacionado con diversos aspectos de la salud del menor, especialmente con su estado de salud mental. Este dato sugiere que climas familiares cálidos, donde los niveles de comunicación entre los miembros de la familia son altos y las muestras de afecto frecuentes, son también beneficiosos para la salud del menor. El “capital social” de las familias protege frente a ciertos riesgos de morbilidad en la infancia y la adolescencia, incide positivamente en la salud mental del menor, y promueve en el menor actitudes y comportamientos responsables desde el punto de vista de su salud.

Gráfico 5.2. El capital social de las familias como factor de protección de la salud de los menores



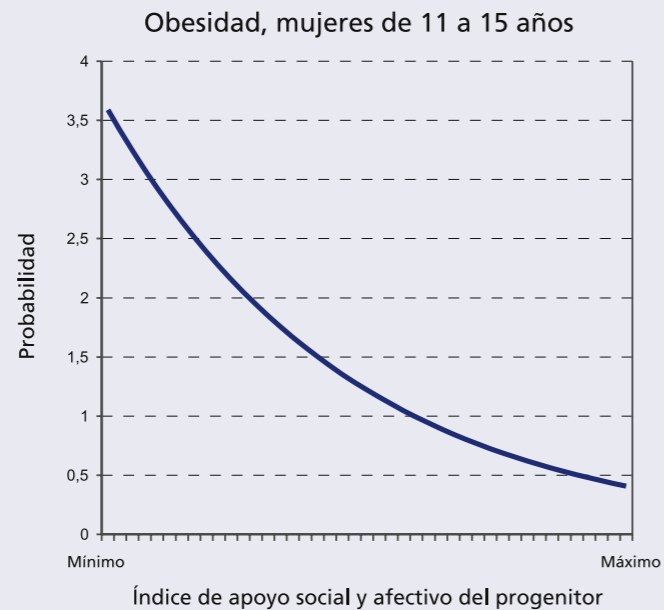
Gráfico 5.2. El capital social de las familias como factor de protección de la salud de los menores (continuación)



El “capital social” de las familias protege frente a ciertos riesgos de morbilidad en la infancia y la adolescencia, incide positivamente en la salud mental del menor, y promueve en el menor actitudes y comportamientos responsables desde el punto de vista de su salud.

Los datos sugieren que el trabajo femenino remunerado, que durante mucho tiempo se creyó que podía perjudicar la salud del menor, no suele tener efectos significativos sobre su salud, a igualdad de otras condiciones. En las escasas ocasiones en que se observa una relación estadística, el efecto es beneficioso.

Gráfico 5.2. El capital social de las familias como factor de protección de la salud de los menores (continuación)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
Nota: a) Se compara la categoría "tener problemas de conducta severos" respecto a "no tener problemas de conducta".

Un último aspecto a destacar es el papel del trabajo de la madre. Los datos sugieren que el trabajo femenino remunerado, que durante mucho tiempo se creyó que podía perjudicar la salud del menor, no suele tener efectos significativos sobre su salud, a igualdad de otras condiciones. En las escasas ocasiones en que se observa una relación estadística, el efecto es beneficioso. Este dato cobra importancia si se calibra a la luz de algunos de los resultados obtenidos en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*. En la edición anterior del informe evidenciábamos que el empleo de las madres es uno de los principales mecanismos de protección frente a la pobreza. En los contextos laborales actuales, las contribuciones económicas que realizan las mujeres son fundamentales para mantener a muchas familias por encima del umbral de la pobreza. Esta doble vertiente del trabajo de las madres refuerza la hipótesis de que se trata de una de las principales herramientas de lucha contra la exclusión social en la infancia.

5.2. Desigualdades de salud en la juventud

Desde un punto de vista físico, la juventud es, aparentemente, un período álgido en la vida de las personas. La inmensa mayoría de los jóvenes entrevistados en las encuestas declaran que su salud es buena o muy buena (cerca del 80%). Esta constatación contrasta con tópicos que presentan a la juventud asediada por toda clase de peligros graves para su salud, derivados muchas veces de comportamientos irresponsables.

La salud de los jóvenes tiene varias caras. Las principales causas de mortalidad son "externas", ya que no mueren como consecuencia de procesos biológicos endógenos. Se trata de una mortalidad inducida, ya sea por peripecias vitales en que se ven envueltos (como, por ejemplo, un accidente de tráfico o laboral), un hábito (el abuso de sustancias psicoactivas) o por ellos mismos (a través del suicidio). Las causas externas representan el 61% de las muertes en España de jóvenes de 16 a 29 años en 2005. Los accidentes con vehículos a motor son la principal causa de muerte, y representan el 32% del total. Les sigue el suicidio, con el 9,9%.

Las causas "externas" no son, sin embargo, las principales causas de hospitalización de los jóvenes. Las complicaciones por parto y embarazo son, con una diferencia considerable, el motivo principal de ingreso hospitalario. Entre los chicos jóvenes, la principal causa de hospitalización son enfermedades del aparato digestivo, especialmente por apendicitis y hernia inguinal. En comparación con otros grupos de edad, hay solo tres grupos de enfermedades en los que la prevalencia de hospitalización de los jóvenes se sitúa por encima de la media poblacional: las complicaciones del parto y embarazo, las enfermedades de la piel y las anomalías congénitas (Comas en *Informe de la Juventud en España 2008*: 48-49).

En general, en términos comparativos con otros grupos, los/las jóvenes presentan tasas bajas de morbilidad por causas "internas". Menos de un 1% de los jóvenes (tanto hombres como mujeres) declara haber tenido una enfermedad crónica grave (embolia, tumores malignos, infarto de miocardio...). Las enfermedades más comunes son dolencias y afecciones molestas, pero que entrañan riesgos limitados, como son el dolor de espalda crónico cervical o lumbar, o las alergias crónicas (que superan el 10%). Entre las mujeres (especialmente entre las de 25 a 34 años) se observa, asimismo, una prevalencia alta de migrañas o dolores de cabeza frecuentes, varices en las piernas y depresión. El riesgo de mortalidad o internamiento por este tipo de enfermedades es muy bajo.

Tabla 5.8. Enfermedades crónicas o de larga duración en la población de 16 a 34 años

Enfermedades crónicas:	Hombres		Mujeres	
	16-24 años	25-34 años	16-24 años	25-34 años
Alergia crónica	14%	13%	15%	15%
Dolor de espalda crónico (lumbar)	8,1	14	16	19
Migraña o dolor de cabeza frecuente	5,8	9,0	16	20
Asma	5,0	4,2	5,4	5,2
Dolor de espalda crónico (cervical)	4,9	11	17	23
Problemas crónicos de piel	3,4	3,5	4,9	5,3
Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	2,6	6,2	7,2	11
Bronquitis crónica	1,3	4,2	2,6	2,0
Hemorroides	1,2	2,9	1,6	6,8
Varices en piernas	1,0	2,4	7,9	18
Hipertensión	0,9	4,5	2,9	3,5
Colesterol elevado	0,8	4,1	2,5	3,4
Anemia	0,7	0,9	6,1	6,7
Artrosis, artritis o reumatismo	0,5	2,5	1,6	4,8
Otras enfermedades del corazón	0,5	0,4	0,8	1,1
Problemas de tiroides	0,4	0,7	2,0	2,3
Úlcera de estómago o duodeno	0,3	1,9	0,8	1,7
Estreñimiento crónico	0,3	1,1	6,0	6,8
Diabetes	0,2	4,2	0,5	0,9
Tumores malignos	0,2	0,2	0,1	0,5
Cataratas	0,1	0,6	0,3	0,2
Embolia	0,1	0,3	0,2	0,3
Incontinencia urinaria	0,1	0,1	0,7	0,6
Osteoporosis	0,0	0,4	0,0	0,1
Infarto de miocardio	0,0	0,0	0,0	0,0
Problemas de próstata	0,0	0,2		
Problemas de período menopáusico			0,5	0,6

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

5.2.1.a. Morbilidad en jóvenes

Al igual que sucede con la población menor, la morbilidad de los jóvenes de 16 a 34 años está relacionada con factores de desigualdad y exclusión. En este sentido, la clase social y sus correlatos tienen una influencia estadística significativa sobre diversos problemas de salud en la juventud. Las condiciones de precariedad y desventaja en que se encuentran los miembros de las clases trabajadoras afectan negativamente a su estado de salud.

Una ilustración clara de la importancia de la desigualdad por clase social es el riesgo de sufrir una enfermedad crónica durante la juventud. Como hemos tenido ocasión de comprobar, los jóvenes pueden experimentar una gran variedad de enfermedades crónicas, aunque sólo unas pocas presentan una prevalencia relativamente alta. El 43% declaran que en los últimos doce meses han padecido una enfermedad o dolencia de larga duración. La mayoría de estas enfermedades son pequeños achaques que no entrañan riesgos de mortalidad u hospitalización en el corto plazo. Sin embargo, algunas de estas dolencias y trastornos pueden agravarse con el paso del tiempo si no reciben tratamiento efectivo o no remite la causa que los provoca.

Algunos/as jóvenes sufren dolencias crónicas o sospechan que padecen una enfermedad crónica y así lo declaran, aunque no haya sido diagnosticada por un médico. Es posible que incluso se automediquen.⁶¹ En la muestra de la ENSE 2006, el 4,8% de las personas de 16 a 34 años declaran que han padecido una enfermedad o dolencia crónica en los últimos doce meses, aunque admiten que no ha sido diagnosticada por un médico; el 10,6% declaran que existe un diagnóstico médico, pero que no están tomando medicación; y el 26,2% declaran que padecen una enfermedad o dolencia crónica que ha sido diagnosticada y que reciben medicación. Para determinar la influencia de los factores de desigualdad y exclusión, se ha construido un modelo de regresión logística multinomial, donde la variable de referencia son los jóvenes que no padecen ninguna enfermedad o problema de salud crónico (58%) y los grupos de comparación son los descritos.

A igualdad de otras condiciones, los chicos jóvenes de origen inmigrante tienden a mostrar mejor salud que los autóctonos; los inmigrantes tienen una razón de probabilidades un 83% más baja de tener una enfermedad crónica diagnosticada por la que no toman medicamentos, y un 77% más baja de tener una enfermedad crónica por la que toman medicamentos. Sin embargo, no existen diferencias con jóvenes españoles en la probabilidad de tener enfermedades no diagnosticadas (el coeficien-

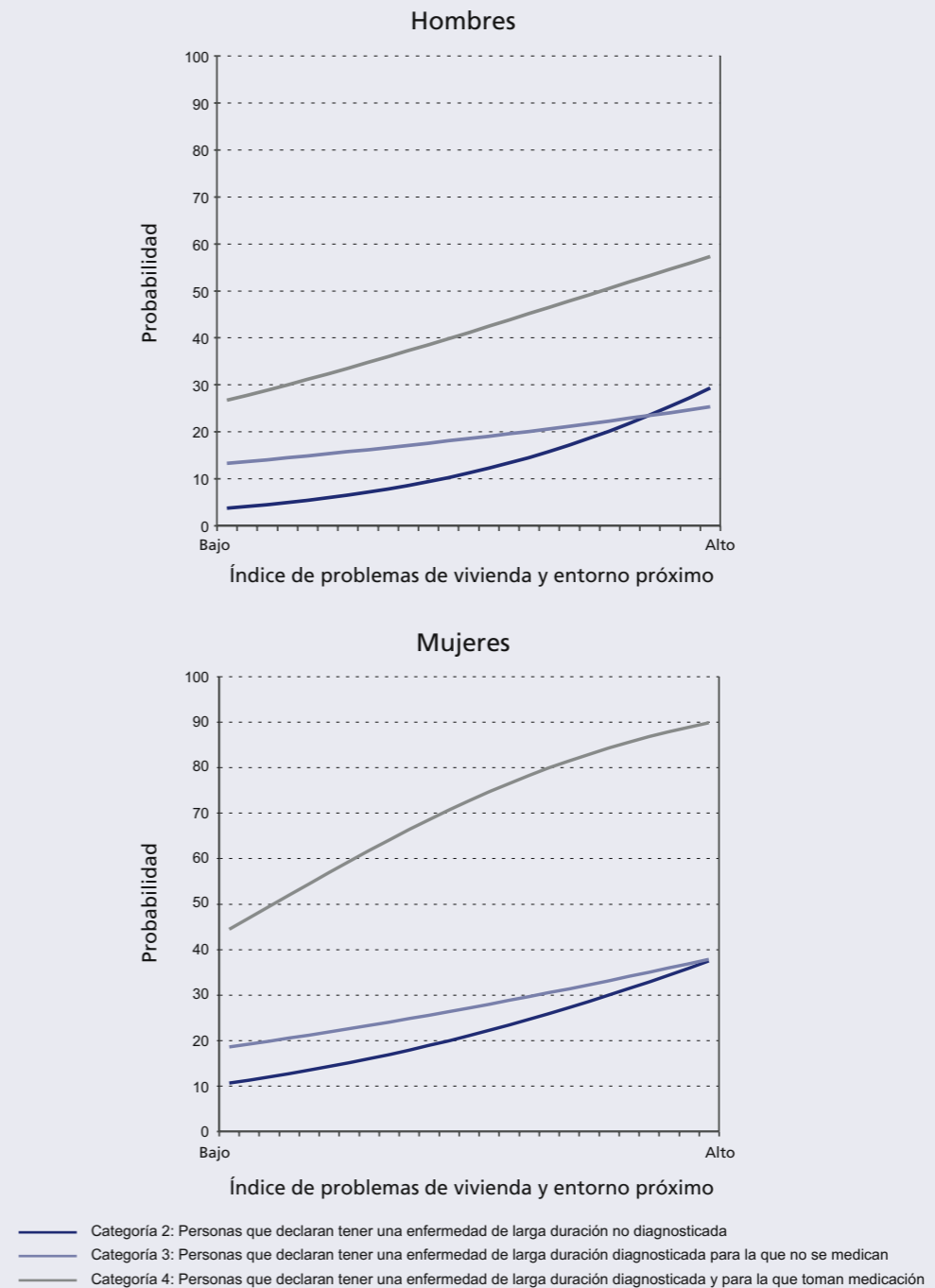
61. También es posible que este colectivo exprese una forma de malestar difuso y no necesariamente un problema biomédico.

te es positivo, pero no significativo). Esto podría estar sugiriendo que, a igualdad de otras condiciones, entre los jóvenes de origen inmigrante existe una utilización menor del sistema sanitario para tratar sus enfermedades de carácter crónico. Entre las mujeres nacidas en España y las nacidas en un país extranjero (no desarrollado) no se aprecian diferencias significativas.

En cuanto al efecto de la clase social en el riesgo de tener enfermedades crónicas, solamente se observan diferencias significativas en las mujeres. Estas diferencias son notables, pero no existe una clara graduación de clase. Las mujeres de clase II tienen una razón de probabilidades 5,3 veces más alta que la clase I de declarar que tienen una enfermedad crónica que no ha sido diagnosticada, y un 44% más alta de tener una enfermedad crónica diagnosticada por la que toman medicamentos. Las clases IV, IVb y V tienen un riesgo alto de declarar que tienen una enfermedad crónica no diagnosticada (3,8 veces mayor que la clase I en la clase V y 3,4 en la clase IV y IVb), pero no se observan diferencias con la clase I en enfermedades que requieren diagnóstico y tratamiento. Entre los hombres, existen diferencias por clase algo más acentuadas cuando lo que se analiza es si esas enfermedades han limitado de alguna forma sus actividades habituales. Los jóvenes de clase V tienden a sufrir más problemas de salud “que los ha limitado en sus actividades habituales en los últimos doce meses” que los de clase I (la razón de probabilidades es un 71% más alta).⁶² El estado de la vivienda y el entorno próximo inciden significativamente sobre la probabilidad de tener una enfermedad crónica y de que ésta origine limitaciones en la actividad. Las malas condiciones de la vivienda o el entorno incrementan esos riesgos de forma considerable.

62. La diferencia es estadísticamente significativa al 10%.

Gráfico 5.3. Probabilidad de tener enfermedades crónicas, según el estado de la vivienda y el entorno próximo (Personas de 16 a 34 años de edad)



Fuente: Elaboración CIIMU, a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Repasando algunas de las enfermedades y problemas de salud, se advierten diferencias en la prevalencia por clase social, sobre todo en los problemas de salud más comunes. Por ejemplo, las mujeres de clase IVb tienen una razón de probabilidades 2,4 veces mayor que las de clase I de padecer un problema de tensión alta y 2,3 de sufrir varices. Los jóvenes y las jóvenes que pertenecen a las clases desfavorecidas tienden a padecer más a menudo dolores de espalda que la clase I. También existen diferencias significativas en la salud bucodental. Entre las mujeres, la probabilidad de que declaren que les faltan muelas es mayor en las clases III, IV, IVb y V. Entre los varones es mayor en las clases IV, IVb y V. A igualdad de clase, los problemas de la vivienda y el entorno son un potente factor explicativo de la variabilidad en salud. Las malas condiciones en la vivienda están significativamente relacionadas con padecer migrañas y dolores de cabeza frecuentes, alergias o varices (estas dos últimas, en mujeres).

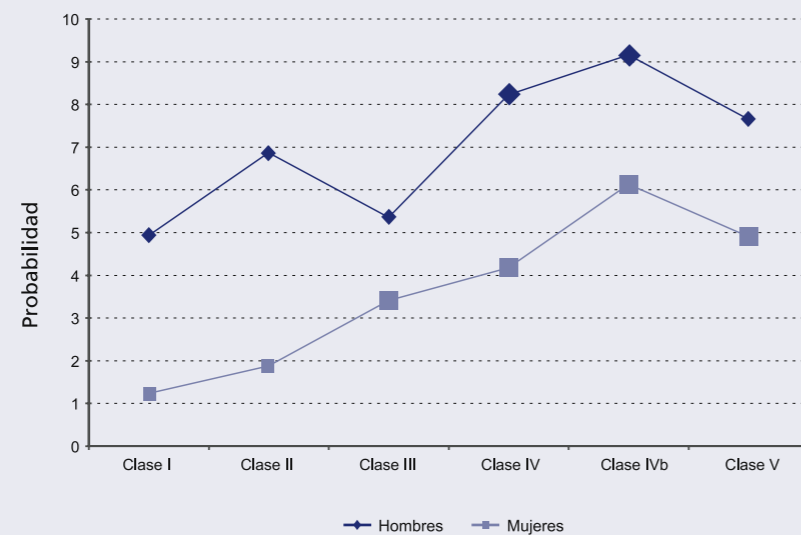
Capítulo aparte merece la obesidad. A igualdad de condiciones, la obesidad es más común en las clases más desfavorecidas. El efecto atribuible a la clase social, después de controlar otras variables, es más fuerte entre mujeres que entre hombres. Entre estos, los de clase IV y clase IVb tienen razones de probabilidades más altas de ser obesos (73% y 95%, respectivamente). Entre las mujeres, las jóvenes de clase IVb tienen una

razón de probabilidades 5,2 veces mayor de ser obesas, mientras que las de clase V tienen una razón de probabilidades 4,1 veces más elevada.

Entre los jóvenes, en comparación con otros grupos de edad, el desempleo tiene una asociación estadística poco robusta con la morbilidad física. Cuando se observan efectos significativos, éstos son mayores para los hombres. Por ejemplo, los jóvenes desempleados tienen un riesgo un 45% más alto de padecer una enfermedad crónica diagnosticada para la que toman medicamentos. También tienen una razón de probabilidades de ser obesos un 86% mayor que los jóvenes que trabajan. Es muy posible que esta asociación estadística sea, en parte, el producto de procesos de “selección”. Desde este punto de vista no es el desempleo el que provoca problemas de salud, sino viceversa. Es también posible que ambos (desempleo y mala salud) sean el producto de terceras variables no controladas en el modelo (como podría ser, por ejemplo, algún rasgo de la personalidad que predispone al desempleo y la mala salud). En el caso de la obesidad es bastante probable que el trastorno preceda al desempleo, y pueda incluso contribuir a incrementar la probabilidad de que éste se produzca, en lugar de que suceda lo contrario. Es difícil controlar los efectos de selección a falta de datos longitudinales que permitan estimar en qué medida los problemas de salud se inician o acentúan como consecuencia del desempleo.⁶³

La situación de convivencia tiene efectos menores, pero que presentan cierto interés. Los jóvenes solteros tienden a presentar mejor salud que las personas que viven en pareja. El efecto es más evidente en las mujeres, que presentan menos enfermedades crónicas tanto las no diagnosticadas como las que sí, estén siendo medicadas o no. La diferencia en razones de probabilidad es más alta en enfermedades que no acarrear medicación. Las personas jóvenes solteras tienen también una probabilidad más baja sufrir obesidad.

Gráfico 5.4. Probabilidad de ser obeso según sexo y clase social (Personas de 16 a 34 años)



Fuente: Elaboración CIIMU, a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
Nota: Los puntos correspondientes a los valores de cada clase social que tienen un tamaño mayor indican que las diferencias son significativas con la clase I.

63. En países que disponen de estudios longitudinales de larga duración, existe evidencia de un efecto directo del desempleo sobre la salud. Por ejemplo, con datos del 1958 British Cohort Study, Montgomery *et al.* (1996) muestran que un episodio de desempleo reciente desencadena procesos de deterioro de la salud mental, independientes de la situación previa en que se encontrara la persona. El desempleo provocaba un deterioro de la situación psicológica, incluso entre quienes no habían experimentado problemas en el pasado.

Tabla 5.9. Factores sociales asociados a la morbilidad de las personas jóvenes (16 a 34 años)

	Variables independientes					
	Clase social desfavorada ^(a)	Inmigración	Desempleado/a	Soltero/a	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
Enfermedades crónicas:						
No diagnosticada						
Mujer	+			-	+	-
Hombre				-	+	-
Diagnosticada pero no toma medicación						
Mujer				-	+	
Hombre		-				-
Diagnosticada para la que toma medicación						
Mujer	+			-	+	-
Hombre		-	+		+	-
Limitación de la actividad						
Mujer					+	-
Hombre			+		+	-
Obesidad						
Mujer	+			-		-
Hombre	+	-	+	-		-

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
 Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V). Un signo positivo indica que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta que las clases más acomodadas de que se produzca el fenómeno descrito.
 b) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos (p<0,05).

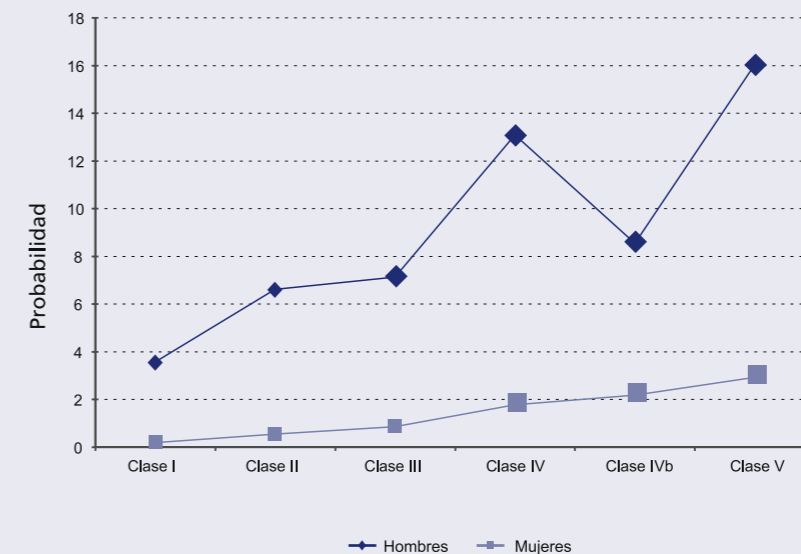
5.2.2. Hábitos y conductas en jóvenes

Los hábitos y conductas saludables son fundamentales para preservar una buena salud a lo largo del ciclo vital. Durante la infancia y la adolescencia se observaron diferencias considerables en aspectos cruciales para prevenir el desarrollo de trastornos y afecciones a medio y largo plazo. Como observábamos al analizar las etapas más prematuras de la vida

humana, durante estos períodos se aprenden hábitos –algunos saludables, otros perjudiciales para la salud– que tienden a mantenerse en etapas posteriores de la vida. La pervivencia a lo largo del tiempo de esos hábitos y conductas tiene un efecto poderoso sobre la salud. Los hábitos de los niños y niñas de hoy determinan en gran medida la salud de las personas adultas en el futuro.

Los problemas de caries dental afectan a la inmensa mayoría de las personas adultas en las sociedades industrializadas (OMS, 2003). Los problemas dentales en la vida adulta dependen de que se observen, de forma consistente, hábitos de limpieza de las piezas dentales a lo largo de toda la vida. Como se señaló antes, eso pasa por cepillarse los dientes al menos una vez al día. Durante la juventud, siguen existiendo diferencias muy significativas en la frecuencia con que las personas se cepillan los dientes por clase social. Entre los hombres, la razón de probabilidades de que los jóvenes no se cepillen los dientes a diario es 5,2 veces más alta en la clase V que en la I. Entre las mujeres de clase V es 15,9 veces más alta.

Gráfico 5.5. Probabilidad de no cepillarse los dientes a diario, según sexo y clase social (Personas de 16 a 34 años)



Fuente: Elaboración CIIMU, a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
 Nota: Los puntos correspondientes a los valores de cada clase social que tienen un tamaño mayor indican que las diferencias son significativas con la clase I.

Los chicos jóvenes de la clase IV tienen una razón de probabilidades de fumar un 49% mayor que los de clase I, los de clase IVb un 57% mayor, y los de clase V, un 75%.

Sería un error dar por sentado que los hábitos perjudiciales se concentran irremisiblemente en los grupos sociales más vulnerables. Los datos evidencian que los jóvenes de origen extranjero tienen una probabilidad más baja de ser fumadores. También ponen de manifiesto que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más baja de consumir alcohol en exceso.

Un segundo capítulo beneficioso para la salud a lo largo de la vida es la realización de ejercicio físico. Hemos analizado aquí en qué medida existen diferencias en la realización de ejercicio físico explicadas por los factores sociales examinados. Para ello se ha construido un modelo de regresión multinomial, cuyo valor de referencia es no realizar ningún ejercicio físico y las categorías alternativas “hacer ejercicio físico ligero” y “hacer ejercicio moderado o intenso”. Los resultados corroboran algunas de las conclusiones obtenidas al analizar el mismo ítem durante la infancia y la adolescencia. Las clases desfavorecidas realizan menos ejercicio físico, sobre todo moderado o intenso. Por ejemplo, las mujeres jóvenes de clase V tienen una razón de probabilidades de realizar ejercicio físico a intensidad moderada o alta tres veces menor que las mujeres de clase I, y la tienen un 64% más baja de realizar ejercicio a intensidades ligeras.

El consumo de tabaco es la causa principal de mortalidad por cáncer de pulmón. Los costes sanitarios asociados a los tratamientos son enormes. La evidencia analizada pone de relieve que el consumo es mayor en las clases más desfavorecidas (sobre todo en la clase IV, IVb y V). Los chicos jóvenes de la clase IV tienen una razón de probabilidades de fumar un 49% mayor que los de clase I, los de clase IVb un 57% mayor, y los de clase V, un 75%. Entre las mujeres, se observan diferencias estadísticamente significativas entre la clase I y las clases II, III, IV, IVb y V.

Ahora bien, sería un error dar por sentado que los hábitos perjudiciales se concentran irremisiblemente en los grupos sociales más vulnerables. Los datos evidencian que los jóvenes de origen extranjero tienen una probabilidad más baja de ser fumadores. También ponen de manifiesto que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más baja de consumir alcohol en exceso. La razón de probabilidades de que un chico joven de clase V consuma cantidades peligrosas de alcohol es el 55% menor que un joven de clase I; la de que lo haga una mujer de la misma clase social es un 91,2% más baja. La ENSE 2006 no nos proporciona la posibilidad de analizar cómo se distribuye socialmente el consumo de otras sustancias psicoactivas.

Tabla 5.10. Factores sociales asociados a los hábitos de las personas jóvenes (16 a 34 años)

	Variables independientes					
	Clase social desfavorida ^(a)	Inmigración	Desempleado/a	Soltero/a	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
No cepillarse los dientes a diario:						
Mujer	+ ^(b)	-	+			-
Hombre	+	-	+	-		
Hacer ejercicio físico						
Mujer	-		+	+		
Hombre	-			+		
Fumar						
Mujer	+	-				-
Hombre	+	-				-
Consumo peligroso de alcohol						
Mujer	-	-		+		
Hombre	-	-	-	+		

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V). Un signo positivo indica que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta que las clases más acomodadas de que se produzca el fenómeno descrito.

b) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos (p<0,05).

El desempleo tiene una influencia considerable sobre el malestar, sobre todo en los hombres.

5.2.3. Salud mental

Para analizar la salud mental se utilizan dos indicadores. El primero es un índice proporcionado por la ENSE 2006, derivado de la escala Goldberg. Permite detectar síntomas de malestar emocional, falta de confianza en uno mismo, ansiedad y depresión. Hemos concentrado el análisis en las formas más severas de malestar, teniendo como referencia a las personas que no presentan ningún síntoma de malestar.⁶⁴ El segundo indicador mide si la persona

64. El término “malestar psicológico severo” no hace referencia a trastornos mentales graves o severos (TMG o TMS) que no se pueden discriminar con los indicadores de la escala Goldberg. Registran síntomas que están ubicados en el espectro depresión-ansiedad.

Los hombres jóvenes desempleados tienen un riesgo 2,4 veces mayor de haber sido diagnosticados por depresión o trastorno mental que los que trabajan.

Las situaciones de malestar están muy relacionadas con las vicisitudes familiares, y afectan más a las mujeres.

padece depresión, ansiedad o algún otro trastorno mental que haya sido diagnosticado por un médico.

Los resultados obtenidos sugieren que existen diversas fuentes de malestar, diferenciadas por sexo, y que este puede venir provocado por la situación de clase social, aunque con un efecto limitado. Las mujeres jóvenes de clase V tienen una razón de probabilidades un 58% más alta que las mujeres de clase I de presentar un cuadro severo de síntomas de malestar. Entre los hombres no se observa un efecto estadísticamente significativo de la clase social. El desempleo tiene una influencia considerable sobre el malestar, sobre todo en los hombres. Los hombres desempleados tienen un riesgo 2,4 veces mayor de presentar un cuadro severo de malestar que los hombres que trabajan. Las mujeres desempleadas tienen una razón de probabilidades un 37% más alta. La mayor prevalencia del malestar en los hombres en situación de desempleo se confirma si se analiza el segundo indicador examinado. Los hombres jóvenes desempleados tienen un riesgo 2,4 veces mayor de haber sido diagnosticados por depresión o trastorno mental que los que trabajan. No existen diferencias significativas en ese riesgo de depresión o trastorno mental entre mujeres en situación de empleo y paro.

Las situaciones de malestar están también muy relacionadas con las vicisitudes familiares, y afectan más a las mujeres. El riesgo de sufrir malestar severo es 2,7 veces mayor en las mujeres divorciadas (que no viven en pareja) que en las que están casadas o cohabitan. La diferencia entre hombres divorciados y los que conviven en pareja no es significativa. Sin embargo, cuando se examina la depresión diagnosticada por un médico durante la juventud, la relación se invierte. Los hombres divorciados tienen una razón 4,4 veces más alta que los que conviven en pareja de haber sido diagnosticados con una depresión. Entre las mujeres se observa una correlación positiva entre divorcio y depresión diagnosticada, pero no es estadísticamente significativa.

Los jóvenes de origen extranjero (hombres y mujeres) tienen una probabilidad más alta de presentar síntomas de malestar severo (aproximadamente un 40% más alta que los jóvenes nacidos en España). Sin embargo, eso no se refleja en la probabilidad de que su malestar haya sido diagnosticado por un médico, sino que sucede lo contrario. Los hombres de origen inmigrante tienen un riesgo 2,3 veces menor que los jóvenes nacidos en España de padecer un trastorno mental diagnosticado. Las mujeres presentan un riesgo un 86% más bajo. Es difícil saber qué encierra esta paradoja. Una hipótesis plausible es que los inmigrantes encuentren dificultades para utilizar los servicios sanitarios cuando los necesiten, o alberguen, en algunos casos, reticencias culturales para buscar tratamiento a problemas de naturaleza psicológica a través de los servicios sanitarios existentes.

Tabla 5.11. Factores sociales asociados a la salud mental de las personas jóvenes (16 a 34 años)

	Variables independientes						
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Desempleado/a	Soltero/a	Divorciado/a o separado/a solo/a	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
Síntomas de malestar severo							
Mujer	+ ^(b)	+	+	-	+	+	-
Hombre		+	+			+	-
Depresión o trastorno mental diagnosticado por un médico							
Mujer	+	-				+	-
Hombre		-	+		+	+	-

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V). Un signo positivo indica que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta que las clases más acomodadas de que se produzca el fenómeno descrito.

b) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Los jóvenes de origen extranjero (hombres y mujeres) tienen una probabilidad más alta de presentar síntomas de malestar severo (aproximadamente un 40% más alta que los jóvenes nacidos en España). Sin embargo, eso no se refleja en la probabilidad de que su malestar haya sido diagnosticado por un médico, sino que sucede lo contrario.

5.2.4. Percepción subjetiva de la salud

Como se apuntó en el capítulo 3, la percepción subjetiva de la salud refleja bastante bien sus dimensiones objetivas. En buena medida, depende de los mismos determinantes sociales que los factores que explican otras dimensiones de la salud de las personas. Durante la juventud, es poco habitual que las personas declaren tener un estado de salud subjetivo deficiente. En este apartado se ha analizado la influencia de la clase social, la condición de inmigrante, el desempleo y la situación de convivencia, sobre una variable dicotómica que estima si la persona tiene un estado de salud subjetivo deficiente (eso es, declara que su salud es regular, mala o muy mala).

Los resultados concuerdan básicamente con la imagen obtenida a partir de otros modelos. A igualdad de condiciones, las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta de tener un estado de salud subjetivo deficiente, tanto entre los hombres como entre las mujeres. Al margen de este factor, el único factor social que influye de forma significativa sobre la variable analizada durante la juventud es el desempleo, pero sólo en los varones.

A igualdad de condiciones, las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta de tener un estado de salud subjetivo deficiente, tanto entre los hombres como entre las mujeres.

Éstos, cuando están desempleados, tienen una razón de probabilidades de declarar que su estado de salud es deficiente un 77% más alto que los que trabajan. Entre las mujeres puede observarse un efecto provocado por el desempleo, pero no es significativo a niveles convencionales.⁶⁵ Los datos no confirman la hipótesis de que la condición de inmigrante y la situación de convivencia afecten significativamente la percepción de la salud.

Gráfico 5.6. Probabilidad de tener un estado de salud subjetiva deficiente, según clase social y sexo (Personas de 16 a 34 años)



Fuente: Elaboración CIIMU, a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
Nota: Los puntos correspondientes a los valores de cada clase social que tienen mayor tamaño indican que las diferencias son significativas con la clase I.

5.2.5. La salud en la juventud: factores de riesgo y de protección

Los problemas de salud en la juventud, al igual que sucediera en la infancia y la adolescencia, están estrechamente relacionados con las condiciones económicas en que viven las personas. La clase social es un factor de primer orden para explicar la morbilidad física, la salud mental y la percepción de la salud. Las clases desfavorecidas presentan una probabilidad más baja de llevar a cabo actividades beneficiosas para su salud y más alta de incurrir en hábitos perjudiciales, aunque algunos comportamientos (como el consumo de

65. Es estadísticamente significativo con un nivel de significación de 0,10.

riesgo de bebidas alcohólicas) son más frecuentes en las clases acomodadas. La salud de los jóvenes viene también determinada por las condiciones de la vivienda y del entorno en el que residen.

El análisis de los determinantes de la desigualdad en la juventud no acredita la existencia de diferencias significativas en enfermedades y problemas de salud objetiva entre jóvenes nacidos en el extranjero (en países con un nivel más bajo de renta per cápita) y de origen español. Eso no significa que los jóvenes extranjeros gocen del mismo nivel de salud que los españoles, sino solamente que las diferencias no pueden atribuirse a su condición de inmigrantes, sino a otros factores socioeconómicos (la clase social, la vivienda y el entorno donde viven o la falta de vínculos sociales). Es probable también que, en parte, haya que atribuir la inexistencia de desigualdades a “procesos de selección”. La inmigración en España es un fenómeno reciente, en el que participan fundamentalmente personas jóvenes en buen estado de salud. En este sentido, las personas embarcadas en un proyecto migratorio han sido “cribadas” en origen. Emigran fundamentalmente las personas en buenas facultades físicas para soportar las peripecias que comporta el desplazamiento y adaptación a un nuevo contexto social, y que están en condiciones de realizar los trabajos físicamente exigentes que la sociedad de acogida a menudo les reserva.⁶⁶ Éstos están, en líneas generales, más sanos que los que se quedan en sus países de origen.

No obstante, en el análisis se detectan desigualdades significativas en los niveles de malestar psicológico de jóvenes inmigrantes y autóctonos. Los jóvenes de origen inmigrante tienen una probabilidad más elevada de mostrar síntomas de malestar psicológico severo. Posiblemente, el origen de esos malestares es diverso. Por una parte, algunos inmigrantes (en particular, los refugiados) arrastran traumas ligados a las causas que precipitaron su proyecto migratorio, como un conflicto bélico, una situación de devastación medioambiental (por sequía, epidemia, hambruna...), condiciones de pobreza extrema, etc. Por otro, experiencias asociadas al proceso migratorio pueden provocar situaciones de incertidumbre y ansiedad que desemboquen en formas de malestar severo. La desvinculación de la familia y amigos, los problemas de adaptación a nuevas realidades, las actitudes de discriminación y hostilidad que en ocasiones sufren, la soledad, la falta de recursos y el fracaso en el logro de los objetivos, crean condiciones difíciles de encajar psicológicamente para personas jóvenes en tránsito a una nueva vida (Achoategui 2006). La falta de redes de asistencia y apoyo afectivo puede agravar estas situaciones. Abundante investigación en países que cuentan con una tradición migratoria mucho más larga que la española demuestran que, si persisten

66. Es necesario también tener en cuenta que no todas las personas inmigradas tienen igual probabilidad de ser entrevistadas. Los inmigrantes indocumentados, cuyo domicilio no figura en el padrón de habitantes, no han sido localizados para entrevistarlos.

Los jóvenes de origen inmigrante tienen una probabilidad más elevada de mostrar síntomas de malestar psicológico severo.

A pesar de la mayor proclividad a presentar problemas de malestar psicológico severos, los jóvenes de origen inmigrante tienden a declarar menos que sus trastornos han sido diagnosticados por un médico.

Un primer acontecimiento vital estresante es la pérdida de empleo. El desempleo está asociado con dimensiones de la morbilidad, los hábitos y, sobre todo, la salud mental.

en el tiempo, los problemas de estrés conducen a problemas de salud físicos, al incrementar la vulnerabilidad de los sistemas inmune y cardiovascular.⁶⁷

Otra cuestión a destacar es que a pesar de la mayor proclividad a presentar problemas de malestar psicológico severos, los jóvenes de origen inmigrante tienden a declarar menos que sus trastornos han sido diagnosticados por un médico. Es difícil determinar si bajo esta paradoja subyace expresiones de un malestar difuso asociado al proceso migratorio (aunque tenga un carácter subclínico), algún tipo de barreras administrativas en el acceso a la atención médica, problemas de comunicación y entendimiento para beneficiarse de los servicios disponibles, dificultades para compatibilizar ocupación y asistencia a la consulta de un médico o simplemente la existencia de modelos culturales de autoatención, autocuidado y de itinerarios terapéuticos diferenciados. Los datos de uso diferencial de asistencia sanitaria para tratar depresiones y otros trastornos mentales concuerdan con otras evidencias que ponen de relieve usos diferenciales entre población autóctona y extranjera en algunos servicios sanitarios (Regidor *et al.*, 2008; Guinea y Moreno Fuentes, 2008, y Fundación Pfizer, 2008).

Otro aspecto a destacar es el papel de episodios vitales estresantes que trastocan la vida habitual de las personas. Un primer acontecimiento vital estresante es la pérdida de empleo. El desempleo está asociado con dimensiones de la morbilidad, los hábitos y, sobre todo, la salud mental. Las personas desempleadas padecen peor salud que las que tienen empleo. A falta de estudios longitudinales, es difícil reconstruir la relación de causa-efecto entre desempleo y salud. Es posible que el riesgo de desempleo se incremente como consecuencia de determinados rasgos de la personalidad que afecten también la predisposición a tener mala salud. Sin embargo, la evidencia longitudinal disponible en otros países pone de manifiesto que esta explicación no agota la asociación observada. Hay razones poderosas para pensar que el desempleo puede provocar un deterioro de la salud. Como se señaló en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, el trabajo cumple una función que va más allá de la dimensión instrumental. Además de proporcionar recursos económicos que posibilitan que la persona desarrolle una vida integrada, cumple una serie de funciones latentes: impone una estructura temporal a nuestra vida diaria, promueve el desarrollo de relaciones sociales con personas que no pertenecen al núcleo familiar, favorece la adquisición de conocimientos y habilidades, vincula a las personas con metas de carácter social y define el estatus e identidad personal (Jahoda, 1987). El desempleo afecta al funcionamiento integrado de la personas, a su autonomía, a su com-

67. Según una encuesta realizada por la Fundación Pfizer a 300 personas inmigrantes, el 20% de los extranjeros manifiesta haber padecido algún problema de salud cuando se estableció en España, aunque sólo un 5,9 sufrió una dolencia grave (Fundación Pfizer, 2008: 89).

petencia y a su autoimagen (Álvaro y Garrido Luque, 2005). Estos factores incrementan el riesgo de que el desempleo genere malestar y que las personas que lo experimenten puedan sufrir un paulatino deterioro de la salud. En un país donde el estatus y la identidad masculina están todavía estrechamente ligados a la realización de una actividad laboral –mientras que entre las mujeres la vinculación es más débil– resulta comprensible que la falta de empleo afecte más intensamente al estado psicológico de los hombres.

Un segundo acontecimiento vital estresante es el divorcio o separación. Las personas divorciadas y que no conviven con una nueva pareja presentan peor salud mental que las personas casadas o que cohabitan. Las personas divorciadas conservan a menudo cicatrices psicológicas y socioeconómicas provocadas por la ruptura: bajo nivel de autoestima (especialmente cuando la separación ha sido impulsada unilateralmente por la antigua pareja), soledad, precariedad económica (al desaparecer una fuente de ingresos), incomprensión y prejuicios sociales. Los efectos del divorcio no son los mismos a lo largo del ciclo vital. Las diferencias en salud detectadas en la juventud son bastante modestas en comparación con las que se producen en etapas más avanzadas de la vida adulta.

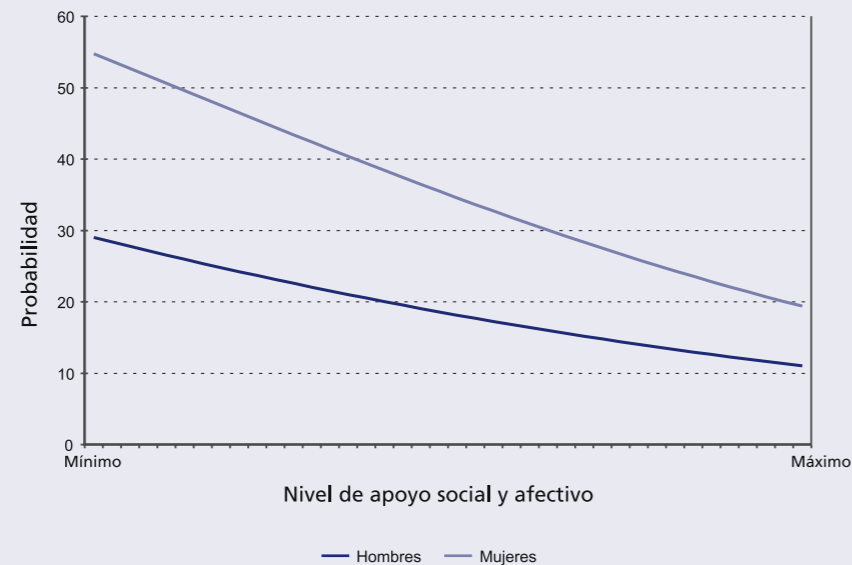
Como hicimos en relación con la infancia, hay que volver a destacar el papel del apoyo social y afectivo. Existe una relación consistente entre el índice de apoyo social y afectivo y la mayoría de indicadores de morbilidad y salud mental. Poder contar con personas que proporcionan afecto y asistencia en caso de necesidad tiene efectos directos sobre la fisiología de las personas. Los vínculos sociales contribuyen a moderar el efecto dañino que determinadas fuentes de tensión ambiental provocan en el metabolismo y que incrementan la reactividad neuroendocrina o la presión arterial en respuesta a esos estímulos (Seeman y McEwen, 1996). El apoyo recibido tiene consecuencias positivas para la salud a través de la promoción de algunos hábitos. Las personas con vinculaciones sólidas fuman menos y cuidan más su salud dental. A ello pueden contribuir las personas con las que se convive si alientan hábitos saludables (cepillarse los dientes), disuaden de incurrir en hábitos perjudiciales o animan a quienes se proponen corregirse (dejando, por ejemplo, de fumar). El Gráfico 5.7 ilustra la relación consistente entre salud (en este caso, percepción subjetiva deficiente de la salud) y apoyo social y afectivo.

Un segundo acontecimiento vital estresante es el divorcio o separación.

Existe una relación consistente entre el índice de apoyo social y afectivo y la mayoría de indicadores de morbilidad y salud mental. Poder contar con personas que proporcionan afecto y asistencia en caso de necesidad tiene efectos directos sobre la fisiología de las personas.

El apoyo recibido tiene consecuencias positivas para la salud a través de la promoción de algunos hábitos.

Gráfico 5.7. Probabilidad de tener una percepción de salud deficiente según grado de apoyo social y afectivo (Personas de 16 a 34 años)



Fuente: Elaboración CIIMU, a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

5.3. Desigualdades de salud en la vida adulta

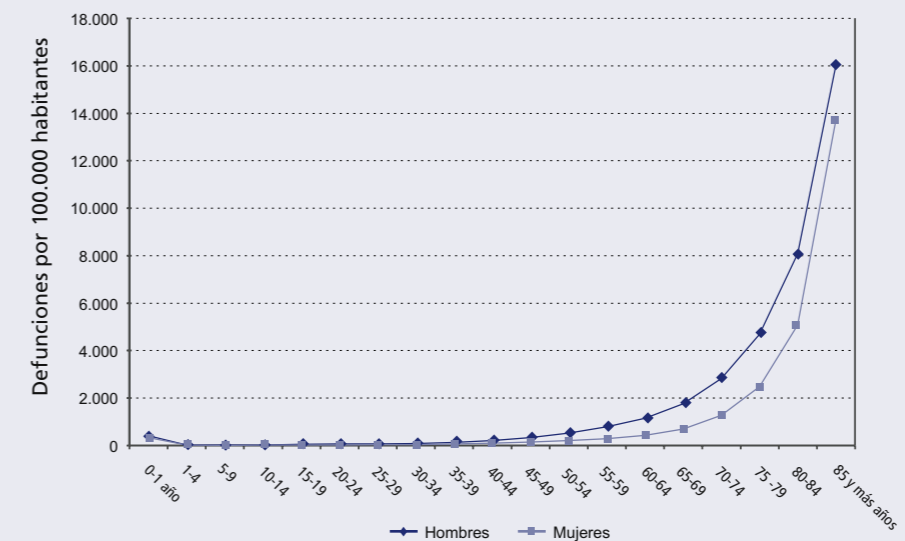
Poner un final a la juventud y un inicio a la vida adulta es una maniobra arbitraria. Las mismas personas jóvenes cambian su criterio a medida que se hacen mayores. En opinión de las personas de 15 a 19 años, se deja de ser joven a los 31.⁶⁸ Las personas de 20 a 24 años creen que se deja de “ser joven” un poco más tarde, a los 34. Entre los que tienen entre 25 y 29 años, la juventud finaliza a los 36 (CIS, Estudio 2.379, 1999, citado en P. Marí-Klose y M. Marí-Klose, 2006: 88). Quizás esta tendencia a prolongar la juventud a medida que se acumulan años “juveniles” a las espaldas obedezca en parte a que a muchos jóvenes les cuesta cada vez más meterse en los papeles que la sociedad reservaba tradicionalmente a un adulto: el de un individuo que encarrila su vida en una dirección definitiva. Como señala el sociólogo Gil Calvo (2001: 157), en el pasado, hacerse adulto consistía en encontrar un empleo definitivo para iniciar una *carrera laboral* y una pareja definitiva para formar su pro-

68. Es el valor promedio de las respuestas.

pio *hogar familiar*. Eran tiempos de estabilidad laboral, en los que los jóvenes veían mejoradas sus condiciones laborales de forma paulatina, a medida que acumulaban experiencia en su puesto de trabajo. Eran también tiempos en que el matrimonio era “para toda la vida”. Todo eso ya pasó. Actualmente, la estabilidad laboral es un privilegio inalcanzable para la inmensa mayoría de las personas antes de los treinta años, la emancipación de los jóvenes se aplaza y la edad media al primer matrimonio supera los 30 años (tanto en hombres como en mujeres).

La vida adulta son los años en que uno “se hace mayor” (sin todavía ser propiamente una “persona mayor”, término reservado a las personas de edades más avanzadas). Durante los años de vida adulta, aumenta la tasa bruta de mortalidad. El ritmo de crecimiento de la mortalidad se acentúa en cada período quinquenal, sin llegar a los ritmos vertiginosos que tienen lugar a partir de los setenta. A ello contribuye el incremento en la prevalencia de enfermedades que entrañan riesgos de muerte –como las embolias, los problemas coronarios o los tumores malignos–, sobre todo entre los hombres.

Gráfico 5.8. Tasa bruta de mortalidad por períodos quinquenales, según sexo. España 2006



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de Mortalidad por causa de muerte 2006, Ministerio de Sanidad y Política Social. Datos disponibles en <http://peestadistico.msc.es/PEMSC25/ArbolNodos.aspx>.

Pero el gran protagonismo de esta etapa vital no corresponde a las enfermedades causantes de la mortalidad, sino a trastornos más comunes. A medida que pasan los años se incrementa el número de achaques y dolencias crónicas. Un número cada vez más alto de personas, sobre todo mujeres, declaran padecer algún trastorno o problema de salud que les origina malestar. La prevalencia de algunos trastornos se dispara, los dolores de espalda se hacen endémicos y algunos problemas poco comunes en la juventud están muy extendidos en la vida adulta. La hipertensión pasa de afectar al 4,5% de los hombres y el 3,5% de las mujeres que tienen 25 a 34 años al 35% de los hombres y el 33% de las mujeres entre 55 y 64 años. El colesterol elevado afecta a menos del 5% de los jóvenes menores de 35 años, pero a cerca del 30% de las personas de 55 a 64.⁶⁹ La diabetes y los problemas de próstata se hacen cada vez más comunes entre los hombres; entre las mujeres, los problemas de artrosis, artritis y reumatismo afectan a una de cada dos mujeres de 55 a 64 años, y la osteoporosis a casi una de cada cuatro.

Tabla 5.12. Enfermedades crónicas o de larga duración en la población de 35 a 64 años

Enfermedades crónicas	Hombres			Mujeres		
	35-44 años	45-54 años	55-64 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Dolor de espalda crónico (lumbar)	21%	25%	27%	26%	32%	37%
Dolor de espalda crónico (cervical)	15	20	23	29	36	42
Colesterol elevado	12	19	27	6,4	15	29
Alergia crónica	10	7,4	8,4	15	12	13
Migraña o dolor de cabeza frecuente	9,7	8,3	8,9	25	25	21
Hipertensión	8,7	19	35	6,4	17	33
Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	8,1	9,4	12	16	23	28
Artrosis, artritis o reumatismo	6,4	14	28	12	28	53
Hemorroides	5,8	7,8	9,3	11	13	15
Varices en piernas	5,4	8,3	13	25	31	37
Problemas crónicos de piel	4,6	5,6	7,3	7	6,5	5,9
Úlcera de estómago o duodeno	3,1	4,9	6,7	2,6	4,3	5,4

69. No hay que olvidar que estamos hablando de generaciones distintas. Probablemente buena parte de la diferencia no es atribuible a la edad, sino a diferentes contextos de envejecimiento.

Tabla 5.12. Enfermedades crónicas o de larga duración en la población de 35 a 64 años (continuación)

Enfermedades crónicas	Hombres			Mujeres		
	35-44 años	45-54 años	55-64 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años
Asma	2,3	2,7	3,9	3,8	4,1	4,5
Bronquitis crónica	1,8	2,6	7,1	2,1	2,9	4,3
Estreñimiento crónico	1,8	2,2	4,0	9,1	12	15
Incontinencia urinaria	1,2	1,1	5,1	2,6	4,8	7,1
Cataratas	1,2	1,2	4,2	0,6	1,4	6
Diabetes	1,1	5,8	14	1,4	3,4	8,4
Otras enfermedades del corazón	0,8	1,8	5,4	1,6	3	5,3
Anemia	0,5	0,8	1,6	9,2	11	5,6
Problemas de próstata	0,5	1,5	9,6			
Problemas de tiroides	0,4	0,8	0,9	5,7	8,3	10
Tumores malignos	0,3	0,9	2,8	0,7	1,4	2,3
Osteoporosis	0,3	0,9	2,5	1,1	5,6	17
Infarto de miocardio	0,2	1,3	2,6	0,1	0,4	0,5
Embolia	0,2	0,2	1,0	1,0	0,7	0,5
Problemas de período menopáusico				3,7	19	11

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Hacerse mayor durante esos años centrales de la vida incrementa también el uso de los servicios sanitarios. Según datos del “Barómetro Sanitario 2008”, la proporción de personas que ha acudido a la consulta de un médico de cabecera en los últimos doce meses es del 70% entre las personas de 25 a 34 años. Es 10 puntos más alta (81%) entre las que tienen entre 55 y 64 años. Al aumentar la prevalencia de enfermedades crónicas se incrementan también las consultas a médicos especialistas. La proporción de personas que durante el año acuden a un médico especialista pasa del 40% (entre 25 a 34 años) al 54% (entre 55 y 64). Aumenta especialmente la proporción de personas que consultan a cardiólogos, neurólogos, y entre los hombres, a urólogos (como consecuencia de los problemas de la próstata). Descienden, en cambio, las vistas a urgencias,

de la misma manera que tampoco aumentan significativamente las hospitalizaciones. Aunque pueden afectar de forma importante a la calidad de vida de las personas, la mayoría de los problemas que aparecen durante la edad adulta no limitan la realización de actividades habituales ni requieren intervenciones urgentes o tratamientos intensivos.

Como sucede en otras etapas de la vida, las enfermedades y los problemas no se distribuyen socialmente de forma aleatoria. Algunos grupos sociales están más predispuestos que otros a sufrir los achaques y trastornos que aquejan a las personas en este período de la vida humana. El origen de estas predisposiciones son, en parte, los mismos factores de desigualdad que condicionan los riesgos para la salud en otras etapas. Ahora bien, algunos factores relacionados con dimensiones sociales que cobran importancia durante este período (como el ámbito del trabajo o la familia) tienen una influencia más destacada sobre la salud que en otros períodos de la trayectoria vital.

5.3.1. Morbilidad en la vida adulta

En líneas generales puede afirmarse que, en los años centrales de la vida, los efectos socioeconómicos sobre la salud son más importantes que en la juventud, lo que se explica por la continuidad de las circunstancias sociales a lo largo del tiempo. La mayoría de las personas que pertenecen a una clase social o viven en un determinado entorno durante la infancia no cambian significativamente su posición socioeconómica a lo largo de su tránsito a la vida adulta. Así, los miembros de clases desfavorecidas se enfrentan a menudo a un carrusel de condiciones adversas para su salud que operan “desde la cuna a la tumba”, reforzando sus desventajas a medida que envejecen. Los miembros de las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta de padecer enfermedades crónicas durante la infancia, la adolescencia y la juventud, de ser ya obesos en esas etapas prematuras, de padecer problemas de salud mental, de vivir en malas condiciones o de incurrir en hábitos perjudiciales para su salud. Tienen también una probabilidad más alta de trabajar en empleos que les resultan poco satisfactorios, que les conceden bajo margen de control sobre el ejercicio de su labor profesional y que les exponen a riesgos físicos y mentales (como accidentes laborales, contaminación, fatiga o estrés). El encadenamiento de todas estas desventajas tiene un impacto duradero en la salud, provocando que las desigualdades en salud se acrecienten con el paso del tiempo.

Durante la edad adulta se repiten prácticamente los mismos efectos de clase social descritos en la juventud. A ellos se suma alguno más. Aparecen, por ejemplo, desigualdades en el riesgo de sufrir alguna enfermedad crónica diagnosticada para las que no se toma medicación y en el riesgo de padecer alguna enfermedad diagnosticada para las que sí que se toman medicamentos. Así, las mujeres de clase V tienen un riesgo de sufrir una enfermedad crónica para la que toma medicación 2,3 veces mayor que las de clase I. Los hombres de clase IVb tienen un riesgo un 31% más alto. Existen desigualdades estadísticamente significativas en la salud de la clase social V y la I en el riesgo de sufrir dolor de espalda (en hombres y mujeres), en el riesgo de tener colesterol elevado, de tener hipertensión o de tener diabetes (los tres casos en mujeres). Un efecto estadístico muy importante es el de la clase social sobre el riesgo de obesidad, sobre todo en mujeres. Las mujeres de clase V tienen un riesgo 4,6 veces más alto que las de clase I de ser obesas, mientras que las de clase IV y IVb lo tienen 3,1 veces más alto. Los problemas de la vivienda y el entorno próximo también tienen un efecto muy destacado sobre la probabilidad de padecer una enfermedad crónica, de que esta haya sido diagnosticada y de que haya sido diagnosticada y se medique.

Junto a las variables socioeconómicas clásicas aparecen otras que cobran importancia en esta etapa de la vida. Hay que destacar los efectos nocivos para la salud que provoca la dedicación exclusiva de las mujeres a la realización de tareas domésticas. A igualdad de otras condiciones, las “amas de casa” declaran más a menudo que tienen problemas de salud que limitan sus actividades habituales, como también tienen un riesgo más alto de padecer obesidad. La razón de probabilidades es un 40% más alta si realizan trabajo doméstico que si trabajan. Un repaso a las enfermedades más comunes revela que tienen una probabilidad más alta de sufrir tensión alta, colesterol elevado y diabetes.

Tabla 5.13. Factores sociales asociados a la morbilidad de las personas adultas (35 a 64 años)

	Variables independientes:							
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmi-gración	Desem-pleado/a	Trabajo doméstico	Soltero/a	Divorciado/a o separado/a	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
Enfermedades crónicas								
No diagnosticada								
Mujer	+(b)				+		+	-
Hombre							+	-
Diagnosticada pero no toma medicación								
Mujer							+	
Hombre	+	-			-		+	-
Diagnosticada para la que toma medicación								
Mujer	+		+		-		+	-
Hombre	+	-			-		+	-
Limitación de la actividad								
Mujer	+	-	+	+	-	+	+	-
Hombre	+	-	+				+	-
Obesidad								
Mujer	+			+	-	-		
Hombre	+							

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V). Un signo positivo indica que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta que las clases más acomodadas de que se produzca el fenómeno descrito.

b) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

5.3.2. Hábitos y conductas en la edad adulta

Buena parte de los hábitos que afectan a la salud que observan las personas en estas edades han sido aprendidos en etapas anteriores. La infancia es un período crucial para la adquisición de unos buenos hábitos de higiene dental, de la misma manera que la adolescencia y juventud también son períodos determinantes en la iniciación del consumo de

tabaco u otras sustancias psicoactivas. Además, es en esas etapas prematuras cuando las personas desarrollan una inclinación a la práctica del ejercicio físico. Eso no significa que esos hábitos (beneficiosos y perjudiciales) acompañen a la persona definitivamente a lo largo de su vida. En los nuevos escenarios de la sociedad postindustrial, las personas están cada vez más dispuestas a intentar reconstruir su identidad personal, revisando elecciones realizadas en el pasado y experimentando nuevas narrativas y estilos de vida en busca de la coherencia personal (Giddens, 1991). En este proceso, un número creciente de individuos se embarcan en nuevos proyectos personales, en que abandonan viejos hábitos y adoptan nuevos (como hacer dieta, hacer ejercicio o dejar de fumar) en pos de una nueva imagen, un mejor estado de forma o simplemente mantener su salud.

Los resultados de nuestros análisis estadísticos acreditan el peso de los determinantes socioeconómicos en los hábitos y comportamientos observados en la edad adulta. Las clases desfavorecidas son menos proclives a mantener hábitos de higiene bucodental (como cepillarse los dientes a diario) y más proclives a fumar (sólo los hombres). Este último hábito entraña graves riesgos para su salud, ya que es una de las causas principales de mortalidad en estas etapas intermedias de la vida. La razón de probabilidades de que un hombre de este grupo de edad sea fumador es dos veces más alta en las clases IVb y V que en la I. Las causas de estas diferencias hay que buscarlas en la iniciación en el hábito y su mantenimiento a lo largo del tiempo. En primer lugar, como pudimos comprobar anteriormente, las personas de las clases más desfavorecidas tienden a ser más proclives a fumar en su juventud por lo que, debido al gran efecto adictivo de la nicotina, se incrementa su probabilidad de arrastrar el hábito a etapas más avanzadas del ciclo vital. En segundo lugar, las personas de las clases desfavorecidas son menos proclives a abandonar el consumo de tabaco. La razón de probabilidades de que un varón de 35 a 64 años que ha fumado antes, haya dejado de fumar es un 75% más baja en la clase V que en la clase I. Una posible razón tiene que ver con los niveles de consumo de tabaco, de los cuales depende el grado de dependencia de la nicotina y la intensidad de los síntomas de abstinencia. Por término medio, un porcentaje ligeramente superior de miembros de las clases desfavorecidas fuman a diario.⁷⁰ Entre estos fumadores asiduos, el número de cigarrillos consumidos es más alto en las clases desfavorecidas.⁷¹ Un segundo factor que incide en la desigual capacidad para dejar el hábito de fumar es la sensibilidad a los mensajes que alertan acerca de las consecuencias del consumo de tabaco. Las clases acomodadas son más proclives a dejar

70. El 86% de los fumadores en la clase I fuman a diario. En la clase VI, VIb y V lo hacen el 91%.

71. Un fumador asiduo de clase V consume, por término medio, 18 cigarrillos, un 21% más que una persona de clase II o un 18% más que uno de clase I (resultados no ajustados).

Fumar está relacionado asimismo con acontecimientos vitales estresantes. Los hombres que no tienen empleo tienden a fumar más. La razón de probabilidades de ser fumador es un 36% mayor en los parados que entre los hombres que tienen un trabajo. Varones y mujeres también fuman más cuando están divorciados o separados que cuando están casados o conviven en pareja.

el consumo como consecuencia de la preocupación por los efectos nocivos del tabaco. Finalmente, un tercer factor nos remite de nuevo a las redes sociales. Si la mayoría de las personas conocidas, amigos y familiares que componen la red social son fumadores, es fácil que el individuo en cuestión continúe fumando, ya que relativizará en mayor medida las consecuencias del hábito tabáquico para su salud.

Tabla 5.14. Principales motivos que llevaron a las personas a dejar de fumar, según clase social (Personas de 35 a 64 años)

Motivos por los que dejó de fumar	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV	Clase IVb	Clase V
Aumentó su grado de preocupación por los efectos nocivos del tabaco	22%	21%	16%	15%	14%	15%
Embarazo	8,5	7,8	6,4	5,1	5,6	3,9
Se lo aconsejó el/la médico	5,1	6,6	6,7	8,8	6,9	7,9
Sentía que disminuía su rendimiento psíquico y/o físico	4,2	6,3	4,4	3,1	3,6	4,4
Sentía molestias por causa del tabaco	14	15	17	21	19	18
Lo decidió sólo, por su propia voluntad	70	62	67	67	69	70
Otros motivos	8,2	12	8	7,5	8,1	8,9

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Fumar está relacionado asimismo con acontecimientos vitales estresantes. Los hombres que no tienen empleo tienden a fumar más. La razón de probabilidades de ser fumador es un 36% mayor en los parados que entre los hombres que tienen un trabajo. Varones y mujeres también fuman más cuando están divorciados o separados que cuando están casados o conviven en pareja. Aunque no se pueden descartar por completo que se produzcan “procesos de selección” (mayor proclividad al desempleo o divorcio entre fumadores), es plausible que las personas que atraviesan momentos difíciles en sus vidas encuentren en el tabaco un alivio a su situación o muestren mayores dificultades para reunir la determinación necesaria

para dejar el hábito.⁷² Según los datos analizados de personas que alguna vez han sido fumadoras (ENSE, 2006), tanto los hombres en situación de desempleo como mujeres y hombres divorciados tienen también una probabilidad más baja de haber dejado el tabaco en algún momento.

La clase social está relacionada con la realización de ejercicio físico. A igualdad de condiciones, las clases más desfavorecidas realizan menos ejercicio físico en su tiempo libre. Entre los hombres, la razón de probabilidades de realizar ejercicio físico es 2,7 veces más baja en la clase V que en la I. Entre las mujeres es 2,1 veces más baja. Uno de los aspectos que llaman más la atención es que las personas desempleadas (hombres y mujeres) y los divorciados realicen más ejercicio físico. Una hipótesis plausible es que las personas que atraviesan situaciones personales adversas o momentos de tránsito en su vida buscan en el ejercicio físico beneficios psicológicos y estéticos, así como oportunidades de sociabilidad para reedificar su identidad personal sobre nuevas bases. Una segunda explicación puede ser que tengan más tiempo libre y quieran ocuparlo con actividades lúdicas.

Como pudo observarse en el análisis de los comportamientos de los jóvenes, la evidencia examinada sugiere que las personas de las clases desfavorecidas son menos proclives al consumo peligroso de bebidas alcohólicas.⁷³ Estar divorciado o separado incrementa ese consumo en los hombres, pero no entre las mujeres. La razón de probabilidades de consumir cantidades peligrosas de alcohol es un 83% mayor en los hombres divorciados o separados que en los que están casados o cohabitan. Esta pauta está relacionada con un modelo cultural de masculinidad respecto a la vivencia del malestar, la tristeza y la depresión. Entre las mujeres, el efecto más importante sobre la probabilidad de consumir alcohol en cantidades peligrosas es la soltería.

Los dos indicadores finales incluidos en el cuadro resumen se refieren a prácticas preventivas de las mujeres: la realización de mamografías y las citologías vaginales. Se trata de pruebas preventivas que, realizadas con una periodicidad adecuada, permiten prevenir el desarrollo de dos de los cánceres más comunes en las mujeres: la neoplasia de mama y el cáncer de cérvix. Los países donde un porcentaje elevado de mujeres se hacen pruebas de detección precoz de estas enfermedades han visto reducidos drásticamente la mortalidad en caso de estar afectadas (OCDE, 2007: 110-114). Los modelos realizados analizan si las mujeres se han hecho estas pruebas alguna vez en su vida. Cabe suponer que la variable es indicativa de predisposiciones

72. En realidad la nicotina es un estimulante. Es cuestionable que tenga las propiedades sedantes que el testimonio de muchos fumadores le atribuye. El principal alivio que ofrece el tabaco a los fumadores tiene un carácter endógeno: calma los síntomas de ansiedad asociados a la abstinencia.

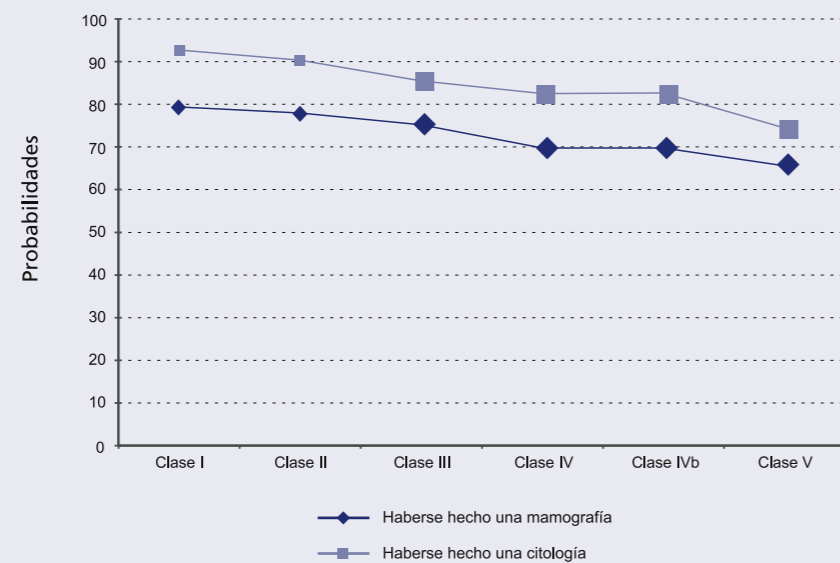
73. La ENSE incluye preguntas sobre la frecuencia y cuantía de consumo de alcohol que permiten obtener un indicador de si la persona entrevistada realiza un consumo peligroso de alcohol. Éste lo definimos como un consumo semanal por encima de 22 unidades de bebida estándar para los hombres y 14 unidades para las mujeres. Estos umbrales de consumo son el valor medio del intervalo que la “Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria” considera como consumo semanal peligroso.

La razón de probabilidades de consumir cantidades peligrosas de alcohol es un 83% mayor en los hombres divorciados o separados que en los que están casados o cohabitan.

individuales a hacérselas (condicionadas por factores sociales), pero también de facilidades y dificultades en el acceso a servicios sanitarios.

Los resultados obtenidos sugieren que existe una estrecha relación entre factores socioeconómicos y la probabilidad de haberse hecho cada una de las pruebas. Las mujeres de clase V tienen una razón de probabilidades 2,1 veces menor que las de clase I de haberse realizado una mamografía alguna vez en su vida. Igualmente, las mujeres en situación de desempleo tienen una razón de probabilidades un 22% más baja de haberse hecho una mamografía. La clase social es también el principal factor predictor de haberse hecho una citología vaginal. Las mujeres de las clases desfavorecidas tienen una probabilidad significativamente más baja de haberse realizado una. En la clase V, la razón de probabilidades es 4,3 veces más baja que en la clase I.

Gráfico 5.9. Probabilidad de haberse hecho una mamografía o una citología según clase social (Mujeres 35 y 64 años)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Un aspecto adicional a destacar es que las mujeres de origen inmigrante son menos proclives a realizarse estas pruebas. La razón de probabilidad de haberse hecho una mamografía es un 96% más baja que la de las mujeres autóctonas, y la de haberse hecho una citología vaginal un 51% menor.

Tabla 5.15. Factores sociales asociados a los hábitos de las personas adultas (35 a 64 años)

	Variables independientes							
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Desempleado/a	Trabajo doméstico	Soltero/a	Divorciado/a o separado/a	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
No cepillarse los dientes a diario								
Mujer	+(b)		-	+		-	-	-
Hombre	+	-	+		+	-		-
Hacer ejercicio físico								
Mujer	-	+	+	+	+		+	+
Hombre	-		+		+	+		
Fumar								
Mujer		-		-	+	+		
Hombre	+	-	+			+		
Consumo peligroso de alcohol								
Mujer	-	-		-	+			
Hombre		-				+		-
Hacerse una mamografía								
Mujer	-	-	-		-			
Hacerse una citología								
Mujer	-	-		-	-		+	

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V). Un signo positivo indica que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta que las clases más acomodadas de que se produzca el fenómeno descrito.

b) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

Los varones desempleados tienen un riesgo de padecer síntomas de malestar severo tres veces mayor que los varones que trabajan. Entre las mujeres, el desempleo tiene un efecto, y éste es significativo, pero bastante menor.

El mayor malestar de los hombres y mujeres en paro se traduce también en un mayor consumo de medicamentos para tratar problemas de ansiedad y depresión. Los hombres desempleados de 35 a 64 años tienden a consumir más tranquilizantes y sobre todo más antidepresivos que los que mantienen su empleo.

5.3.3. Salud mental

Para analizar los determinantes sociales de la salud mental en la vida adulta utilizamos los mismos indicadores que manejamos al estudiarla en la juventud. A estos dos indicadores, incorporamos dos adicionales: (1) si ha consumido tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir en las últimas dos semanas, y (2) si ha consumido antidepresivos o estimulantes. Estos indicadores nos proporcionan un dibujo más detallado del estado de salud mental de las personas adultas, al identificar a las personas que toman acciones terapéuticas para resolver problemas psicológicos que reconocen tener, hayan sido estos diagnosticados o no por un médico. Entre los 35 y los 64 años, un porcentaje considerable de hombres y mujeres consumen tranquilizantes (6,9% y 15% respectivamente) y medicamentos antidepresivos (4,2% y 9,8% respectivamente).

Los resultados obtenidos mediante análisis de regresión apuntan, en líneas generales, en la misma dirección que la evidencia obtenida con jóvenes. Los factores socioeconómicos inciden sobre los síntomas de malestar, de forma más intensa en los varones que en las mujeres. El desempleo tiene un impacto especialmente importante. Los varones desempleados tienen un riesgo de padecer síntomas de malestar severo tres veces mayor que los varones que trabajan. Entre las mujeres, el desempleo tiene un efecto positivo, y éste es significativo, pero bastante menor. La razón de probabilidades de que una mujer desempleada muestre síntomas de malestar psicológico severo es un 40% mayor que la de una mujer que tiene empleo.

El mayor malestar de los hombres y mujeres en paro se traduce también en un mayor consumo de medicamentos para tratar problemas de ansiedad y depresión. Los hombres desempleados de 35 a 64 años tienden a consumir más tranquilizantes y sobre todo más antidepresivos que los que mantienen su empleo. La razón de probabilidades de que un hombre desempleado haya consumido medicamentos antidepresivos en las últimas dos semanas es 2,7 veces mayor que la de que lo haya hecho uno que mantiene su empleo. Entre las mujeres, la razón de probabilidades es un 56% más alta. Tanto entre los hombres como entre las mujeres desempleados es más elevada la probabilidad de haber sufrido una depresión que haya sido diagnosticada. La razón de probabilidades de los hombres desempleados es 2,6 veces más alta y la de las mujeres un 61%.

Otros resultados sugieren que la salud mental de las mujeres es más sensible a circunstancias y vicisitudes que suceden en la esfera doméstica. Las mujeres dedicadas exclusivamente al trabajo doméstico son más proclives a presentar síntomas de

malestar severo, aunque el efecto es modesto. La razón de probabilidades de padecer un problema de malestar severo es un 12% más alta que la de una mujer que también realiza trabajo remunerado. Es algo más alta la diferencia en la razón de probabilidades de haber consumido recientemente tranquilizantes (22% mayor) o antidepresivos (31% mayor). De la misma manera, la razón de probabilidades de sufrir una depresión diagnosticada por un médico es un 35% mayor que la de una mujer con un empleo remunerado.

La ruptura de pareja afecta también más a las mujeres que a los hombres. Los hombres y mujeres divorciados o separados tienen mayor riesgo de presentar síntomas de malestar severo que los que conviven con su pareja. Sin embargo, al analizar la probabilidad de consumir medicamentos o de tener una depresión diagnosticada, sólo se aprecian diferencias por situación de convivencia en el grupo de mujeres. Nuevamente, los hombres parecen más reacios a buscar tratamiento a los problemas de salud mental asociados a avatares familiares. Aparentemente, ante los episodios familiares estresantes, las mujeres son más proclives a optar por el consumo de psicofármacos, mientras que los hombres desarrollan otras estrategias como el consumo de alcohol y tabaco.

Las mujeres dedicadas exclusivamente al trabajo doméstico son más proclives a presentar síntomas de malestar severo, aunque el efecto es modesto.

La evidencia analizada pone de relieve que las personas que tienen a su cargo personas mayores o discapacitadas suelen presentar más síntomas de malestar y una mayor proclividad a consumir medicamentos contra la ansiedad y la depresión.

Tabla 5.16. Factores sociales asociados a la salud mental de las personas adultas (35 a 64 años)

	Variables independientes:										
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Desempleado/a	Trabajo doméstico	Soltero/a	Divorciado/a o separado/a	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo	Horas cuidado menores ^(c)	Horas cuidado mayores ^(c)	Horas cuidado discapacitado ^(c)
Síntomas de malestar severo											
Mujer	+(b)		+	+		+	+	-		+	+
Hombre			+			+	+	-			+
Consumo de tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir											
Mujer	+			+	-	+	+	-			+
Hombre			+		+			-			
Consumo de antidepresivos, estimulantes											
Mujer	+	-	+	+		+	+	-	-		+
Hombre			+					-			
Depresión o trastorno mental diagnosticado por un médico											
Mujer	+	-	+	+	-	+	+	-			
Hombre		-	+		+	+	+	-			

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V). Un signo positivo indica que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta que las clases más acomodadas de que se produzca el fenómeno descrito.

b) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos (p<0,05).

c) Se refiere a menores, personas mayores y discapacitados que viven en el hogar.

La última dimensión relacionada con el ámbito doméstico que afecta la salud mental es el cuidado de personas dependientes. La evidencia analizada pone de relieve que las personas que tienen a su cargo personas mayores o discapacitadas suelen presentar más síntomas de malestar y una mayor proclividad a consumir medicamentos contra la ansiedad y la depresión. La probabilidad de padecer estos problemas de salud mental se incrementa

en función de la dedicación que requieren. Las más afectadas son las mujeres, a cargo de quienes queda todavía habitualmente el cuidado de estas personas. Por el contrario, los análisis efectuados no avalan la hipótesis de que las horas de cuidados a menores tengan un efecto pernicioso sobre la salud mental de quienes los prestan.

Entre los 35 y 64 años, el 39% de las mujeres y el 29% de los hombres declaran que su estado de salud es deficiente.

Las clases trabajadoras tienen peor salud objetiva, y eso se refleja también en su percepción de salud.

Gráfico 5.10. Salud mental, según horas diarias dedicadas al cuidado de personas discapacitadas (Mujeres de 35 a 64 años)

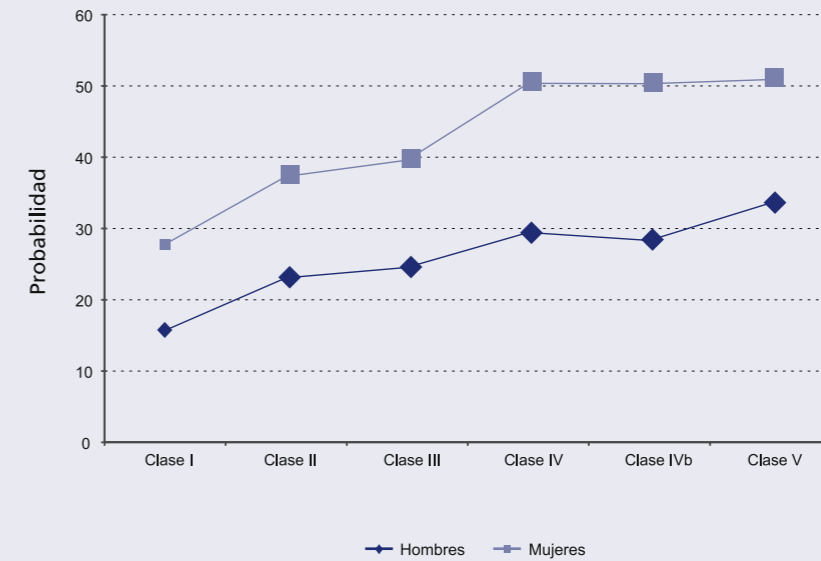


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
 Nota: a) Se trata de la probabilidad de tener síntomas de malestar severo respecto a no presentar esos síntomas.

5.3.4. Percepción subjetiva de la salud en la vida adulta

Entre los 35 y 64 años, el 39% de las mujeres y el 29% de los hombres declaran que su estado de salud es deficiente (regular, malo o muy malo). Como sucedía durante la juventud, algunos grupos sociales emergen como los más vulnerables. Los factores socioeconómicos –clase social, desempleo, problemas de la vivienda y el entorno– son cruciales para explicar las desigualdades. Las clases trabajadoras tienen peor salud objetiva, y eso se refleja también en su percepción de salud. Los hombres de clase V tienen una razón de probabilidades 2,7 veces mayor que los de clase I de declarar que tienen una salud deficiente; mientras que en el caso de las mujeres, las de clase V la tienen 2,8 veces mayor. El desempleo es otro determinante de las desigualdades en el estado de salud percibida. Los hombres en situación de desempleo tienen un riesgo de un 55% mayor que los que trabajan de declarar que su salud percibida es deficiente, mientras que el riesgo de las mujeres desempleadas es un 48% mayor.

Gráfico 5.11. Probabilidad de tener un estado de salud subjetiva deficiente, según clase social y sexo (Personas de 35 a 64 años)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
 Nota: Todos los valores son significativos en relación a la clase social I. La clase I es la categoría de referencia.

Por último, las personas que viven en viviendas y entornos urbanos en malas condiciones también tienen más probabilidades de percibir su salud como deficiente.

Sin embargo, para explicar las variaciones en la percepción subjetiva de la salud no bastan los factores socioeconómicos clásicos. La desigualdad en salud presenta otros ejes relevantes. Las dinámicas familiares son responsables de algunas diferencias importantes en el estado de salud subjetivo. Los mayores efectos se producen en las mujeres: las solteras sin pareja tienen una razón de probabilidades un 30% más baja de declarar que su estado de salud subjetivo es deficiente que las casadas o las que cohabitan con su pareja. En la misma línea, las mujeres que se dedican exclusivamente a tareas domésticas tienen una razón de probabilidades un 35% más alta de presentar un estado de salud subjetivo deficiente que las que realizan un trabajo remunerado. Las responsabilidades familiares y el trabajo doméstico pueden vivirse como una losa pesada, que genera síntomas de malestar, acentuando con ello las percepciones negativas de la propia salud.

Los hombres padecen más intensamente la experiencia del desempleo, sobre todo en las edades intermedias de la vida.

El consumo de tabaco es más común en situaciones vitales estresantes, como el desempleo (sólo los hombres) o tras un divorcio (en ambos sexos).

5.3.5. La salud en la edad adulta: factores de riesgo y de protección

La edad adulta es una etapa de la vida de las personas en que se acentúan las desigualdades en salud en diversas dimensiones. El efecto continuado y acumulativo de factores sociales adversos provoca en estos años un deterioro de la salud, que se expresa en la mayor prevalencia de enfermedades crónicas de todo tipo y problemas de salud mental en grupos económicamente vulnerables. Son estos años en los que el desempleo puede tener efectos devastadores para la salud, especialmente en los hombres. El desempleo es en general una experiencia negativa, independientemente de las características sociodemográficas de la persona que lo sufre. Sin embargo, la evidencia examinada sugiere que existe un impacto diferencial por género y edad: los hombres padecen más intensamente la experiencia del desempleo, sobre todo en las edades intermedias de la vida. Es en esta etapa de la biografía personal donde tienen una mayor identificación con la actividad laboral —que ha absorbido ya una parte importante de sus trayectorias vitales— donde la pérdida de trabajo lleva aparejadas más incertidumbres laborales futuras, y donde se soportan, simultáneamente, mayores responsabilidades familiares (Álvaro y Garrido Luque, 2006: 13). Eso no quiere decir que la salud de las mujeres sea insensible a la pérdida de empleo: tiene consecuencias sobre su salud psicológica, presumiblemente mayores entre los grupos para los que el empleo representa una oportunidad de alcanzar una posición más igualitaria respecto a los hombres.⁷⁴

Un segundo aspecto destacable de los análisis presentados es la importancia que adquieren ciertos hábitos para la salud en estas edades. Entre todos ellos, cabe destacar el consumo de tabaco. Existe abundante evidencia que relaciona el consumo de tabaco con el desarrollo de al menos cincuenta trastornos distintos, y en particular las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y diversos problemas respiratorios (*US Department of Health and Human Services*, 1989 y 2004). Aunque el número absoluto más alto de muertes por enfermedades atribuibles al tabaquismo se produce a partir de los 65 años, el peso relativo de la mortalidad por tabaco es bastante mayor durante las edades intermedias. En un artículo reciente que realiza un metanálisis de 41 estudios internacionales se estima que entre el 40% y 60% de las muertes entre 35 y 64 años en países desarrollados son atribuibles al consumo de tabaco (Oliveira, Valente y Leite, 2008: 8). Estas cifras convierten al tabaco en un objeto de atención sanitaria preferente.

La evidencia presentada aquí demuestra que el consumo de tabaco es más común en los hombres de las clases desfavorecidas. Los análisis efectuados sugieren que esta pauta se relaciona, fundamentalmente, con mayores dificultades para interrumpir el hábito.

74. Los resultados de análisis no presentados sugieren que las mujeres con estudios universitarios experimentan más intensamente los efectos del desempleo sobre su salud mental.

Los hombres de clases desfavorecidas consumen más cigarrillos al día (lo que eleva su dependencia de la nicotina) y son más impermeables a los mensajes que alertan sobre su peligrosidad. Las condiciones en que se desarrolla su vida, condicionada muchas veces por los avatares de la precariedad económica y laboral, son las menos propicias para soportar además el malestar añadido que conlleva la abstinencia del tabaco. Los datos analizados sugieren también que el consumo de tabaco es más común en situaciones vitales estresantes, como el desempleo (sólo los hombres) o tras un divorcio (en ambos sexos).

En tercer lugar, hay que destacar la influencia de las dinámicas domésticas y familiares sobre la salud femenina. Las mujeres que se dedican exclusivamente a labores domésticas presentan peor estado de salud (sobre todo mental) que las que trabajan. Detrás de ello, encontramos dos tipos de factores. Por un lado, están los beneficios que procura tener empleo que, en línea de lo relacionado anteriormente, pueden tener un carácter “manifiesto” (una remuneración salarial o un cargo) o “latente” (estructuración temporal de las actividades diarias, mayores oportunidades de entablar vínculos con otras personas o mayor confianza en las capacidades personales de uno mismo). Estos beneficios tienen implicaciones en la esfera doméstica. Hay abundante investigación que pone de relieve que en los hogares donde los dos miembros de la pareja realizan contribuciones económicas a la economía doméstica, los hombres tienden a corresponsabilizarse más en la realización de tareas domésticas, y los roles son más igualitarios. Cuanto más bajos son los ingresos de las mujeres, menor es la dedicación de los varones a las tareas domésticas (Ross, 1987, y Brines, 1992).

Por otro lado, están los perjuicios para la salud que comporta dedicarse en exclusiva al trabajo doméstico. Para la mayoría de las personas en esa situación, el trabajo doméstico se convierte en monótono y rutinario, amén de abocar a la persona que lo realiza a un relativo aislamiento. En nuestra sociedad, el trabajo doméstico recibe reconocimiento escaso; quizás por ello, la mayoría de las mujeres que lo realizan participarían en el mercado de trabajo formal si no tuvieran responsabilidades que se lo impidieran o pudieran encontrar un trabajo que se ajustase a sus capacidades y disponibilidades. Los datos de las encuestas realizadas en los últimos años en España sugieren, sin lugar a dudas, que la dedicación exclusiva a las tareas domésticas está perdiendo entre las generaciones más jóvenes el prestigio y reconocimiento social que alguna vez pudo tener, y que cada vez menos mujeres lo encuentran como una alternativa tan gratificante como la realización de un trabajo profesional. En este contexto adquieren toda su significación las evidencias presentadas sobre la salud mental de las mujeres que desarrollan labores domésticas en el tramo de 35 a 64 años.

El divorcio es un segundo aspecto de las dinámicas familiares que tiene incidencia sobre la salud. Las personas que están divorciadas o separadas tienden a presentar peor salud

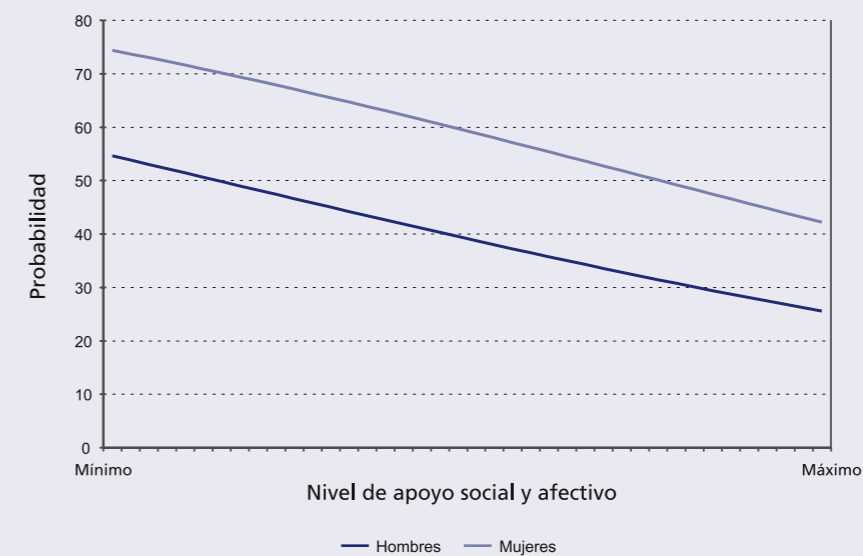
mental y a incurrir en hábitos perjudiciales, como consumir tabaco y cantidades excesivas de alcohol. El efecto negativo del divorcio o separación suele ser mayor en las mujeres que en los hombres. Comenzar una nueva vida después de una ruptura plantea importantes desafíos y los daños psicológicos que se asocian son muchas veces lo primero de una larga cadena de “efectos estresantes” desencadenados por estos procesos. Se han descrito diversos acontecimientos estresantes “secundarios” ligados al divorcio que afectan negativamente al bienestar de los individuos afectados. Por ejemplo, el divorcio conlleva normalmente una disminución del nivel de vida personal del miembro de la pareja económicamente más débil (normalmente la mujer). Según algunas estimaciones realizadas en Estados Unidos con datos longitudinales, el nivel de vida de las mujeres un año después del divorcio se reduce en un 27% respecto al año anterior al divorcio (Peterson, 1996).⁷⁵ En España no disponemos de datos longitudinales para realizar esta valoración, pero sabemos que los hogares encabezados por una mujer divorciada presentan un riesgo significativamente alto de pobreza, sobre todo cuando tiene hijos a su cargo. La evidencia existente también indica que la ruptura de la pareja muchas veces no pone fin a las disputas. Cuando existen hijos comunes, la custodia, el impago de las pensiones de manutención, los atrasos en los pagos, el régimen de vistas, la educación de los hijos, etc. se convierten muchas veces en una fuente inagotable de tensión y conflicto, que arrastran a los progenitores a situaciones de considerable estrés, que pueden prolongarse a lo largo del tiempo (Fustenberg y Cherlin, 1991; y Marí-Klose, Gómez-Granell, Brullet y Escapa, 2008). Además, la ruptura de pareja ocasiona, a veces, la disolución de otros vínculos –amigos comunes de la pareja, familiares de la ex pareja– y la disgregación de redes de apoyo, que podrían haber ayudado a amortiguar los daños psicológicos que acarrea el divorcio.

En este sentido, el último aspecto que quisiéramos destacar de nuevo es el papel del apoyo social y afectivo. El estado de salud de las personas depende, en buena medida, de que cuenten con amigos y familiares que se preocupen por ellas; que puedan hablar con ellos sobre sus problemas; que reciban afecto, consejos y ayuda, y que estén integradas en redes de ocio. La integración y cohesión social previenen el desarrollo de enfermedades y contribuyen a la recuperación. Las personas que nos profesan afecto incrementan nuestra autoestima, nos hacen sentir reconocidos y valorados. La falta de estos referentes aumenta nuestras dudas y ansiedades. Abundante investigación ha puesto de manifiesto que estos procesos sociales desencadenan respuestas fisiológicas que tienen efectos sobre la salud: reducen o incrementan los niveles basales de cortisol, la presión sanguínea, etc. (Wilkinson,

75. El indicador de nivel de vida se basa en la renta del hogar, ajustada por determinadas características de éste (número de miembros, edad del hijo mayor, etc.).

2006). Por otra parte, carecer de redes de apoyo incrementa la vulnerabilidad a acontecimientos vitales estresantes, como el desempleo, el divorcio, la muerte de un ser querido, etc. La integración en redes sociales contribuye a amortiguar el efecto que provocan estas situaciones, refuerzan sensaciones de seguridad y confianza y proporcionan vías para reparar los daños producidos (financieros, de estatus, psicológicos, entre otros).

Gráfico 5.12. Probabilidad de tener una percepción de salud deficiente según grado de apoyo social y afectivo (Personas de 35 a 64 años)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

5.4. Desigualdades de salud en las personas mayores

El aumento de la longevidad y la caída de las tasas de fecundidad sitúa las sociedades desarrolladas en un contexto de envejecimiento: las personas mayores constituyen un porcentaje creciente de la población total de las sociedades desarrolladas. Este es el origen de muchas preocupaciones políticas, debido al aumento de las tasas de dependencia y de la demanda de servicios sanitarios y sociales para hacer frente a necesidades crecientes de personas enfermas y dependientes. En el caso de España, el proceso de envejecimiento sólo acaba de comenzar: las personas de 65 y más años representaban en 1971 el 9,7% de

la población; treinta años después, este porcentaje se ha elevado al 16,8% y se pronostica que en el 2050 representarán aproximadamente el doble. Actualmente, las personas que llegan al umbral de los 65 años tienen, por término medio, alrededor de 20 años de vida por delante.

La salud de las personas mayores suele ser peor que la de otros grupos y el uso que hacen de los recursos sanitarios es más intenso. La prevalencia de algunas enfermedades crónicas y problemas de salud de larga duración aumenta considerablemente respecto a la edad adulta. A partir de los 65 años más de la mitad de las mujeres y dos de cada cinco hombres tienen hipertensión arterial. Dos de cada tres mujeres y dos de cada cinco hombres tienen artritis, artrosis o reumatismo. La diabetes se extiende considerablemente en las mujeres, hasta llegar a afectar a una de cada cinco de 75 años o más. Los problemas de cataratas pasan de afectar al 4,2% de varones y 6% de mujeres de 55 a 64 años a hacerlo al 20% de varones y 29% de mujeres de 75 y más años. La prevalencia de la incontinencia urinaria o de enfermedades del corazón en hombres y mujeres se multiplica por tres. Entre los hombres también se triplica la prevalencia de problemas de la próstata.

Tabla 5.17. Enfermedades crónicas o de larga duración en la población de 65 y más años

Enfermedades crónicas	Hombres		Mujeres	
	65-74 años	75 y más años	65-74 años	75 y más años
Hipertensión arterial	40%	43%	52%	55%
Artrosis, artritis o reumatismo	36	41	65	69
Colesterol elevado	28	18	33	25
Problemas de próstata	21	31		
Dolor de espalda crónico (cervical)	20	20	42	37
Dolor de espalda crónico (lumbar)	20	22	40	39
Diabetes	19	17	15	19
Varices en piernas	14	14	38	33
Cataratas	12	20	19	29
Otras enfermedades del corazón	11	18	11	18
Bronquitis crónica	11	17	6,2	8,3
Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales	10	11	28	28

Tabla 5.17. Enfermedades crónicas o de larga duración en la población de 65 y más años (continuación)

Enfermedades crónicas	Hombres		Mujeres	
	65-74 años	75 y más años	65-74 años	75 y más años
Hemorroides	10	9,1	14	13
Problemas crónicos de piel	8,8	9,7	7,5	7,5
Incontinencia urinaria	8,2	16	12	20
Migraña o dolor de cabeza frecuente	7,8	6,8	17	15
Estreñimiento crónico	6,5	14	15	20
Alergia crónica	6,1	6,6	10	9,4
Asma	5,6	9,0	6,5	7,0
Úlcera de estómago o duodeno	5,4	5,9	6,0	6,1
Tumores malignos	3,7	3,5	3,0	1,6
Osteoporosis	3,5	4,9	24	22
Infarto de miocardio	3,2	6,2	1,8	2,7
Embolia	2,1	3,1	1,2	2,8
Anemia	1,8	4,9	5,4	9,1
Problemas de tiroides	1,1	1,5	7,4	6,7
Problemas de período menopáusico			2,4	0,5

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Una lectura precipitada de estos datos podría arrastrar a conclusiones equivocadas sobre el estado de salud de las personas mayores. Son diversos los autores que oponen el concepto de “envejecimiento exitoso” a estereotipos sombríos que enfatizan el declive físico que se produce en la tercera edad. Desde este punto de vista, un número creciente de personas supera el umbral de los 65 años con sus facultades físicas y cognitivas en buen estado, sin enfermedades graves que pongan en riesgo su vida, y manteniendo niveles altos de implicación en actividades públicas. La transición a la “tercera edad” acarrea, para muchas personas, el cese o la reducción de responsabilidades profesionales y familiares y un incremento de la capacidad de control sobre su tiempo. La “jubilación” y la emancipación de los hijos abren muchas veces espacios

de libertad inusitados para personas que se encuentran en pleno uso de sus facultades físicas y mentales. Las personas mayores se convierten en el objetivo de publicistas de una industria creada para llenar y dar sentido a su tiempo libre. El sector inmobiliario intenta incitarlos a adquirir segundas viviendas en lugares cálidos y agradables (Arizona o Florida en Estados Unidos o la costa mediterránea en Europa), atraerlos a complejos residenciales donde podrán vivir una segunda juventud, practicando deporte (como el golf o el tenis), cuidando su cuerpo (en centros de estética, spas, etc.) o relajarse lejos de las presiones y preocupaciones cotidianas que habían vivido en el pasado. La industria del ocio los invita a irse de vacaciones, ya sea en lujosos cruceros (a los sectores más acomodados) o en viajes colectivos subvencionados. Las universidades se afanan en atraer a los que perseveran en el deseo de conocer. Hasta los sexólogos recuerdan que el placer no conoce límites de edad.

Según datos de la “Encuesta de condiciones de vida de la población anciana” (Estudio 2.647 del CIS, 2007), la mayoría de españoles mayores de 65 años viven una vida bastante diferente de la que transmiten las imágenes sociales más negativas. El 86% vive en su domicilio habitual, acompañado de su cónyuge o de otras personas. La gran mayoría son capaces de desarrollar las actividades de la vida cotidiana sin ayuda de otras personas. Más del 90% de las personas comen, se visten, se asean y se arreglan, andan por casa, se levantan y acuestan, o se bañan o duchan sin necesidad de recurrir a nadie. Más del 80% no necesitan acompañamiento para salir y desplazarse por la calle, o para ir al médico. Las situaciones de dependencia se concentran más allá de los 85 años (entre los “viejos-viejos”). Sólo a partir de estas edades avanzadas proliferan las demandas de ayuda para realizar actividades básicas. El 19% necesita ayuda para vestirse y desvestirse y el 8,1% no es capaz de hacerlo de ninguna manera, el 18% necesita ayuda para asearse y arreglarse, y el 10% es incapaz de hacerlo, el 14% necesita ayuda para acostarse y levantarse y el 7% no es capaz de hacerlo, el 34% necesita que le ayuden a bañarse o ducharse y el 14% es incapaz de hacerlo de ninguna manera. Es también, a partir de los 85 años, cuando aumenta sensiblemente el número de personas que necesitan ayuda para salir de casa o ir al médico. El 26% declaran que necesitan ayuda para salir o desplazarse en la calle y el 18% que ya no pueden hacerlo. El 40% necesitan ayuda para ir al médico y un 19% manifiesta que no es capaz de hacerlo de ninguna manera.

Los resultados del Estudio 2.647 del CIS contradicen asimismo la percepción de que las personas mayores suelen sentirse “tristes” y “solos”. Preguntados acerca de cómo se han sentido en las últimas semanas, dos de cada tres personas mayores

responden que “bien, contentas”. Dos de cada tres personas mayores de 65 años declaran también que, durante un día cualquiera, pasan la mayor parte del tiempo en compañía de familiares (56%) o amigos (7,5%). El 35% pasa la mayor parte del tiempo solo, pero eso no quiere decir necesariamente que no posea vínculos con otras personas, ya que la mayoría mantienen contacto asiduo con familiares, amigos o vecinos. Los datos disponibles sugieren que la población anciana rara vez se ve abocada al aislamiento, la falta de compañía o de oportunidades de ocio. Más de tres de cada cuatro ancianos que tienen hijos residen en el mismo municipio que alguno de ellos (Meil, 2000: 16). Cuando los hijos/as viven en la misma localidad, las relaciones intergeneracionales son frecuentes. Cuando no es así, tienden a mantener una intensa comunicación telefónica y las visitas son frecuentes. Todos estos vínculos configuran un modelo de “intimidad a distancia”, del que la mayoría de personas mayores dice estar muy o bastante satisfecha (IMSERSO, 2002: 64-70). Gran parte de las personas mayores declara, además, que se ve varias veces a la semana con vecinos, amigos o compañeros de club o asociación. Más del 80% de las personas ancianas declaran que pueden contar con alguien si necesitan pequeñas ayudas económicas o se sienten deprimidos (“Eurobarómetro 56.1”, 2001). Solamente un porcentaje reducido dice sentirse solo con frecuencia. La evidencia sugiere que la soledad está más relacionada con la viudedad (fundamentalmente de las mujeres) que con la ancianidad. Fuera de esta eventualidad, no existen diferencias apreciables entre los sentimientos de soledad que expresan los ancianos y otros grupos de edad (P. Marí-Klose y M. Marí-Klose, 2006).

Es evidente que no todas las personas llegan al umbral de la tercera edad con las mismas oportunidades para vivirla de forma “exitosa”. Son muchos los factores de desigualdad que impiden a algunos grupos disfrutar ni siquiera de la posibilidad de intentarlo. El principal de ellos es el impacto diferencial de la mortalidad en diferentes grupos sociales. No hay peor forma de exclusión social que la muerte prematura. El 17,2% de los varones y el 9,4% de las mujeres han fallecido antes de esa edad. A partir de estudios realizados en otros países sabemos, además, que un porcentaje más alto de miembros de las clases desfavorecidas fallecen antes de llegar a esa edad, y una vez allí viven menos años y en peores condiciones. Los datos disponibles en España no nos permiten analizar las desigualdades en mortalidad por clase social, categoría socioprofesional o nivel educativo, pero sí las condiciones de bienestar físico y emocional de las personas que sobreviven. A este propósito dedicamos las siguientes secciones, a sabiendas de que estudiamos una población “cribada”.

No hay peor forma de exclusión social que la muerte prematura. El 17,2% de los varones y el 9,4% de las mujeres han fallecido antes de los 65 años.

Las mujeres de clase V tienden a padecer también más problemas de salud que limitan sus actividades habituales y presentan una probabilidad más alta de ser obesas.

La clase social tiene un impacto significativo sobre las situaciones de dependencia funcional para cuidado personal. Los hombres y mujeres de las clases desfavorecidas se encuentran más a menudo en situaciones de dependencia en que requieren el cuidado de otras personas.

5.4.1. Morbilidad de las personas mayores

Las enfermedades crónicas son prácticamente consustanciales a la tercera edad. El 91% de los hombres de 65 y más años declaran que tienen al menos una enfermedad crónica; el 88% de ellos dicen que ha sido diagnosticada y el 84% toman medicación para tratarla. Entre las mujeres los porcentajes son incluso mayores: el 96% manifiesta que padece al menos una enfermedad crónica, el 95% declara que esta enfermedad ha sido diagnosticada y el 92% toma medicación. La escasa variabilidad de situaciones limita las posibilidades de análisis de los determinantes sociales de esta variable. Los procesos de envejecimiento biológico abocan prácticamente a todo el mundo a algún tipo de trastorno u otro.

Aun así, entre las mujeres se observan diferencias estadísticamente significativas entre clases sociales en la probabilidad de tener una enfermedad diagnosticada para la que se toma medicación. Las mujeres de clase V tienden a padecer también más problemas de salud que limitan sus actividades habituales y presentan una probabilidad más alta de ser obesas. En los hombres no se advierte el impacto diferencial de clase social, quizás porque los de clases desfavorecidas tienen tasas de mortalidad más altas y, están “infrarrepresentados” en la muestra. Existe, asimismo, un impacto consistente de las condiciones de la vivienda y el entorno próximo sobre los problemas de salud en ambos sexos.

Llama la atención que, a igualdad de condiciones, las mujeres solteras presentan mejor salud. A ello contribuye probablemente su menor nivel de responsabilidades domésticas y familiares. Un porcentaje considerable de mujeres de edad avanzada prestan asistencia a parientes dentro de las redes familiares, lo que a veces entraña considerables costes personales (Meil, 2000). Muchas veces esos parientes conviven con ellas: son parejas de mayor edad y que se encuentran en peor estado de salud.

Las situaciones de dependencia merecen una atención específica en estas edades. Éstas se incrementan vertiginosamente a partir de los 75 años. Para analizar los determinantes sociales de la dependencia se ha utilizado una variable creada por el equipo de la ENSE 2006, que considera que una persona tiene “dependencia funcional para el cuidado personal” si necesita ayuda o no puede realizar de ninguna manera al menos una de las siguientes actividades: “tomar sus medicinas”, “comer”, “vestirse, desnudarse y elegir la ropa que debe ponerse”, “peinarse o afeitarse”, “cortarse las uñas de los pies”, “lavarse la cara y el cuerpo de la cintura para arriba”, “ ducharse o bañarse” o “quedarse solo durante toda la noche”. La variable creada tiene una naturaleza dicotómica. Los análisis realizados utilizan modelos de regresión logística.

La evidencia obtenida en estos análisis indica que la clase social tiene un impacto significativo sobre las situaciones de dependencia funcional para cuidado personal. Los

hombres y mujeres de las clases desfavorecidas se encuentran más a menudo en situaciones de dependencia en que requieren el cuidado de otras personas. Este hecho tiene implicaciones importantes para su bienestar personal, pero también el de las personas que conviven con ellas o el de aquellas que, residiendo en otro hogar, acuden al hogar del dependiente a prestar servicios. Abundante investigación empírica confirma que son las mujeres las principales proveedoras de esta ayuda.

Gráfico 5.13. Probabilidad de tener dependencia funcional para el cuidado personal, según clase social y sexo (Personas de 65 y más años)



Fuente: Elaboración CIIMU, a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
Nota: Los puntos correspondientes a los valores de cada clase social que tienen un tamaño mayor indican que las diferencias son significativas con la clase I.

Tabla 5.18. Factores sociales asociados a la morbilidad de las personas mayores (65 y más años)

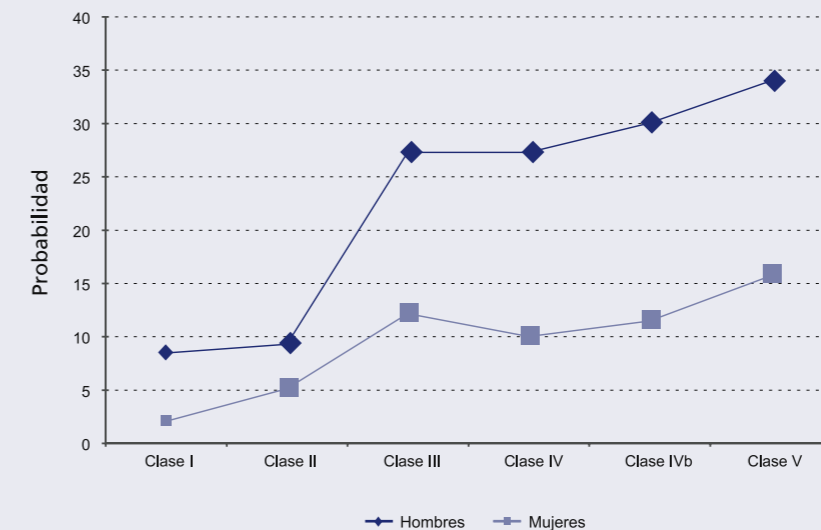
	Variables independientes						
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Soltero/a	Divorciado/a o separado/a	Viudo/a	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
Enfermedades crónicas							
No diagnosticada ^(b)							
Mujer							
Hombre							-
Diagnosticada pero no toma medicación							
Mujer						+	-
Hombre				+		+	
Diagnosticada para la que toma medicación							
Mujer	+ ^(c)		-			+	-
Hombre		-		-		+	
Limitación de la actividad							
Mujer			-			+	-
Hombre	+					+	-
Obesidad							
Mujer	+		-				
Hombre							
Dependencia funcional para el cuidado personal							
Mujer	+		-			+	
Hombre	+						-

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
 Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V). Un signo positivo indica que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta que las clases más acomodadas de que se produzca el fenómeno descrito.
 b) No hay casos suficientes
 c) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

5.4.2. Hábitos y comportamientos de las personas mayores

El envejecimiento es un proceso universal, de carácter eminentemente biológico. En cambio, el modo en que envejecen las personas no está determinado genéticamente, sino por estilos de vida que adoptan las personas. Ahora bien, adoptar un estilo de vida u otro no obedece simplemente a la voluntad individual de la persona. La investigación sociológica y epidemiológica pone de manifiesto que a lo largo de la vida adoptamos comportamientos en relación con la salud condicionados por la posición social, la capacidad financiera, las redes sociales y valores y actitudes en que hemos sido socializados. Estos últimos cobran importancia en etapas avanzadas de la trayectoria vital de las personas, donde se arrastran hábitos que han sido muchas veces iniciados en etapas anteriores de la vida. Reflejan procesos de socialización generacional en determinados momentos de la historia, en que ciertas prácticas preventivas, por ejemplo, no estaban tan generalizadas como en la actualidad. Un buen ejemplo de ello es la higiene bucodental. Un 27% de varones de 65 años o más y un 13% de las mujeres no se cepillan los dientes a diario. Es presumible que no lo hayan hecho en momentos anteriores de la vida. Los modelos de análisis multivariable realizados revelan claramente que, a igualdad de otras condiciones, la socialización en la higiene bucodental es mucho menos común en las clases trabajadoras.

Gráfico 5.14. Probabilidad de no cepillarse los dientes a diario, según sexo y clase social (Personas de 65 y más años)



Fuente: Elaboración CIIMU, a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
 Nota: Todos los valores son significativos en relación a la clase social I. La clase I es la categoría de referencia.

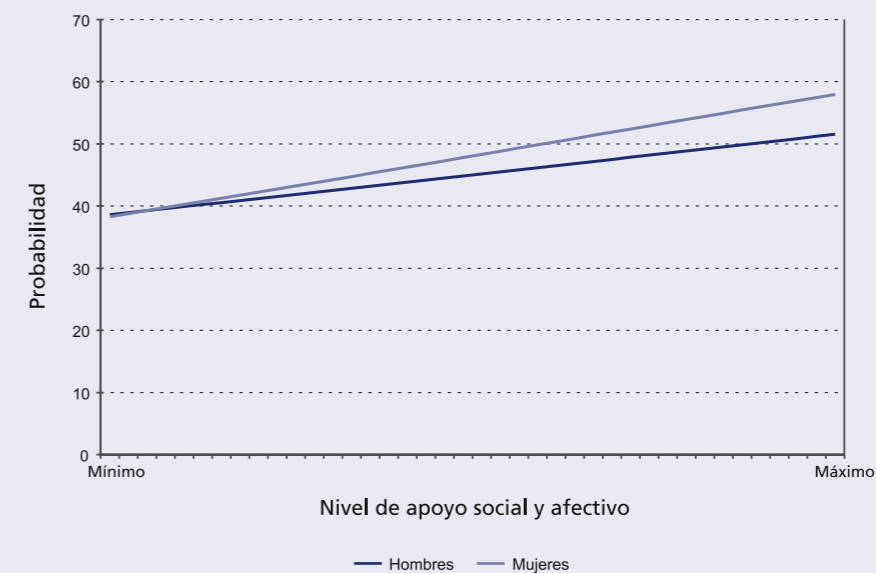
El consumo de tabaco refleja pautas de socialización por género. Un porcentaje muy pequeño de mujeres fuman a estas edades avanzadas del ciclo vital (2,5%). Son igualmente pocas las que no fuman ahora pero lo hicieron en el pasado (3,7%). Durante mucho tiempo fumar fue un hábito fundamentalmente masculino. Las pocas mujeres que fuman en la actualidad fueron pioneras en el hábito en nuestro país y provenían de las clases acomodadas. Ello explica que, a igualdad de condiciones, existan diferencias muy importantes entre las distintas clases sociales en la probabilidad que las mujeres fumen sobrepasado el umbral de los 65 años. Así, la razón de probabilidades de una mujer que pertenece a la clase I fume es 5,4 veces mayor que lo haga una de clase V. El consumo de tabaco en las mujeres está también relacionado con el divorcio. Probablemente ello se deba a la existencia de una variable latente (que identifica un determinado perfil cultural femenino) no capturada en el modelo, que correlaciona simultáneamente con haberse divorciado y fumar.

El 16% de los hombres de 65 años o más siguen fumando. A estas alturas, son muchos los hombres que habiendo fumado en el pasado, ya no lo hacen. El 51% de los hombres de 65 y más años son ex fumadores. A diferencia de lo que sucede en etapas anteriores del ciclo vital, el consumo de tabaco en los hombres en la tercera edad no está relacionado con la clase social. A ello contribuyen diversos factores. En primer lugar, durante mucho tiempo, el hábito tabáquico ha estado generalizado entre diferentes clases sociales y no sólo entre las más desfavorecidas. En segundo lugar, a estas edades, es probable que un gran número de antiguos fumadores de clases desfavorecidas quizás hayan tenido que dejar de fumar por motivos de salud o por prescripción médica. Finalmente, es posible que el impacto diferencial de la mortalidad atribuible al tabaco haya suprimido las diferencias de clase observables en etapas anteriores del ciclo vital.

La realización de ejercicio físico procura múltiples beneficios para la salud en la tercera edad. Favorece el mantenimiento de las funciones motoras, fortalece los huesos y previene la aparición de artritis o enfermedades reumatoideas. La actividad física fortalece también el sistema circulatorio, ayuda a reducir el colesterol, previene la obesidad y atenúa el riesgo de desarrollar enfermedades como la diabetes. Se han descrito también múltiples beneficios psicológicos y sociales que procura el ejercicio en la tercera edad. Favorece el mantenimiento de una vida activa y, con ello, contribuye a preservar la autoestima de las personas mayores, les permite tener relaciones sociales, amistades e interactuar con personas de diferentes edades, y en definitiva promueve su empoderamiento.

Los resultados de nuestros análisis ponen de manifiesto que, tanto en mujeres como en hombres, la realización de ejercicio en la tercera edad se concentra en las clases acomodadas. Los hombres de la clase IVb tienen una razón de probabilidades dos veces menor que los de clase I y la clase V la tiene un 95% más baja. Entre las mujeres, las diferencias son parecidas. Un factor estrechamente relacionado con la realización de actividad física es el grado de integración social. Las personas que presentan valores más altos en el índice de apoyo social y afectivo tienen una probabilidad más alta de realizar ejercicio físico.⁷⁶

Gráfico 5.15. Probabilidad de hacer ejercicio físico, según nivel de apoyo social y afectivo (Personas de 65 y más años)



Fuente: Elaboración CIIMU, a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

76. La causalidad puede operar en ambas direcciones. Es probable que las personas que viven rodeadas de personas que les procuran afecto, ayuda y consejos reciban también más estímulos para cuidar su salud a través de una actividad beneficiosa como el ejercicio físico. Pero también los es que la participación de la persona mayor en actividades físicas contribuya a reforzar las redes sociales que le ofrecen el apoyo social y afectivo.

Tabla 5.19. Factores sociales asociados a los hábitos de las personas mayores (65 y más años)

	Variables independientes						
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Soltero/a	Divorciado/a o separado/a solo/a	Viudo/a solo/a	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo
No cepillarse los dientes a diario							
Mujer	+ ^(a)					-	-
Hombre	+		+				-
Hacer ejercicio físico							
Mujer	-						+
Hombre	-						+
Fumar							
Mujer	-	+		+			
Hombre					+		-
Consumo peligroso de alcohol							
Mujer					-		
Hombre			+		+		
No vacunarse contra la gripe							
Mujer			+		+		
Hombre			+	+			

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V). Un signo positivo indica que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta que las clases más acomodadas de que se produzca el fenómeno descrito.

b) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

5.4.3. Salud mental en personas mayores

En la tercera edad se concentran muchos trastornos neurodegenerativos, como las demencias seniles o la enfermedad de Parkinson. Según cálculos de un trabajo comparativo de Andlin-Sobocki *et al.* (2005) más de 500.000 personas mayores de 65 años padecen algún tipo de demencia. Eso equivale a aproximadamente el 7% de la población de estas edades. Si le sumamos los casos de Parkinson (150.000 en el conjunto de la población) y otras enfermedades neurodegenerativas menos comunes (como la esclerosis múltiple) nuestra estimación de prevalencia se acerca al 10% de la población de estas edades. Desafortunadamente, no se dispone de información específica para analizar la vida de estos enfermos. Buena parte de ellos no se encuentran en condiciones de ser entrevistados en las encuestas convencionales. Por otra parte, se trata de trastornos desencadenados por procesos biológicos, en que los factores sociales juegan un papel menor. Nuestro análisis está centrado en determinantes de enfermedades que tienen causas eminentemente sociales. Por ello, en esta sección nos ocupamos de trastornos mentales más comunes.

Los análisis realizados sugieren que en estas etapas de la vida los factores socioeconómicos pierden la importancia que tuvieron en períodos anteriores para explicar la probabilidad de sufrir malestares y trastornos depresivos, y cobran relieve circunstancias personales y acontecimientos estresantes en la vida de las personas. En el cuadro resumen aparecen tres factores que empeoran la salud mental. Un primer determinante son las condiciones de la vivienda y el entorno próximo. El indicador utilizado tiene, al igual que sucede en la edad adulta, una influencia positiva y estadísticamente significativa sobre las dimensiones analizadas. Un segundo determinante importante de salud mental en la tercera edad es estar viudo (y no vivir con una nueva pareja). Hombres y mujeres mayores de 65 años tienen una probabilidad más alta de sufrir síntomas de malestar severo y de consumir tranquilizantes, relajantes y pastillas para dormir cuando son viudos, aunque sólo las mujeres viudas presentan también una probabilidad más alta de haber sido diagnosticadas con una depresión o un trastorno mental. El tercer determinante de malestar, que afecta fundamentalmente a las mujeres, son las horas de cuidado que dedican a otras personas que viven en el hogar, especialmente cuando se trata de discapacitados. Sólo un 3,1% de las mujeres de estas edades declaran que cuidan un discapacitado en su hogar. Sin embargo, cuando lo hacen, su salud se resiente, más cuanto más intensa es la dedicación.

Tabla 5.20. Factores sociales asociados a salud mental de las personas mayores (65 y más años)

	Variables independientes								
	Clase social desfavorecida ^(a)	Inmigración	Soltero/a	Divorciado/a o separado/a	Viudo/a	Problemas de la vivienda y entorno próximo	Índice de apoyo social y afectivo	Horas cuidado mayores ^(c)	Horas cuidado discapacitados ^(c)
Síntomas de malestar severo									
Mujer			-		+	+	-	+	+
Hombre	+(b)		-		+	+	-		
Consumo de tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir									
Mujer	-				+	+	-	-	
Hombre					+			-	+
Consumo de antidepresivos, estimulantes									
Mujer						+	-		+
Hombre									
Depresión o trastorno mental diagnosticado por un médico									
Mujer					+	+	-		
Hombre						+			

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) Se considera que hay un efecto de clase social cuando existen diferencias significativas entre la clase I y alguna de las clases más desfavorecidas (IV, IVb, y V). Un signo positivo indica que las clases desfavorecidas tienen una probabilidad más alta que las clases más acomodadas de que se produzca el fenómeno descrito.

b) Sólo se indican con signo +/- los factores sociales que son estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

c) Se refiere a personas mayores y discapacitados que viven en el hogar.

A igualdad de edad, las mujeres mayores solteras tienen una probabilidad más baja de declarar que su salud es deficiente cuando están solteras que cuando están casadas o conviven en pareja, cuando no prestan cuidados a personas mayores de 74 años, las condiciones de la vivienda y el entorno en que viven son buenas, y pueden contar con apoyo social y afectivo. La salud percibida de los hombres no está condicionada por la influencia del estado civil y las cargas familiares.

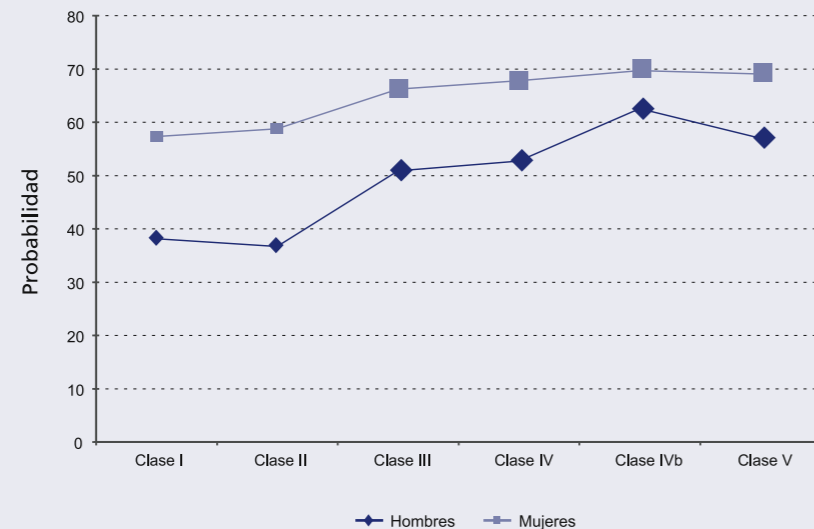
5.4.4. Percepción subjetiva de la salud en personas mayores

El análisis de los factores sociales que explican desigualdades en salud autopercebida confirma la importancia de la clase social. Sin embargo, los efectos de clase social, aunque estadísticamente significativos, son menos pronunciados que en etapas anteriores de la trayectoria biográfica. La posibilidad de experimentar un “envejecimiento exitoso” desde el punto de vista de su salud subjetiva depende de un conglomerado de circunstancias adicionales. A igualdad de edad, las mujeres mayores solteras tienen una probabilidad más

baja de declarar que su salud es deficiente cuando están solteras que cuando están casadas o conviven en pareja, cuando no prestan cuidados a personas mayores de 74 años, las condiciones de la vivienda y el entorno en que viven son buenas, y pueden contar con apoyo social y afectivo. La salud percibida de los hombres no está condicionada por la influencia del estado civil y las cargas familiares.

Las desigualdades socioeconómicas influyen sobre la salud de las personas desde la cuna (incluso hay razones para pensar que lo hacen antes del parto) hasta la tumba. La magnitud de estos efectos no es constante. Son poderosos en la infancia y la edad adulta, y algo menos durante la juventud y las edades más avanzadas.

Gráfico 5.16. Probabilidad de tener un estado de salud subjetiva deficiente según clase social y sexo (Personas de 65 y más años)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.
Nota: Los puntos correspondientes a los valores de cada clase social que tienen un tamaño mayor indican que las diferencias son significativas con la clase I.

5.4.5. La salud en las personas mayores: factores de riesgo y de protección

La evidencia presentada en esta sección y las anteriores avala la idea de que las desigualdades socioeconómicas influyen sobre la salud de las personas desde la cuna (incluso hay razones para pensar que lo hacen antes del parto) hasta la tumba. Sin embargo, la magnitud de estos efectos no es constante. Son poderosos en la infancia y la edad adulta, y algo menos durante la juventud y las edades más avanzadas. Los mecanismos para explicar esas diferencias son difíciles de dilucidar. Se trata de dos períodos claramente diferenciados desde el punto de vista biológico: la juventud es una etapa de plenitud física, la ancianidad una de declive. Aparentemente, los cuerpos son más maleables por fuerzas sociales durante las etapas de la vida en que no se expresan con toda contundencia (en una dirección u otra) las determinaciones biológicas. Ahora bien, los resultados examinados en esta sección ponen de manifiesto que incluso en los momentos en que la programación genética de los seres humanos parece dispuesta a imponer su ley, emergen desigualdades en salud que reflejan claramente la influencia

de factores sociales. El envejecimiento es un fenómeno universal, pero el modo en que envejecemos no. Nuestras trayectorias socioeconómicas condicionan el estado de salud en que nos hallamos a las puertas de la tercera edad (condiciona incluso si hemos tenido la oportunidad de llegar a estas edades avanzadas del ciclo vital), los años que tenemos por delante, y las condiciones físicas y sociales en que vamos a vivirlos. Existe un consenso cada vez más amplio que reconoce que el “envejecimiento exitoso” es posible, pero parece evidente que en algunos grupos sociales es mucho más difícil de lograr que en otros.

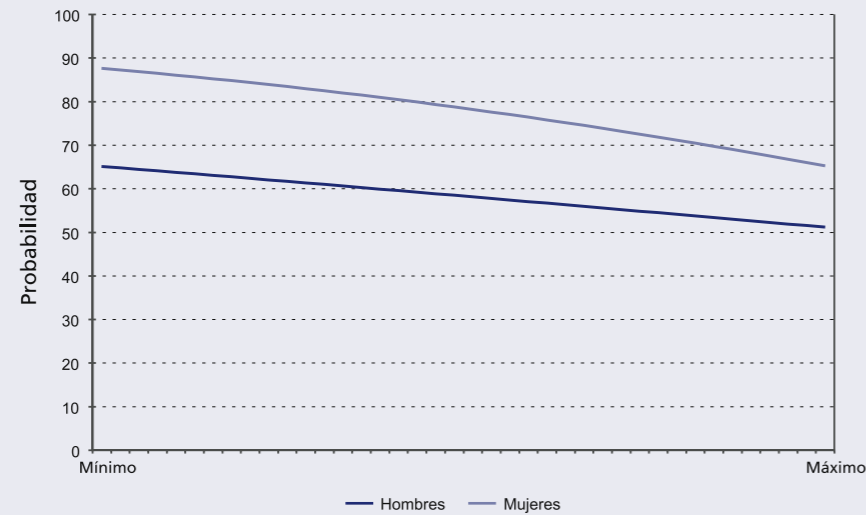
Los resultados examinados sugieren también que la experiencia de envejecer está estrechamente ligada a los contextos familiares y sociales en que este proceso tiene lugar. El desgaste físico que produce el envejecimiento tiene repercusiones diferentes sobre la salud de las personas en función de su situación familiar, las cargas domésticas y de cuidados que soporta, y el nivel de apoyo social y afectivo que recibe. Los datos presentados avalan inequívocamente la idea de que las desigualdades en los roles de género dentro del ámbito familiar son responsables de desigualdades en salud. En este sentido, las estructuras de reparto de responsabilidades que persisten en familias tradicionales tienen consecuencias nocivas para la salud de las mujeres. Es presumible que estos efectos se moderen con el paso de los años, a medida que familias más igualitarias atraviesen el umbral de la tercera edad.

Todo ello no obsta para reafirmar la contribución que las relaciones sociales –y en particular las familiares– realizan a la salud de las personas. El apoyo social y afectivo es tan o más fundamental para la salud en etapas avanzadas de la vida. A los efectos directos sobre la salud que procura la integración social, hay que añadir los derivados de las labores de asistencia que en momentos de mayor vulnerabilidad física obtienen las personas que pueden contar con redes de familiares y amigos. En una sociedad familiarista como la nuestra, la enfermedad es un asunto que no solo concierne a quien la padece, sino a diversos miembros de la familia (mayoritariamente femeninos). La familia se configura muchas veces como unidad de prestación de cuidados a personas dependientes, y como unidad de gestión e intermediación entre los enfermos y las instituciones sanitarias donde éstos reciben prestaciones. A la luz de todo ello, no resulta sorprendente que las personas mayores que reciben apoyo social y afectivo de familiares y amigos tiendan a tener una percepción más favorable de su salud.

Nuestras trayectorias socioeconómicas condicionan el estado de salud en que nos hallamos a las puertas de la tercera edad (condiciona incluso si hemos tenido la oportunidad de llegar a estas edades avanzadas del ciclo vital), los años que tenemos por delante, y las condiciones físicas y sociales en que vamos a vivirlos.

La familia se configura muchas veces como unidad de prestación de cuidados a personas dependientes, y como unidad de gestión e intermediación entre los enfermos y las instituciones sanitarias donde éstos reciben prestaciones. A la luz de todo ello, no resulta sorprendente que las personas mayores que reciben apoyo social y afectivo de familiares y amigos tiendan a tener una percepción más favorable de su salud.

Gráfico 5.17. Probabilidad de tener un estado de salud subjetiva deficiente según grado de apoyo social y afectivo (Personas de 65 y más años)



Fuente: Elaboración CIIMU, a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

5.5. Las consecuencias económicas de una mala salud

La mayoría de los estudios que analizan estadísticamente la relación entre la situación socioeconómica y la salud se ocupan exclusivamente del impacto de la primera sobre la segunda. Pocos se interesan por las implicaciones socioeconómicas de una mala salud. Una excepción son los estudios que analizan las consecuencias a largo plazo de la mala salud en la infancia.⁷⁷ La salud es vista como una de las variables intervinientes que influyen en la relación entre pobreza y las trayectorias personales de los menores. Los niños/as que provienen de entornos desfavorecidos tienen una probabilidad más alta de haber nacido con bajo peso y presentar problemas de salud en los primeros años de vida. Esta salud precaria tiene implicaciones en otros ámbitos de la vida. Los niños/as que han experimentado situaciones de enfermedad crónica durante la infancia llegan a las puertas de la edad adulta con logros educativos más bajos y, por lo tanto, con

77. Muchas veces provocada por condiciones sociales adversas.

oportunidades más limitadas en el mercado laboral (Case, Lubotsky y Paxson, 2002).⁷⁸ Los mecanismos que provocan la disminución de los logros educativos pueden ser diversos. Por una parte, los niños/as con salud precaria pasan más días en casa y menos en la escuela, lo que dificulta el seguimiento de las clases. Por otra parte, algunas enfermedades pueden afectar a las capacidades cognitivas de las personas, limitando su rendimiento académico. Por ejemplo, un estudio de Golstein (1993) evidencia que la mayor proclividad de los menores de hogares pobres a tener una serie de problemas de salud en la infancia (bajo peso, elevados niveles de plomo en sangre, infecciones de oído y anemia) son responsables de una parte significativa de la diferencia (entre el 13% y el 20%) de los coeficientes de inteligencia observados cuando tienen 4 años.

El impacto de la salud sobre la situación socioeconómica es también relevante en edades más avanzadas, pero ha sido objeto de atención escasa. Enfermar comporta costes económicos. Algunos son directos. Así, algunas personas se ven obligadas a sufragar la atención sanitaria en su totalidad o en parte (por ejemplo, a través de copagos de medicamentos). En sociedades de bienestar como la nuestra, los sistemas sanitarios públicos mitigan considerablemente estas cargas, pero no las eliminan. En nuestro sistema de bienestar, algunas personas disfrutaban de derechos de ciudadanía más amplios que otras. Por ejemplo, la intensidad protectora del sistema sanitario es más alta para las personas mayores que para los jóvenes, con independencia de sus necesidades. La Seguridad Social sufraga la totalidad de los costes sanitarios más comunes de las personas jubiladas, incluida la medicación, lo que no hace con colectivos más jóvenes, que se ven obligados a afrontar parte de los costes que generan sus problemas de salud (o excluyendo del acceso al sistema sanitario público a personas indocumentadas). Otra forma en que los problemas de salud afectan a la situación financiera de las personas es reduciendo su capacidad de trabajar. Esta reducción puede venir compensada si otro miembro del hogar aumenta las contribuciones que realiza o el hogar se beneficia de algún tipo de prestación asociado a la enfermedad. En muchos casos los efectos compensatorios no son suficientes para restituir la situación inicial. Finalmente, es posible que los trastornos y discapacidades susciten actitudes de desconfianza, rechazo o discriminación, que penalicen, a los afectados/das (provocando, por ejemplo, la relegación a tareas y responsabilidades, menos remuneradas) o limiten su capacidad para obtener recompensas sociales y económicas de las que, en otra situación, serían acreedores/as (por ejemplo, ascenso laboral).

78. Según el trabajo de Case, Lubotsky y Paxson, el efecto de la mala salud infantil sobre el éxito educativo es más grande en los niños/as de clases más bajas.

En un estudio reciente, Sebastià Sarassa (2008) pone de manifiesto que la mala salud es un factor importante para explicar la pérdida del nivel de vida de las personas en situación precaria. El análisis de Sarassa se basa en información retrospectiva, obtenida a partir de las respuestas a una pregunta incluida en la Encuesta FOESSA 2008, que interroga en los entrevistados si, en comparación a hace diez años, su nivel de vida ha empeorado, permanece igual o ha mejorado. La conclusión a la cual llega a través de un análisis multivariable, que controla una multiplicidad de efectos, es que los problemas de salud son una causa de empeoramiento en el nivel de vida, siempre y cuando los problemas de salud afecten a los hombres.

El análisis que presentamos a continuación ofrece una visión complementaria, que persigue reconstruir los efectos de la mala salud en el ámbito laboral. Utilizamos el Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE) para analizar la evolución de la situación sociolaboral de trabajadores/as de 16 a 60 años entre un periodo inicial (t0: 1998), un año después (t1:1999) y tres años después (t3:2001) en función de la percepción de salud que los entrevistados/as albergan en t0.⁷⁹ Se analizan tres transiciones: pasar de tener un salario precario (*low-paid job*) a uno no precario⁸⁰, pasar de tener un salario no precario a tenerlo precario, pasar de tener contrato precario (temporal, de aprendizaje, o sin contrato) a tener un contrato indefinido. Los resultados se muestran en las tablas:

Tabla 5.21. Transiciones entre ocupaciones de trabajadores con diferentes niveles salariales y de salud subjetiva

	Estado de salud subjetivo:	1999				2001			
		Salario precario ^(a)	Salario no precario	Inactividad	Desempleo	Salario precario	Salario no precario	Inactividad	Desempleo
Trabajadores con salario precario en 1998	Muy bueno	47%	40%	5,2%	8,4%	40%	49%	2,8%	8,3%
	Bueno	50	34	6,3	9,3	39	44	6,9	10
	Aceptable	48	27	17	8,2	44	40	12	4,5
	Malo/Muy malo	42	13	32	13	41	13	32	15
Trabajadores con salario no precario en 1998	Muy bueno	5,4	91	2,1	1,6	6,9	87	3,1	2,7
	Bueno	7,6	88	1,3	2,8	8,0	86	3,6	2,3
	Aceptable	4,7	88	4,7	2,4	5,8	86	6,1	2,6
	Malo/Muy malo	18	68	13	1,3	18	61	20	1,6

Fuente: Elaboración CIIMU según datos de PHOGUE 1998, 1999 y 2001.

Nota: a) Un "salario precario" es aquel inferior a dos terceras partes de la media salarial.

79. Desafortunadamente, hasta que no esté disponible el fichero longitudinal de la "Encuesta de Condiciones de Vida" no disponemos de datos más actualizados.

80. Un asalariado/a precario es el que recibe una remuneración inferior a dos tercios de la renta salarial media del país.

Los resultados confirman que la situación de la mayoría de personas con mala salud ha empeorado, o como mínimo no ha mejorado en la misma medida que mejora con el paso del tiempo la de otras personas de que no manifiestan problemas de salud. Así, los trabajadores con mala o muy mala salud tienen más dificultades para conseguir salir de la precariedad salarial. El porcentaje que lo consigue después de un año es del 13%. En tres años el porcentaje es parecido.⁸¹ Una de cada tres personas con baja remuneración y mala o muy mala salud acaba fuera del mercado de trabajo. Esta proporción es mayor en las mujeres y en los trabajadores de edad más avanzada. Cerca de un 15% de los trabajadores que tenían un salario bajo se ve abocado a una situación de desempleo. Entre las personas con salario precario y buena salud, la proporción que transita a una situación de inactividad o desempleo uno o tres años después es bastante más baja.

La inmensa mayoría de las personas que tenían un salario no precario en 1998 siguen en la misma situación en 1999. El porcentaje se reduce a poco más de dos terceras partes entre los que tienen mala y muy mala salud. El 17,6% de las personas con mala salud que tenían un salario alto pasan a tenerlo bajo, el 13,2% pasan a la inactividad y un 1,3% están en situación de desempleo.⁸² En el 2001, la pérdida de estatus afecta incluso a más personas. Uno de cada cuatro ha pasado a la inactividad. Esta situación vuelve a ser habitual entre los trabajadores/as de edad avanzada.

En situación de salud mala o muy mala, el riesgo de abandono del mercado laboral es más elevado si el trabajador/a se encuentra en una situación precaria. El porcentaje de personas con salud “aceptable” o “mala y muy mala” que acaban en situación de inactividad es más elevado cuando tienen un salario precario. El coste de oportunidad de pasar a una situación de inactividad es más bajo, sobre todo si el trabajador/a tiene la posibilidad de acceder a prestaciones sociales que compensan la pérdida salarial.

El último aspecto analizado es la evolución de la situación contractual de las personas que tienen un contrato precario (temporal, de aprendizaje o sin contrato). Como puede observarse en la Tabla 5.22, existen diferencias significativas entre personas con diferente estado de salud subjetivo en la proporción que pasan de tener un contrato precario a tener un contrato indefinido en un año y, sobre todo, en tres años. Después de tres años, más de la mitad de las personas con muy buena salud en 1998 han conseguido un contrato indefinido.⁸³ Sólo un 14,8% de las personas con salud mala y muy mala se encuentran en esta situación. El 21,9% han abandonado el mercado laboral y el 18,8% se encuentran en situación de desempleo.

Tabla 5.22. Transiciones de salida de contrato precario según estado subjetivo de salud

	Estado de salud subjetivo:	1999				2001			
		Contrato precario	Contrato indefinido	Inactividad	Desempleo	Contrato precario	Contrato indefinido	Inactividad	Desempleo
Contrato precario	Muy bueno	56%	29%	6,9%	8,9%	33%	53%	3,9%	10%
	Bueno	52	30	6,2	12	39	45	6,8	9
	Aceptable	50	29	13	8,0	44	39	9,8	7,2
	Malo/Muy malo	45	18	23	14	45	15	22	19

Fuente: Elaboración CIIMU según datos de PHOGUE 1998, 1999 y 2001.

81. Las diferencias entre trabajadores/as con mala salud y los que la tienen buena o muy buena a la probabilidad de tener salario no precario después de uno a tres años son estadísticamente significativas. Para llegar a esta conclusión se ha estimado un modelo probit con corrección Heckman, para controlar los sesgos provocados por el abandono diferencial del mercado de trabajo de los trabajadores/as con mala salud. Las personas con mala o muy mala salud tienen una probabilidad más baja de pasar a tener un salario precario, a igualdad de condiciones de género, edad, estado civil, nivel educativo, nivel salarial en 1998, tipo de contrato y experiencia laboral.

82. El efecto estadístico también es significativo si se estima una regresión multivariable probit con corrección de Heckman.

83. La diferencia entre trabajadores/as con mala y muy mala salud y los trabajadores/as con salud muy buena es estadísticamente significativa en un análisis multivariable probit con corrección de Heckman.

La salud es un recurso de importancia primordial para prosperar en el mercado de trabajo. Un porcentaje considerable de personas que trabajan y declaran que su salud es deficiente acaba abocado a situaciones de desempleo o inactividad, sobre todo si su posición laboral es precaria. A eso puede contribuir el conocido como “efecto desánimo”. Una mala salud provoca que trabajadores/as con horizontes laborales inciertos prefieran abandonar el mercado de trabajo o busquen trabajo con poca intensidad si se caen en situación de desempleo (engrosando muchas veces el paro de larga duración). La decisión de seguir trabajando está sujeta a condicionamientos derivados tanto de la posibilidad de seguir desarrollando las tareas encomendadas en el mismo puesto de trabajo o en otro diferente (que se acomode mejor a las circunstancias personales) como de los incentivos para acogerse a sistemas de protección existentes (prestaciones públicas, ayuda familiar, etc.).

5.6. Acumulación de riesgos y exclusión social

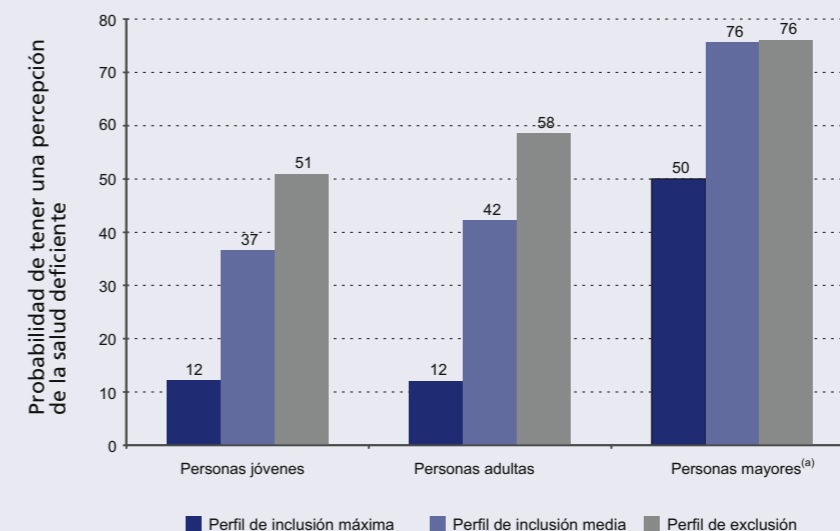
La exclusión social tiene un carácter multidimensional. Abarca diversas caras de la vulnerabilidad y la limitación: vulnerabilidad económica (falta de ingresos, privación de ciertos bienes y servicios básicos, dificultades para afrontar pagos); vulnerabilidad laboral (precariedad contractual, falta de oportunidades de promoción, riesgo de sufrir un accidente laboral), déficits de integración social (aislamiento, falta de apoyo afectivo), falta de acceso al bienestar público (a la sanidad, la vivienda, los Servicios Sociales) y restricciones a la participación social y política.

Estas “exclusiones” raramente se presentan solas. Muchas veces se presentan interrelacionadas y se refuerzan mutuamente. Es una ilustración del llamado principio de Mateo, en referencia a un pasaje bíblico del Evangelio (Mateo 25:29) en el que se habla de la acumulación de recursos en manos de los que ya tienen: “al que más tiene, más se le dará; y al que menos tenga, todavía el poco que tenga se le quitará”. Según este principio, aplicado por primera vez por el sociólogo norteamericano Robert Merton al estudio de las ciencias sociales, las ventajas y desventajas sociales tienden a consolidarse de manera que la brecha inicial entre los más afortunados (gracias a su capacidad, recursos disponibles o estatus social) y los menos afortunados tiende a ensancharse con el paso del tiempo. Los problemas nunca vienen solos, y cuando se presentan conjuntamente acentúan las dificultades existentes y crean otros de nuevos. Los problemas de salud son más habituales entre las personas cuya exclusión es el producto de la combinación de diversos factores de riesgo.

Los Gráficos 5.18 y 5.19 muestran tres perfiles de inclusión diferenciados en las tres etapas del ciclo vital examinadas. Las columnas indican la probabilidad de que el entrevistado considere que su salud es deficiente (regular, mala o muy mala). Los perfiles tienen

un carácter acumulativo. El perfil de inclusión máximo describe a una mujer u hombre en una situación social poco vulnerable. Su “capacidad de funcionamiento” (Sen 1995) dentro de la sociedad es óptima. En contraste, el perfil de exclusión describe individuos que acumulan un número elevado de situaciones de vulnerabilidad, dificultad y limitaciones, condicionadas por los factores de desigualdad analizados anteriormente. Entre el uno y el otro, se incluye un perfil de inclusión medio, que combina factores que empujan en diferentes direcciones con respecto a la salud. Los resultados evidencian que la acumulación de circunstancias adversas tiene un impacto considerable sobre la salud. Este impacto es muy fuerte en las edades intermedias del ciclo vital, y menos grande en edades avanzadas, donde ya la mitad de las personas mayores del perfil de inclusión máxima perciben su salud como deficiente. En todo caso, existe una fractura entre colectivos plenamente integrados y excluidos que encuentra en el estado de salud una expresión diáfana.

Gráfico 5.18. Percepción subjetiva de la salud según perfiles de exclusión en distintas etapas del ciclo de vida de las mujeres



Perfil de inclusión máxima: mujer, nacida en España, casada, empleada, apoyo social y afectivo máximo, clase social alta (clase I).

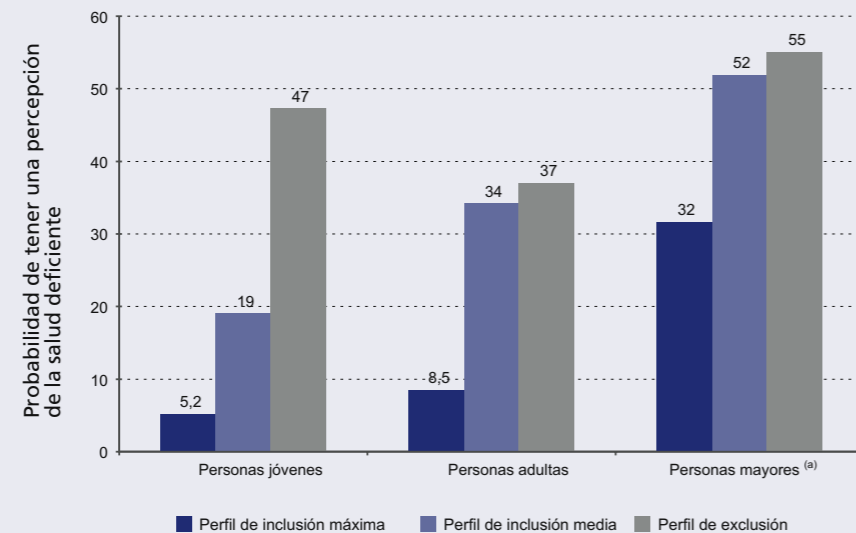
Perfil de inclusión media: mujer, nacida en España, casada, desempleada, apoyo social y afectivo bajo, clase social media (clase III).

Perfil de exclusión: mujer, inmigrante, divorciada, desempleada, apoyo social y afectivo bajo, clase social baja (clase V).

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) En el caso de las personas mayores el perfil de exclusión máxima se ha construido con una mujer, nacida en España, viuda, apoyo social y afectivo bajo, clase social baja (clase V).

Gráfico 5.19. Percepción subjetiva de la salud según perfiles de exclusión en distintas etapas del ciclo de vida de los hombres



Perfil de inclusión máxima: hombre, nacido en España, casado, empleado, apoyo social y afectivo máximo, clase social alta (clase I).

Perfil de inclusión media: hombre, nacido en España, casado, desempleado, apoyo social y afectivo bajo, clase social media (clase III).

Perfil de exclusión: hombre, inmigrante, divorciado, desempleada, apoyo social y afectivo bajo, clase social baja (clase V).

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Nota: a) En el caso de las personas mayores el perfil de exclusión máxima se ha construido con un hombre nacido en España, viudo, apoyo social y afectivo bajo, clase social baja (clase V). No se incluye la variable "situación laboral" en el modelo.

Las Tablas 5.23 y 5.24 presentan la probabilidad de tener un conjunto de problemas de salud e incurrir en hábitos poco saludables entre mujeres y hombres de mediana edad (35-49 años) con diferentes “perfiles de inclusión”. Las probabilidades se estiman a partir de los resultados de las regresiones multivariantes utilizadas en los análisis previos. Como era de esperar, excepto pequeñas excepciones, las probabilidades observadas dibujan una tendencia al aumento de los problemas de salud cuando los factores de riesgo se conjugan. Una proporción muy elevada de personas en los perfiles 3, 4 y 5 presentan problemas de salud, incurren en hábitos perjudiciales para su salud y tienen riesgo de sufrir síntomas de malestar. Por ejemplo, en el perfil 5, aproximadamente uno de cada tres hombres han visto limitadas sus activi-

dades habituales por una enfermedad crónica, el 71% fuman, y uno de cada cuatro tienen una depresión diagnosticada por un médico. Entre las mujeres, un 40% han visto limitadas sus actividades habituales, más de la mitad fuman y un 43% han sido diagnosticadas con una depresión. El principal factor de distorsión de esta tendencia al aumento de los problemas de salud cuando se combinan situaciones de riesgo es la inmigración. La población inmigrante de estas edades tiende a presentar mejor salud. Eso es debido al hecho de que las personas que se embarcan en un proyecto migratorio (especialmente si éste es reciente, como ocurre en España) han sido “seleccionadas” en origen. No suelen emigrar las personas con problemas serios de salud, o al menos no en una primera fase.⁸⁴

Las condiciones de vida en las que viven ciertos colectivos desfavorecidos son causa de acumulación de factores de riesgo para la salud. Estos problemas de salud pueden agravar, al mismo tiempo, otros riesgos, sumiendo a quién los sufre en una espiral de la cual resulta difícil salir. La exclusión social es un proceso social que comporta el alejamiento progresivo de una situación de integración social. En este proceso la salud se resiente, lo que dificulta el reintegro social.

84. Es posible que algunos se beneficien del derecho a la reunificación familiar.

Tabla 5.23. Efectos acumulados de la exclusión (Mujer de 35 a 49 años)

Perfiles de exclusión	Morbilidad			Hábitos		Salud mental	
	Obesidad	Dolor de espalda	Limitación de la actividad diaria	Fumar	No cepillarse los dientes diariamente	Síntomas de malestar severo	Depresión diagnosticada
Perfil de inclusión máxima	4,5	29	16	32	0,5	8,1	9,2
Perfil de inclusión 1	8,8	34	21	33	1,5	11	11
Perfil de inclusión 2	9,6	49	30	35	3,2	48	22
Perfil de inclusión 3	10	54	34	36	1,5	57	27
Perfil de inclusión 4	7,6	55	39	56	0,8	64	36
Perfil de inclusión 5	16	58	40	57	1,7	70	43
Perfil de exclusión máxima	19	51	33	56	0,8	74	34

Perfil de inclusión máxima: Mujer de 35 a 49 años, española, casada, empleada, apoyo social máximo, clase social alta (clase I).
 Perfil de inclusión 1: Mujer de 35 a 49 años, española, casada, empleada, apoyo social máximo, clase social media (clase III).
 Perfil de inclusión 2: Mujer de 35 a 49 años, española, casada, empleada, apoyo social bajo, clase social media (clase III).
 Perfil de inclusión 3: Mujer de 35 a 49 años, española, casada, desempleada, apoyo social bajo, clase social media (clase III).

Perfil de inclusión 4: Mujer de 35 a 49 años, española, divorciada, desempleada, apoyo social bajo, clase social media (clase III).
 Perfil de inclusión 5: Mujer de 35 a 49 años, española, divorciada, desempleada, apoyo social bajo, clase social baja (clase V).
Perfil de exclusión máxima: Mujer de 35 a 49 años, inmigrante, divorciada, desempleada, apoyo social bajo, clase social baja (clase V).
 Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

Tabla 5.24. Efectos acumulados de la exclusión (Hombre de 35 a 49 años)

Perfiles de exclusión	Morbilidad			Hábitos		Salud mental	
	Obesidad	Dolor de espalda	Limitación de la actividad diaria	Fumar	No cepillarse los dientes diariamente	Síntomas de malestar severo	Depresión diagnosticada
Perfil de inclusión máxima	13	20	16	29	2,7	7,2	4,3
Perfil de inclusión 1	17	25	18	38	8,9	9,1	5,3
Perfil de inclusión 2	19	33	26	41	15	37	12
Perfil de inclusión 3	17	35	36	49	19	64	17
Perfil de inclusión 4	14	29	33	61	11	64	25
Perfil de inclusión 5	14	31	33	71	22	63	21
Perfil de exclusión máxima	12	22	19	61	8,1	56	15

Perfil de inclusión máxima: Hombre de 35 a 49 años, español, casado, empleado, apoyo social máximo, clase social alta (clase I).
 Perfil de inclusión 1: Hombre de 35 a 49 años, español, casado, empleado, apoyo social máximo, clase social media (clase III).
 Perfil de inclusión 2: Hombre de 35 a 49 años, español, casado, empleado, apoyo social bajo, clase social media (clase III).
 Perfil de inclusión 3: Hombre de 35 a 49 años, español, casado, desempleado, apoyo social bajo, clase social media (clase III).

Perfil de inclusión 4: Hombre de 35 a 49 años, español, divorciado, desempleado, apoyo social bajo, clase social media (clase III).
 Perfil de inclusión 5: Hombre de 35 a 49 años, español, divorciado, desempleado, apoyo social bajo, clase social baja (clase V).
Perfil de exclusión máxima: Hombre de 35 a 49 años, inmigrante, divorciado, desempleado, apoyo social bajo, clase social baja (clase V).
 Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ENSE_2006, Ministerio de Sanidad y Política Social.

5.7. Recapitulación

Los ciudadanos/as españoles disfrutan, en general, de un buen estado de salud. La mayoría de los indicadores de morbi-mortalidad nos sitúan en un lugar privilegiado en los rankings que publican los organismos internacionales. No obstante, los análisis presentados aquí evidencian la existencia de desigualdades considerables en el estado de salud de diferentes grupos sociales. Ciertos grupos vulnerables tienen un riesgo significativamente más elevado de presentar problemas de salud.

Dada la estrecha correlación entre estado de salud y edad, nuestro análisis se ha centrado en el estudio de desigualdades en salud en diferentes etapas del ciclo vital. Cada una de estas etapas presenta riesgos específicos, que afectan más a algunos grupos sociales que a otros. En todas las etapas, la clase social es un determinante de primer orden de la probabilidad de sufrir un problema de salud. Las condiciones materiales en que viven las personas (y han vivido en el pasado) y los estilos de vida que desarrollan en contextos sociales de precariedad, influyen en diversas dimensiones de la salud, aunque la magnitud de esta influencia varía. Por su importancia, hay que destacar los efectos de clase en la infancia —la herencia social con que se encuentra el niño/a— porque condicionan en muchos sentidos las oportunidades vitales de las personas. Los problemas de salud en la infancia y los hábitos que se adquieren durante esta etapa tienen un impacto duradero sobre la salud, y probablemente sobre riesgos de exclusión asociados con la salud. En etapas más avanzadas de la biografía de las personas se acentúan las desigualdades de salud en diversas dimensiones. El efecto continuado y acumulativo de factores de riesgo entre los grupos económicamente más vulnerables propicia el deterioro de la salud durante la vida adulta, que se expresa en la mayor prevalencia de enfermedades crónicas de todo tipo y problemas de salud mental. Son años donde episodios “estresantes” pueden dañar la salud, contribuyendo a intensificar otros riesgos. Fenómenos como el desempleo o el divorcio pueden convertirse en el desencadenante de situaciones de malestar psicológico severo, depresión diagnosticada y consumo de fármacos para tratar problemas de ansiedad y depresión. Hombres y mujeres viven estos procesos de forma diferenciada y ofrecen respuestas distintas en lo que se refiere a la búsqueda de soluciones terapéuticas o la adopción de estrategias alternativas para tratar sus problemas.

A lo largo de todo el curso vital, existe una asociación consistente entre el apoyo social y afectivo que reciben las personas (principalmente dentro de la familia) y su estado de salud, tanto objetiva como subjetiva. El estado de salud de las personas depende, en buena medida, de que puedan contar con amigos y familiares que se preo-

cupen por ellos, se sientan queridas y apoyadas en caso de necesidad, y estén integradas en redes de ocio. Los vínculos sociales fortalecen la fisiología de las personas, amortiguan el efecto de tensiones ambientales, coadyuvan a reparar los daños producidos por episodios estresantes y aceleran la recuperación de las personas convalecientes. Las redes sociales constituyen el mundo de referencias de los individuos y orientan sus comportamientos en materia de salud. Definen las formas de autoatención y autocuidado, los estilos de vida y el acceso a los recursos sanitarios.

6. EDUCACIÓN Y EXCLUSIÓN

6.1. Educación y riesgos sociales

En los últimos años la formación ha adquirido un papel de extraordinaria relevancia en la discusión pública y académica en Europa. En el debate público, tanto en España como en otros países, se ha extendido la idea de que, por un lado, el bienestar futuro de los jóvenes y de los trabajadores, y por otro, la competitividad del país en la economía global, vendrán determinados por la capacidad colectiva de mejorar el acceso a la información y el conocimiento. En la difusión de estos discursos ha influido un abanico amplio de teóricos sobre la sociedad del futuro, así como las organizaciones internacionales que dan por buenos sus argumentos sobre la importancia capital de los niveles de formación de los individuos y las sociedades en su conjunto en los escenarios sociales que se avecinan. La mayoría de estos discursos coinciden en reclamar a las administraciones públicas la tarea de minimizar los riesgos de exclusión que llevan aparejados las desventajas educativas. Desde este punto de vista, el sistema educativo debe impedir que los jóvenes y los adultos vean mermadas sus oportunidades de progreso a lo largo de la vida a causa de no haber alcanzado credenciales educativas adecuadas y presentar limitaciones importantes en aspectos cognitivos y de actitud para su inserción social y laboral.⁸⁵ En el nuevo contexto de las sociedades de la información y el conocimiento, el gran reto de los sistemas educativos es conseguir colocar el máximo número de jóvenes y personas adultas en situación de participar activamente en espacios productivos y sociales que están cambiando rápidamente, dotándolos de nuevas habilidades y competencias para adaptarse de forma eficaz a esos cambios.

La formación de la personas tiene implicaciones cruciales en su vida: capacita a los individuos para desarrollar tareas profesionales, acredita a las personas para desempeñar ciertas funciones, facilita su adaptación al mundo del trabajo en un contexto en que el conocimiento y la información ocupan un lugar central en el espacio productivo y mejora, en general, los beneficios y recompensas que procura el trabajo (desde un punto de vista contractual, salarial, promocional, etc.). Pero la educación suele ser, además, un criterio evaluativo, que influye también en la definición de los individuos y su estatus social (Bourdieu, 1977 y 1984). La categorización de las personas según su nivel educativo se convierte a menudo en un indicio que informa acerca de las disposiciones, preferencias y orientaciones estéticas y morales que albergan, de manera que a menudo se utiliza como una forma de calibrar su

85. Sin embargo, algunos datos sugieren que la idea de que el fracaso escolar lleva casi irremisiblemente a exclusión social, implícita en estos discursos, es una exageración. Véase, por ejemplo, Carabaña (2004).

“valía”. Como criterio de categorización, sirve para hacer “distinciones” sociales y puede convertirse en un poderoso mecanismo de cierre. Carecer de ciertos conocimientos, ser incapaz de manejar recursos culturales considerados “valiosos” (ciertas formas de lenguaje, ciertas exhibiciones de “buen gusto”...) o mostrarse insensible a la calidad estética o moral de productos de “cultura elevada” (la música clásica, la literatura, etc.) limita las oportunidades en algunos ámbitos sociales.⁸⁶ En el caso extremo, los déficits educativos pueden conducir a la estigmatización y la exclusión de ciertos derechos de ciudadanía.

Desde otro punto de vista, la educación crea individuos activos, confiados y responsables, conocedores de sus derechos, vigilantes y exigentes con sus gobiernos. La calidad de los servicios públicos de bienestar depende de la existencia de una masa crítica de personas con un nivel de educación elevado que los utilice, preparadas y motivadas para exigir aquello a lo que creen tener derecho y quejarse frente al mal funcionamiento de los servicios existentes. La educación está además sistemáticamente relacionada con la participación de las personas en el ámbito público. Nos proporciona recursos cognitivos y culturales que favorecen el acceso y la interpretación de información sobre asuntos públicos, la confianza en el valor de nuestras propias opiniones y juicios, así como en nuestra capacidad de influir sobre los procesos políticos mediante la participación. Las personas con más educación votan más, tienden a estar más implicadas en asociaciones ciudadanas, a afiliarse a partidos políticos o a participar en actividades de protesta. En consecuencia, su “voz” tiene también más resonancia y poder de influencia.

Es muy común considerar la educación como una forma de capital (el capital humano o formativo). Desde este punto de vista, los individuos realizan inversiones con la expectativa de obtener un rendimiento. Los individuos (o sus familias) se convierten en capitalistas de sí mismos (o de uno o varios miembros de su familia), al entender que los conocimientos y habilidades que adquieren a través de la educación tienen valor económico (Johnson, 1960). En las últimas décadas, las personas y las familias han incrementado sustancialmente su inversión en educación. Un joven pasa hoy, por término medio, cerca de diez años más en el sistema educativo que en la década de los cincuenta. En este aumento de la inversión han influido sin duda las mayores expectativas de ganancia, en un contexto de creciente demanda de las credenciales, de los conocimientos y las habilidades ofrecidos por el sistema educativo. En la inversión en educación influye también su coste. La creación de sistemas educativos públicos de carácter universalista ha reducido estos costes, pero no los ha eliminado. Subsisten, sobre todo, costes de oportunidad, mayores en las familias de rentas bajas.

86. Algunos autores creen que las dinámicas de exclusión basadas en la educación tienen un origen extraescolar. Desde este punto de vista, el “capital cultural” adquirido dentro de la familia de origen limita las oportunidades sociales en el sistema educativo. Los profesores se comunican más fácilmente con los estudiantes que manejan ciertos registros lingüísticos y comparten las mismas orientaciones culturales que ellos, les prestan más atención, los perciben como más “inteligentes” y los premian con mejores notas.

Las sociedades desarrolladas entienden que la educación es clave de progreso económico y social. Los estados promueven que los ciudadanos pasen el mayor tiempo posible en instituciones de enseñanza formal. En las últimas décadas han prolongado el período de educación obligatoria, han promovido iniciativas para facilitar la escolarización preescolar y evitar el abandono escolar prematuro y han estimulado la realización de estudios superiores a través de becas y, en algunos casos, a través de créditos blandos. En todos los países de la OCDE, el gasto en educación por estudiante se ha incrementado de forma sustancial en los últimos años, ha ido adquiriendo peso como partida presupuestaria hasta alcanzar por término medio en 2005 el 13,2% del gasto público total en los países de la OCDE (OCDE, 2008b). Los países desarrollados entienden cada vez más que la educación no puede limitarse a la infancia y los años de transición a la vida adulta y apuestan por la educación de adultos (*life-long learning*). Es creciente el número de expertos que propugnan una reorganización de los principios de política social y laboral que posibiliten e incentiven el mantenimiento de inversiones educativas en etapas más avanzadas de la biografía de las personas para garantizar su *empleabilidad* en un contexto de cambio tecnológico y social vertiginoso, y de creciente discontinuidad de las carreras laborales.

Otro de los objetivos explícitos de las políticas educativas en las democracias occidentales ha sido la promoción de la igualdad. En este sentido, existe un consenso bastante amplio en que las políticas educativas deben tener por objeto asegurar la *igualdad de acceso a la educación*, universalizando la escolarización en determinadas etapas de la vida y eliminando barreras que impidan el acceso a determinados grupos. Un segundo objetivo contemplado por algunas políticas educativas para promover la igualdad es asegurar la *igualdad de oportunidades*. Las políticas encaminadas a fomentar este objetivo propugnan tres vías de acercamiento al objetivo: (1) la distribución equitativa de recursos educativos en el territorio para asegurar la posibilidad de que todos los ciudadanos puedan acceder sin excesivas dificultades a los distintos niveles educativos, (2) la concesión de becas y ayudas para asegurar la posibilidad material de que todos los ciudadanos/as, independientemente de sus recursos, consigan tener acceso a los diversos niveles educativos, atendiendo exclusivamente a sus capacidades individuales y no a su origen social y familiar o a su nivel de ingresos y (3) la realización de políticas orientadas a asegurar la igualdad de condiciones y estímulos educativos para individuos pertenecientes a diferentes grupos o colectivos sociales, poniendo en marcha un modelo escolar comprensivo y asegurándose de que la población en situación de desventaja recibe una atención de calidad equivalente a los demás estudiantes. Evidentemente, este segundo bloque de políticas genera menor consenso. En particular, el énfasis en el tratamiento igualitario de todos los/as estudiantes entraña algunos riesgos, puesto que, llevado a un alto grado, puede impedir el reconocimiento de la diversidad de capacidades y motivaciones, lo que podría derivar

potencialmente en el aumento del fracaso de los estudiantes con menos talento y la frustración de aspiraciones de los estudiantes más aventajados.

Una tercera categoría de políticas está integrada por aquellas encaminadas a lograr una *igualdad de los resultados producidos por la educación*. Se trata de un objetivo inalcanzable debido al impacto limitado de cualquier iniciativa pública sobre los resultados educativos, pero hacia el que se dirigen algunas políticas con el fin de acercar los resultados de colectivos en situación de desventaja a los de la población general. Las políticas agrupadas en esta categoría se basan en la concepción de discriminación positiva, que implica concentrar mayores recursos educativos en individuos con problemas de aprendizaje o grupos socioeconómicos que afrontan circunstancias sociales adversas que afectan a sus capacidades de desarrollo educativo (pobreza, desconocimiento de la lengua de uso común, residencia itinerante, etc.) Una de las estrategias principales para dotar de recursos adicionales a la educación de grupos desfavorecidos ha consistido en concentrar recursos educativos en escuelas o zonas con alta concentración de esos grupos.

Dentro de esta última categoría de políticas aparece recientemente un conjunto de iniciativas que parten de una concepción más amplia de la educación. Estas políticas entienden que para evitar resultados deficientes de los estudiantes en situación de desventaja es necesario influir sobre dinámicas que tienen lugar en horario extraescolar, corresponsabilizando fundamentalmente a las familias, pero también a la comunidad y a los servicios sociales en la promoción de la igualdad. Reforzar el papel de las familias significa a menudo promover su “empoderamiento”, para que puedan desempeñar su función educativa eficazmente. La premisa que hay detrás de estas iniciativas es que las raíces de los bajos rendimientos educativos o la mayor proclividad al abandono de los estudiantes desfavorecidos se encuentran muchas veces en déficits en el apoyo y estímulo parental que reciben. Eso ocurre si los progenitores no entienden el valor de la educación, la importancia del apoyo parental para fomentar el logro educativo o se sienten incapaces de transmitir esas ideas o ayudar a sus hijos/as por falta de preparación, tiempo, desconocimiento de la lengua de uso en la escuela, etc. Las políticas de acompañamiento a la educación incluyen servicios de refuerzo educativo en horario extraescolar para estudiantes que carecen de un entorno familiar que pueda proporcionar el apoyo y estímulo educativo que requieren, pero también un abanico amplio de iniciativas para informar a los progenitores acerca de la importancia crucial de su papel en la educación, reforzar su vinculación con el centro educativo y mejorar su formación para que puedan ayudar a sus hijos/as con los trabajos escolares y orientarlos en la toma de decisiones con respecto a su educación. Muchas veces estas políticas van más allá del apoyo a la función educativa de las familias y persiguen crear auténticas comunidades de aprendizaje en que diversos agentes

comunitarios (entidades sin ánimo de lucro, empresas y movimientos sociales) se impliquen en la creación de entornos educativos propicios para el logro educativo.

Un campo adicional de desarrollo de políticas públicas para combatir la desigualdad y la exclusión (bastante menos transitado) es la promoción de la igualdad en las consecuencias de los resultados educativos. Desde estos planteamientos se entiende que la igualdad de resultados educativos entre grupos sociales en situación de ventaja y grupos sociales desfavorecidos no asegura, por ejemplo, la igualdad efectiva en el ámbito laboral. A igualdad de resultados educativos, los grupos desfavorecidos pueden encontrar especiales dificultades de inserción y adaptación en el mercado laboral como consecuencia de la existencia de actitudes discriminatorias hacia un colectivo definido por un rasgo característico (sea su género, su origen étnico o su procedencia) o simplemente porque carecen del capital social necesario para encontrar un empleo ajustado a su preparación. De ahí surge la necesidad de una nueva generación de políticas activas de empleo que facilitan la transición escuela-trabajo de colectivos para los que este proceso entraña dificultades especiales.

Los resultados educativos condicionan oportunidades vitales, tanto en la esfera pública como en la privada. Cuanto más elevado es el nivel educativo, mayor es la probabilidad de participar en el mercado de trabajo. Es una constante en los países de la OCDE que un nivel alto de formación procura beneficios laborales en forma de empleo de calidad y un menor riesgo de desempleo, aunque existen variaciones significativas entre países, grupos sociodemográficos y etapas del ciclo vital. Las personas con niveles muy bajos de competencia básicas (de lectura, escritura, numérica o resolución de problemas) suelen tener más dificultades para salir del desempleo y pasan más tiempo desempleadas (OCDE, 2000, y OCDE, 2005). Muchas carecen de la preparación básica para seguir su formación a lo largo de la vida, lo que les impide reciclar sus conocimientos y habilidades. El hecho de que la experiencia laboral de muchas de ellas se limite a empleos que requieren un nivel muy bajo de competencia numérica o de lectura, provoca que a lo largo del tiempo hayan perdido las capacidades básicas necesarias para seguir aprendiendo (Krahn y Lowe, 1998).

La globalización y el desarrollo tecnológico están incrementando la demanda de trabajadores cualificados. Para competir internacionalmente en la nueva economía, las empresas se ven empujadas a incorporar nuevas tecnologías y alcanzar mayores niveles de eficiencia y productividad. Todo ello pasa por contratar mano de obra cualificada, preparada para manejar las nuevas tecnologías, trabajar en las nuevas condiciones de flexibilidad que exigen los mercados y generar valor añadido a través de la innovación. En la mayoría de los países desarrollados el crecimiento del empleo se ha producido en ocupaciones que exigen un alto nivel de cualificación. Por el contrario, las mayores reducciones de empleo han teni-

El nivel educativo de los padres es el factor explicativo más importante del logro educativo de los hijos/as, así como de su posición socioeconómica cuando son personas adultas.

do lugar en sectores con alta representación de trabajadores poco cualificados. En la nueva economía, incluso muchos empleos que tradicionalmente demandaban bajos niveles de competencias, reclaman hoy habilidades que se adquieren fundamentalmente en el sistema educativo (como es el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación). En este contexto, la brecha social entre las personas con niveles de educación bajos y la población en general se ensancha, incrementando los riesgos de exclusión social.

La educación juega también un papel determinante en la configuración de oportunidades vitales en la esfera privada. En primer lugar, la educación afecta las pautas de formación de parejas. Las personas tienden a buscar parejas con el mismo perfil educativo (homogamia de pareja). Esta tendencia –que de acuerdo a algunos autores se está intensificando (Juhn y Murphy, 1997, y Karoly y Burtless, 1995)– provoca la concentración de situaciones de ventaja y desventaja social, y el incremento de la desigualdad global en la población.⁸⁷ Las personas con pocos recursos educativos tienen una probabilidad muy alta de que su pareja tenga un perfil similar y, por lo tanto, presente los mismos riesgos de vulnerabilidad en el mercado de trabajo. En segundo lugar, la educación es un recurso de poder en las relaciones sociales, especialmente valioso para las personas abocadas a situaciones de discriminación o minusvaloración. Por ejemplo, el aumento del nivel educativo de las mujeres en las sociedades occidentales ha sido un factor crucial en la igualación de roles de género en la esfera pública, pero también en la esfera doméstica. En los hogares donde la mujer tiene bajo nivel educativo, esta sigue contribuyendo en menor medida a las rentas del hogar y sigue dedicando bastante más tiempo que sus parejas a la realización de tareas domésticas y al cuidado de personas dependientes (Brines, 1994).

Por último, la educación es el mecanismo principal de reproducción intergeneracional de desigualdades sociales. El nivel educativo de los padres es el factor explicativo más importante del logro educativo de los hijos/as, así como de su posición socioeconómica cuando son personas adultas. Los estudiantes cuyos padres tienen bajo nivel educativo obtienen sistemáticamente peores resultados en los tests que realiza el estudio PISA en todos los países de la OCDE. En matemáticas, por ejemplo, su puntuación es, por término medio, 62 puntos menor que la de los estudiantes cuyos padres tienen estudios superiores (lo que equivale a un año y medio de educación) (OCDE, 2008c).⁸⁸

87. Según un trabajo de Hyslop (2001), el emparejamiento selectivo explica algo más del 20% del incremento de la desigualdad entre hogares en Estados Unidos.

88. Para ser rigurosos, también hay que decir que no todos son ventajas en los hogares en que los progenitores tienen educación superior. En muchos países, entre los que hay que incluir España, la inestabilidad de pareja es más elevada en este tipo de hogares, lo que expone a un mayor número de menores a la experiencia del divorcio y la vida en un hogar monoparental (con los riesgos asociados que conlleva).

6.2. Factores de desigualdad y vulnerabilidad educativa

La educación se ha convertido en un derecho básico, pero ni todo el mundo tiene las mismas opciones para formarse, ni tiene las mismas oportunidades para sacar el máximo partido a sus talentos naturales. Las diferencias de origen condicionan todavía la trayectoria educativa de los individuos, sus rendimientos a lo largo de esa trayectoria y los resultados sociales y económicos que se derivan de su logro educativo. La exclusión y la vulnerabilidad vienen definidas por aquellos factores sociales que ubican a las personas en situaciones de desventaja en la carrera educativa y, como consecuencia de ello, reducen sus oportunidades vitales en una sociedad (de la información y el conocimiento) que recompensa (cada vez más) la posesión de credenciales educativas y de conocimientos y habilidades adquiridas mayormente a través de la educación formal. El hecho de que el abandono prematuro, la carencia de estudios o el analfabetismo vayan asociados a situaciones de precariedad económica o laboral, o de mayor vulnerabilidad social en su vida cotidiana, no significa, sin embargo, que *per se* determinen situaciones de exclusión social intensa, o al menos no de forma tan fuerte como la falta de salud, la falta de empleo o de una prestación adecuada en la tercera edad. Son muchas las personas con bajos niveles educativos que consiguen una integración social plena y no padecen los efectos acumulativos de la exclusión. Sin embargo, hay razones para pensar que en los nuevos escenarios sociales esta posibilidad les puede resultar cada vez más difícil.

Una premisa muy extendida en las últimas décadas ha sido la idea de que la política educativa podía convertirse en un instrumento de aproximación a una sociedad en que las diferencias de origen llegaran a condicionar menos los logros educativos y sociales de los ciudadanos. Como hemos visto en la sección anterior, la política educativa se ha sustentado en la convicción de que debía impulsar el objetivo de la igualación de oportunidades. En este objetivo convergen el principio de equidad y el principio de eficiencia. Desde una perspectiva de equidad y justicia, es inadmisibles que los logros individuales reflejen la “lotería del nacimiento” en lugar de reflejar las capacidades latentes de los individuos o su esfuerzo. Desde la perspectiva de la eficiencia, una correlación alta entre los ingresos económicos de los padres y los de los hijos implica que la sociedad rentabiliza de forma ineficiente los talentos existentes, al permitir que un segmento considerable de sus niños mejor dotados (pero nacidos en un entorno desfavorecido) no lleguen a obtener la formación que podrían alcanzar (de manera que se malgasta su verdadero potencial), y en cambio otro segmento de niños peor dotados (pero nacidos en un entorno socioeconómico aventajado) logren mejores resultados como producto de las mayores inversiones que pueden realizar sus padres (Esping-Andersen, 2007: 9).

Las inversiones públicas encaminadas a mejorar el acceso a la educación de los colectivos desfavorecidos y a igualar las condiciones en que se desarrolla la escolarización (mejorando la calidad de la enseñanza impartida en los centros a los que acuden los estudiantes más desfavorecidos socialmente) han permitido incrementar el nivel educativo general de la población: *a rising tide has lift all the boats* (“con la subida de la marea han ascendido todos los barcos”). Pero hay dudas de que estas políticas hayan reducido significativamente la magnitud de las desigualdades transmitidas entre generaciones. Garantizado el acceso universal a la educación básica, en la mayoría de los países de la OCDE persisten desigualdades importantes en los logros educativos de los niños según su origen social y familiar, que abocan a determinados colectivos a riesgos mucho más elevados de abandono prematuro de los estudios. Esas desigualdades tienen raíces que no se encuentran en el sistema educativo y este difícilmente puede corregirlas. Entre estas influencias externas destacan por su importancia, los ingresos familiares, la estructura familiar, la procedencia nacional, y el capital cultural y social de las familias.

6.2.1. Pobreza y desigualdad educativa

La investigación internacional ha acreditado que los niños/as que crecen en familias con bajo nivel de renta tienden a encontrarse a menudo en situaciones adversas que afectan negativamente sus rendimientos educativos. A ello contribuyen diversos mecanismos: la pobreza implica generalmente alguna forma de privación material en el hogar. Las consecuencias de la privación dependen de la intensidad de esta pero también de cómo se distribuyen los recursos disponibles. En las decisiones acerca de la distribución de los recursos intervienen normalmente sólo las personas adultas. De su resultado depende que los niños cuenten con instrumentos necesarios para su educación (espacio propio, un escritorio, material escolar, un ordenador, etc.). En situación de precariedad económica, las familias se pueden ver empujadas a dar prioridad a otros gastos, y soportan con dificultad los costes de oportunidad de tener a un hijo/a escolarizado. La precariedad económica supone un problema especialmente importante para los hogares en etapas educativas no obligatorias donde los costes de escolarización son más altos, ya sea porque el acceso no es gratuito o porque los costes de oportunidad son altos (es decir, si la escolarización supone renunciar a posibles contribuciones financieras que puede realizar ese hijo/a).

La pobreza está asociada con dos factores adicionales que tienen probada influencia en el logro educativo: la salud infantil y las características del entorno residencial (OCDE, 2008: 215). En primer lugar, los niños/as que tienen problemas de salud encuentran más

dificultades para seguir los estudios, especialmente cuando los problemas de salud comportan una reducción de la asistencia a la escuela (Case, Lubotsky y Paxson, 2002). En segundo lugar, los entornos urbanos donde se crían los hijos/as de familias desfavorecidas a menudo son poco propicios para el logro educativo. En muchos de ellos, los problemas sociales (como la droga, la delincuencia o las pandillas) son comunes, las infraestructuras que promueven el desarrollo personal de los niños/as (parques, instalaciones deportivas, centros de salud...) son escasas y el valor social otorgado a la educación es reducido (Brooks-Gunn, Duncan y Aber, 1997). Las escuelas situadas en estas áreas concentran muchas veces las problemáticas sociales de los barrios, sin los recursos necesarios para hacerles frente.⁸⁹

En general, los estudios internacionales sugieren que el efecto de la pobreza sobre los rendimientos educativos no es muy fuerte, una vez se controlan otros factores correlacionados con la renta familiar, como el nivel educativo de los padres, su “capital cultural” o el nivel de apoyo y atención que prestan a sus hijos/as. Cabe destacar, además, que la investigación empírica acumulada detecta efectos más importantes de la renta familiar en las capacidades cognitivas y los rendimientos educativos durante los primeros años de la infancia que, más adelante, durante la adolescencia y la juventud (Brooks-Gunn y Duncan, 1997: 61-62).

6.2.2. La estructura familiar

Como pudimos comprobar en la edición anterior del Informe de la *Inclusión Social en España*, las familias monoparentales presentan un riesgo más alto de pobreza. Algunos trabajos de investigación han sugerido que el riesgo de bajos rendimientos y fracaso escolar es también más elevado en las familias monoparentales. Muchas de estas investigaciones ponen de manifiesto que lo que explican estas desventajas no es la monoparentalidad *per se*, sino las condiciones socioeconómicas a las que se ven abocadas las familias encabezadas por un solo progenitor (Biblarz y Raftery, 1999, y Gregg *et al.*, 1999). En una familia monoparental, las aportaciones económicas que realiza el progenitor que no convive con el menor (normalmente el padre) suelen reducirse, lo que puede generar situaciones de privación que afectan al menor (Fustenber, Morgan y Allison, 1987; McLannahan, Seltzer, Hanson y Thomson, 1994, y Cherlin, 1999).

Junto a los déficits en el dinero que los progenitores ausentes invierten en sus hijos/as, aparecen a menudos déficits en el tiempo que les dedican (Amato, 1987; Astone y McLannahan, 1991, y Dornbush *et al.*, 1985). Trabajos recientes ponen de manifiesto que las prácticas edu-

89. La concentración puede venir provocada por el abandono de los centros educativos públicos por parte de los niños cuyas familias pueden sufragar un centro privado (OCDEb, 2007 63-65).

La precariedad económica supone un problema especialmente importante para los hogares en etapas educativas no obligatorias donde los costes de escolarización son más altos.

Trabajos recientes ponen de manifiesto que las prácticas educativas del progenitor ausente y, en particular, el grado de supervisión y seguimiento de los problemas educativos y personales de su hijo/a, tienen una influencia positiva sobre su bienestar psicológico y resultados escolares.

cativas del progenitor ausente y, en particular, el grado de supervisión y seguimiento de los problemas educativos y personales de su hijo/a, tienen una influencia positiva sobre su bienestar psicológico y resultados escolares (Amato y Gilberth, 1999). Estos estudios apuntan a la posibilidad de que las aportaciones económicas que realizan los padres ausentes son en realidad un “subproducto” de la calidad de la relación que mantienen con su hijo/a. Cuando la relación es intensa, los padres son más proclives a pagar la manutención de sus hijos/as que les corresponde y a realizar inversiones adicionales.⁹⁰

6.2.3. Inmigración

En la mayoría de los países occidentales, los menores de origen inmigrante suelen obtener peores resultados educativos. Estos déficits reflejan, por un lado, “efectos de composición” y, por otro, dificultades de adaptación a la nueva realidad. Respecto a los primeros, los inmigrantes suelen ocupar peores empleos que la población autóctona, tienen un riesgo más alto de pobreza, viven más a menudo en viviendas en malas condiciones y barrios degradados, donde son comunes otros problemas sociales y las escuelas afrontan el reto de integrar a poblaciones étnicamente heterogéneas. A ello hay que añadir las barreras lingüísticas y culturales que los niños/as de origen inmigrantes afrontan cuando llegan al nuevo país.

En los estudios PISA realizados en los distintos países de la OCDE en 2000 y 2003, los estudiantes inmigrantes de primera generación y segunda generación obtienen peores resultados en matemáticas, ciencia y lectura (salvo en Canadá). Los resultados empeoran cuando los estudiantes utilizan en la escuela una lengua distinta a la que emplean habitualmente en casa. En general, los bajos rendimientos académicos no pueden atribuirse a una falta de interés o motivación de los propios niños. Los de origen inmigrante suelen mostrar actitudes más positivas que los autóctonos hacia la escuela y el aprendizaje; sin embargo, muestran menor confianza que otros estudiantes en sus capacidades (OCDE, 2006).

A pesar de que los resultados de los estudios PISA son bastante consistentes en los distintos países, estudios nacionales realizados en los países anglosajones revelan la existencia de una variabilidad considerable en los resultados educativos de distintos grupos étnicos. Esta variabilidad obedece, en parte, al perfil socioeconómico diferenciado de distintos

90. En España, con una muestra representativa de adolescentes catalanes extraída del “Panel de familias e infancia”, Pau Mari-Klose *et al.* (2008) han acreditado que los menores que conviven con un solo progenitor tienden a obtener notas más bajas que los niños/as que viven en un hogar biparental. Ahora bien, los efectos estadísticos de la monoparentalidad sobre los resultados académicos desaparecen cuando se controlan estadísticamente el grado de seguimiento del padre ausente y el nivel de renta del hogar. Esto es, a igualdad de condiciones económicas y de dedicación parental, la monoparentalidad no reduce los rendimientos académicos.

grupos migratorios (definido por el nivel educativo y profesional de los progenitores), pero también está relacionada con características no estrictamente socioeconómicas, que incluyen una gama variada de prácticas y valores, como el familismo, el respeto a la autoridad, la ética del esfuerzo o la valoración del éxito escolar (Kao y Thompson, 2003).

6.2.4. Capital social y cultural de las familias

El grado de implicación de los padres en la educación de sus hijos y la “calidad” de las orientaciones, habilidades y conocimientos transmitidos tiene efectos decisivos en las trayectorias educativas de los menores. Son lo que se conoce como capital social y capital cultural de las familias. Los indicadores más comunes de capital social se refieren al grado de comunicación entre padres e hijos/as sobre diferentes asuntos, al nivel de atención que los padres prestan a los problemas educativos de sus hijos, su implicación en las actividades de las asociaciones de padres y madres de alumnos, y a la frecuencia con que padres y madres se dirigen a los profesores o tutores de sus hijos o participan en actividades escolares (McNeal, 1999). El capital cultural tiene, asimismo, diversas dimensiones. Habitualmente se refiere a un conjunto variado de recursos culturales, no solo materiales, que favorecen la estimulación cognitiva de los niños/as y su adaptación a las exigencias escolares (puesto que facilitan su interacción con los profesores). Entre estos recursos figuran los lingüísticos (un vocabulario apropiado), gustos (una capacidad para apreciar las expresiones de “excelencia” cultural) y bienes (como prensa diaria, libros...). El capital cultural está correlacionado con la educación de los padres y con los ingresos del hogar, pero ni la posesión de credenciales ni de recursos financieros asegura que una familia sea capaz de transmitir las habilidades, valores y motivaciones que promueven el éxito escolar de sus hijos/as (DiMaggio y Mohr, 1982, y Esping-Andersen, 2007).

Son numerosos los estudios que han acreditado la importancia del capital social y capital cultural en diversas etapas de la trayectoria educativa de niños, adolescentes y jóvenes. La evidencia existente sugiere que las interacciones entre padres e hijos en los primeros años de vida son especialmente determinantes. Según algunos autores es en estas edades prematuras cuando se conforman las capacidades cognitivas básicas, y los estímulos parentales contribuyen de forma decisiva a que este proceso se culmine satisfactoriamente.

Una cuestión clave es si estos efectos beneficiosos del capital social aumentan o reducen las desventajas educativas de los grupos sociales más desfavorecidos. Las respuestas a esta pregunta no apuntan en una dirección clara, ya que depende de los contextos y grupos estudiados. Algunos estudios sugieren que si bien todos los niños tienden a beneficiarse de la implicación paternal, sea cual sea su extracción social, la magnitud de ese beneficio

El grado de implicación de los padres en la educación de sus hijos y la “calidad” de las orientaciones, habilidades y conocimientos transmitidos tiene efectos decisivos en las trayectorias educativas de los menores.

es mayor en los grupos de renta más alta (MCNeal, 2001, y Teachman, Paasch y Carver, 1997). Otros trabajos detectan, en cambio, mayores beneficios para los grupos más desfavorecidos. Con una muestra longitudinal de británicos nacidos en 1958 (“National Child Development Study”), Darcy Hango (2005) pone de manifiesto que los niños procedentes de familias con bajos niveles de renta tienen una probabilidad más alta de no poseer titulaciones educativas cuando son adultos (a los 33 años). En estas familias, la existencia de elevados niveles de implicación de los padres en la educación de los hijos compensa en buena medida el efecto de las desventajas socioeconómicas sobre la probabilidad de tener una credencial educativa. Estos resultados apuntan en la misma dirección que los resultados que obtienen recientemente Pau Marí Klose *et al.* (2008) en un análisis trasversal de los determinantes de las calificaciones escolares de una muestra de adolescentes catalanes (“Panel de familias e infancia”). La probabilidad de suspender se reduce en los adolescentes de familias de rentas bajas donde los progenitores realizan un elevado seguimiento de la actividad escolar de su hijo/a, en un grado mayor que entre los adolescentes de grupos más favorecidos que realizan un seguimiento similar.

En los análisis que presentamos a continuación se exploran algunas de las condiciones que afectan negativamente a la equidad educativa en nuestro país. El tipo de herramientas analíticas disponible no permite acercarse al objeto de estudio de forma óptima. A diferencia de lo que ocurre en los países anglosajones, en España no disponemos de estudios con suficiente profundidad longitudinal para analizar con todas las garantías los mecanismos a través de los cuales las personas acaban abocadas a situaciones de desventaja en la carrera educativa. A falta de estas herramientas, nuestro análisis se centra en determinadas etapas cruciales en la trayectoria educativa de los individuos y su transición de la escuela al trabajo. Comenzamos analizando el acceso a la educación preescolar antes de los cuatro años, considerada por muchos expertos una etapa decisiva en la conformación de las capacidades cognitivas de los individuos. A continuación analizamos la formación y expectativas educativas de los adolescentes a los 15 años, en el año previo a la finalización de su etapa de escolarización obligatoria. En tercer lugar, nos fijamos en los procesos de transición de la escuela al trabajo, examinando los perfiles ocupacionales y las carreras laborales de los jóvenes en sus primeros años fuera de la escuela. Nuestro interés se centra en dibujar la vulnerabilidad de los jóvenes con trayectorias educativas más cortas, sin dejar de asomarnos a las dificultades de inserción laboral de colectivos con mayor formación. Por último, analizamos la distribución social de oportunidades que se presentan a lo largo de la vida para seguir formándose, y adquirir así herramientas para adaptarse a las exigencias de un mercado de trabajo crecientemente volátil.

7. VULNERABILIDAD EDUCATIVA EN ESPAÑA

7.1. La expansión educativa en España: perspectivas comparadas

En el siglo XX se produjo una expansión sin precedentes de los niveles educativos de la población de los países desarrollados. Las generaciones nacidas en las primeras décadas del siglo tenían unos niveles de capital humano reducidos. En la mayoría de los países, la educación obligatoria era un período corto y un segmento importante de la población acudía a la escuela de forma intermitente o permanecía al margen del sistema educativo.⁹¹ De ahí que las tasas de analfabetismo y personas sin estudios fueran muy altas. Esta situación cambia a partir de la segunda mitad del siglo XX. El crecimiento económico que experimentan la mayoría de los países occidentales en la posguerra impulsa la demanda de mano de obra cualificada. En este contexto, los gobiernos extienden la escolarización obligatoria para adaptar el sistema educativo a las necesidades económicas y los jóvenes prolongan cada vez más su educación para sacar partido a las nuevas oportunidades laborales que ofrece el mercado de trabajo.

España no permanece ajena a estas tendencias internacionales, aunque los cambios llegan más tarde. En las últimas cinco décadas, el período de educación formal obligatoria se ha doblado. Hasta 1963 la etapa de enseñanza obligatoria abarcaba desde los seis hasta los doce años. En 1964 se extendió el límite superior de la educación obligatoria a los 14 años. La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE) lo amplió en otros dos años, permitiendo a las nuevas generaciones asimilarse a los jóvenes de otros países de la OCDE, donde predomina la formación básica de diez años de duración. Entre 1975 y finales de los noventa, la presencia de los jóvenes de 6 a 16 años en el sistema se ha universalizado, mientras que las tasas netas de escolarización también se han incrementado de forma extraordinaria en etapas no obligatorias. Entre 1975-1976 y 1999, la escolarización a la edad de 3 años pasa del 1,5% al 75%, la de los 4 años pasa del 51% a más del 99% y la población de 17 años escolarizada alcanza el 80% en 1999, mientras que en 1975 era del 36% (datos del MEC y OCDE, 2001).

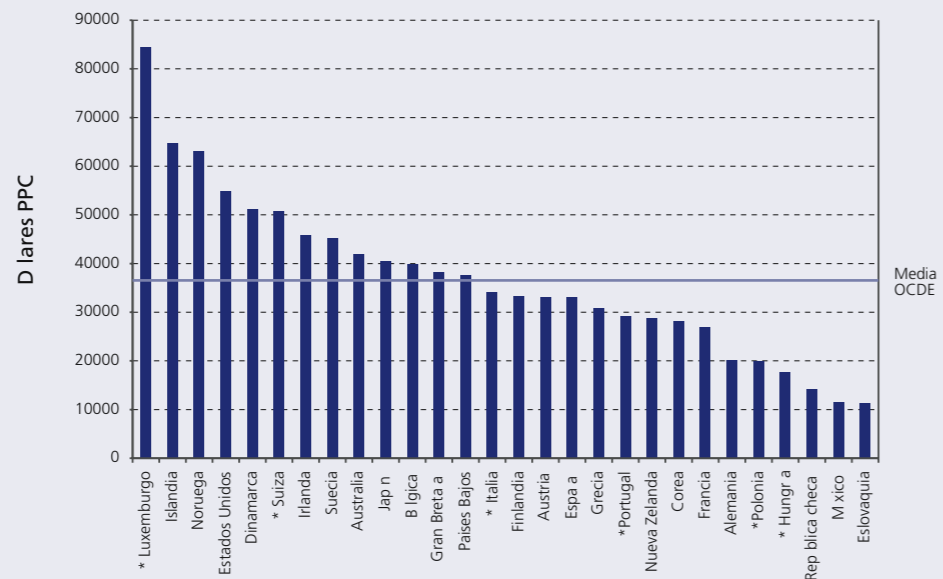
La rápida expansión de la educación en España ha sido propiciada por un incremento extraordinario del gasto público en educación. Este gasto ha pasado del 1,8% del producto interior bruto en 1975 a cerca del 5% a mediados de la década de los noventa, para iniciar un ligero descenso desde entonces (en 2005 se sitúa en el 4,2% del PIB), coincidiendo con la disminución de la población escolar provocada por el descenso brusco de la fecundidad. En

91. En España desde 1857 está vigente la Ley Moyano, que prescribe una escolarización obligatoria entre los seis y nueve años.

todo este período, el peso de la financiación privada se ha mantenido constante. En 2005, el gasto público representa el 93,5% del gasto total en educación primaria y secundaria, el 88% del gasto total en educación preescolar y el 77% en educación universitaria. Estos porcentajes sitúan a España muy cerca de los valores medios de la Unión Europea (UE19), situados en 94%, 83% y 83% respectivamente (OCDEb, 2008).

En estos años de estancamiento del gasto privado se ha producido un aumento considerable del gasto en educación por estudiante, impulsado fundamentalmente por la financiación pública. En la última década, marcada por la contracción del gasto educativo total (según PIB), el gasto público por estudiante ha seguido aumentando. Entre 1995 y 2005 lo hizo un 37%, lo que equivale al incremento medio de los países de la Unión Europea. En contra de una imagen muy extendida, España gasta en educación lo que le corresponde por nivel de desarrollo (OCDEb, 2008: 212). Eso supone un gasto medio por estudiante que se sitúa cerca de la media de los países europeos (UE19), ligeramente por debajo del gasto medio europeo por estudiante en educación primaria y secundaria, pero por encima en educación universitaria.

Gráfico 7.1. Gasto acumulado por estudiante en educación primaria ajustado según la duración de la educación primaria (a) (2005)

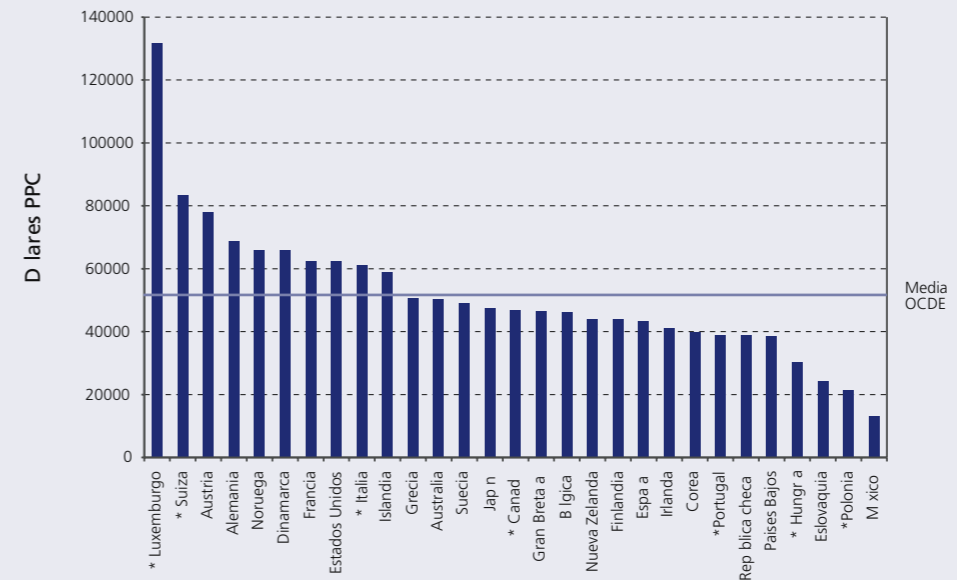


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de Education at Glance 2008, OCDE (p.218, 221-222).

Nota: a) El gasto acumulado es resultado de multiplicar el gasto en dólares por paridad de poder de compra en determinado ciclo, por la duración media de dicho ciclo.

* Sólo instituciones públicas.

Gráfico 7.2. Gasto acumulado por estudiante en educación secundaria ajustado según la duración de la educación secundaria (a) (2005)

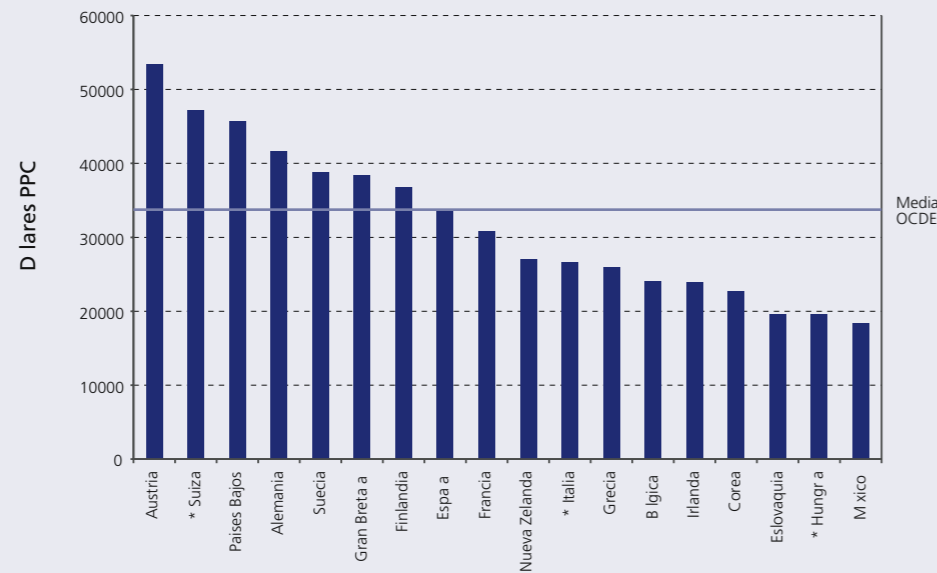


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de Education at Glance 2008, OCDE (p.218, 221-222).

Nota: a) El gasto acumulado es resultado de multiplicar el gasto en dólares por paridad de poder de compra en determinado ciclo, por la duración media de dicho ciclo.

* Sólo instituciones públicas.

Gráfico 7.3. Gasto acumulado por estudiante en educación terciaria ajustado según la duración de la educación terciaria (a) (2005)

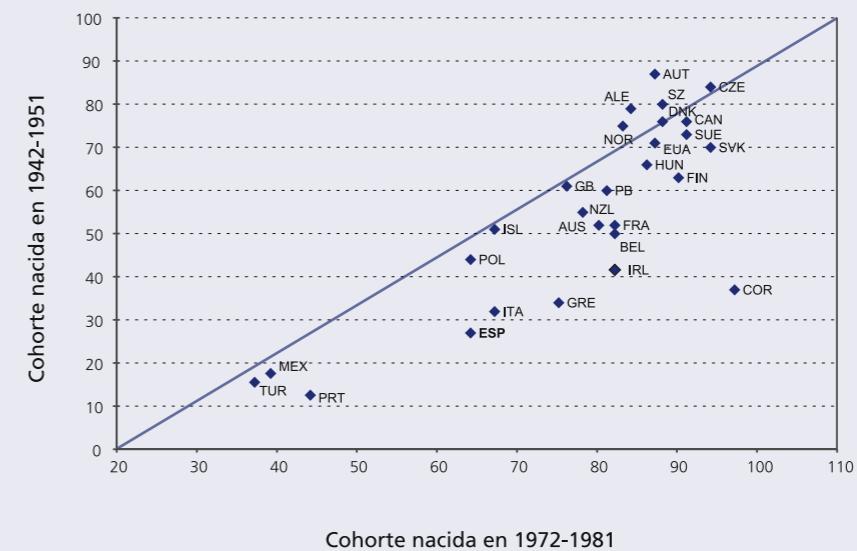


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de Education at Glance 2008, OCDE. (p.218, 221-222).
 Nota: a) El gasto acumulado es resultado de multiplicar el gasto en dólares por paridad de poder de compra en determinado ciclo, por la duración media de dicho ciclo.
 El gasto excluye partidas dedicadas a investigación y desarrollo (I+D).
 * Solo instituciones públicas.

Gracias al refuerzo del compromiso público con la educación, el porcentaje de personas sin titulación de primaria se ha reducido a niveles insignificantes. En 2006, menos del 2% de la población de 25 a 34 años no tiene estudios (frente al 40% de la población de 65 y más años). A pesar de ello, España sigue siendo uno de los países de la OCDE con una proporción más baja de personas que han completado la educación secundaria superior (bachillerato o FP2). Sólo el 51% de la población española de edades comprendidas entre 25 y 64 años tiene un título de estas características (ISCED 3A, 3B y 3C de ciclo largo) (OCDEb, 2008). Eso se debe a la diferencia de educación entre generaciones. Mientras sólo un 27% de las personas nacidas en la posguerra tienen titulación secundaria postobligatoria, el 64% de las personas nacidas en los años de transición a la democracia la han alcanzado. En comparación con la media de los países de la UE19 o de la OCDE, sigue existiendo una desventaja educativa en lo que respecta a la proporción de personas con educación secundaria postobligatoria. Pero

la brecha se ha ido cerrando. Entre las personas de 55 a 64 años, la proporción de titulados en educación secundaria postobligatoria o en una titulación superior es la mitad en España que en la UE19 (27% en España, 55% en la UE19). Entre las personas de 23 a 34 años, es un 25% más baja (64% en España, 80% en la UE19).

Gráfico 7.4. Titulados en educación secundaria post-obligatoria en los países de la OCDE, según cohorte (2006)

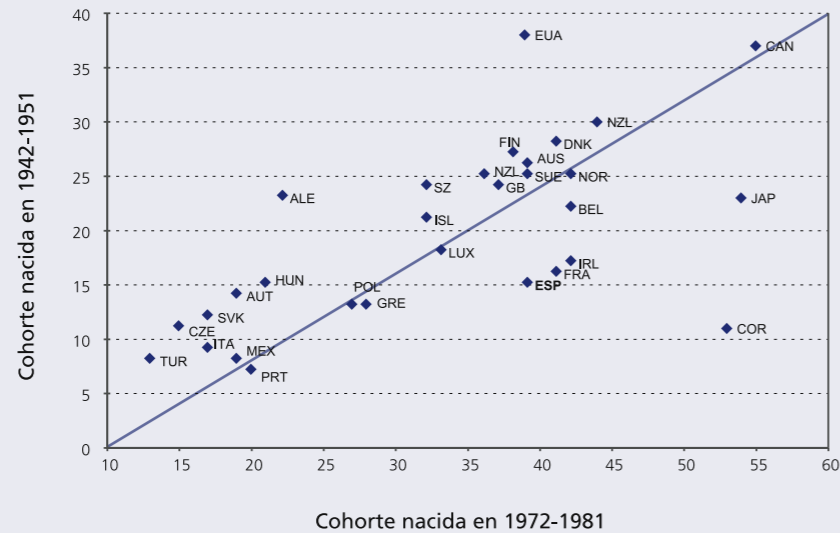


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de Education at Glance 2008, OCDE (p.43).

Donde el progreso de la expansión educativa ha sido más evidente es en el porcentaje de titulados universitarios. Mientras la proporción de titulados universitarios en los nacidos en la posguerra era del 15%, en los nacidos durante la transición es el 39%. El crecimiento de la población universitaria ha sido mayor que en otros países de la OCDE. La proporción de titulados universitarios de edades comprendidas entre 25 y 34 años supera en 9 puntos la de la media de titulados en la Unión Europea (UE19). En la Unión Europea, la ratio de titulados universitarios de 25 a 34 años y titulados universitarios de 55 a 64 años (2,6) solo es superior en Portugal (2,9). La media europea se sitúa en 1,7.

Las mujeres están protagonizando en primera persona la expansión educativa, especialmente en los niveles superiores de la educación.

Gráfico 7.5. Titulados en educación universitaria en los países de la OCDE, según cohorte de nacimiento (2006)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de Education at Glance 2008, OCDE (p.44).

7.2. La expansión educativa en España: protagonistas del éxito educativo

La evolución de los stocks de capital humano ha repercutido positivamente sobre el conjunto de la población española. En un contexto de expansión del sistema educativo, creciente demanda de mano de obra cualificada y aumento de prosperidad, todos los grupos sociales mejoran: *the rising tide lifts all the boats* (“la marea arrastra todos los barcos hacia arriba”). Pero no todos los grupos se benefician de la misma manera, sino que algunos colectivos, sectores sociales y territorios experimentan mejoras más importantes que otros.

En el proceso de expansión educativa ha jugado un papel importante la incorporación de las mujeres a la educación superior. El porcentaje de mujeres con título de secundaria posobligatoria ha pasado del 8,2% en la cohorte nacida antes del año 1931 al 72% en la nacida entre 1971 y 1980. El porcentaje de mujeres con titulación universitaria ha aumentado del 4% al 45,4%. Las mujeres están protagonizando en primera persona la expansión educativa, especialmente en los niveles superiores de la educación. A los 17 años, el 69,5% de las mujeres están cursando enseñanza secundaria posobligatoria, por solo el 57,8% de los

varones. A los 18 años, el 67% de las mujeres y el 55% de los hombres están escolarizados en enseñanzas posobligatorias. El 33,9% de las mujeres realizan estudios superiores (frente al 21,8% de los hombres) y el 33,6% (el mismo porcentaje que los hombres) están matriculadas en la enseñanza secundaria de segunda etapa.

Tabla 7.1. Titulados en educación secundaria y universitaria según cohortes de nacimiento y sexo

Cohorte nacida en	Titulados en educación secundaria posobligatoria		Titulados en educación superior	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
1971-1980	63%	71%	35%	45%
1961-1970	54	56	29	33
1951-1960	46	39	24	18
1941-1950	35	21	20	10
1931-1940	23	13	14	5,9
1930 y anteriores	17	8,2	9,9	4,2

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la ECV_2005, INE.

En este proceso, el acceso a la enseñanza superior se ha democratizado. En la cohorte nacida entre 1971 y 1980, una de cada cuatro personas cuyos padres (hombres) no tienen titulación académica alguna y uno de cada tres cuyos padres tienen sólo educación universitaria, han obtenido un título universitario. En la cohorte de personas nacidas entre 1941 y 1950 sólo el 5,6% de las personas cuyo padre no tenía estudios y el 14,4% de las personas cuyo padre tenía educación primaria tiene hoy un título universitario. Los cambios sociales, culturales y políticos acaecidos en las últimas décadas han favorecido que la puerta de la educación superior se abriera a colectivos tradicionalmente excluidos. Eso no significa, sin embargo, que pueda hablarse de una igualación del logro educativo. La expansión de la educación ha tenido lugar en todos los grupos sociales, de manera que la brecha entre personas que provienen de familias con nivel educativo elevado y familias con nivel educativo bajo sigue existiendo. El 73% de las personas nacidas entre 1971 y 1980 cuyo padre tenía un título universitario también lo tienen (frente al 58% en los nacidos entre 1941 y 1950).

Tabla 7.2. Nivel de educación de los hijos/as de las cohortes nacidas en 1971-1980 y 1940-1950 según nivel educativo de su padre

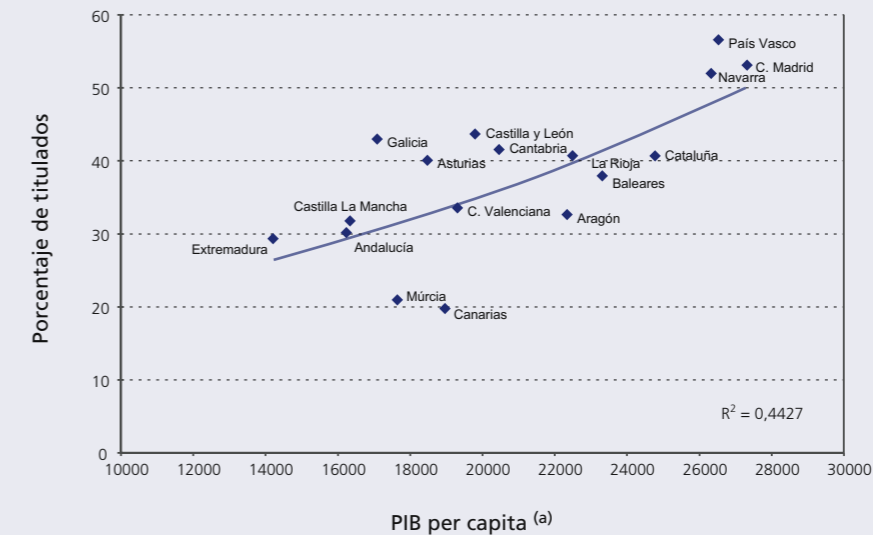
Nivel educativo del hijo/a	Cohorte nacida en	Nivel educativo del padre				
		Inferior a primaria	Primaria	Secundaria obligatoria	Secundaria postobligatoria	Universitaria
Primaria	1971-1980	30%	14%	2,3%	3,8%	1,3%
	1940-1950	73	56	20	12	6,4
Secundaria obligatoria	1971-1980	29	23	26	6,8	3,3
	1940-1950	15	18	30	10	5,4
Secundaria postobligatoria	1971-1980	21	28	28	31	23
	1940-1950	7	12	20	36	30
Universitaria	1971-1980	20	35	43	58	73
	1940-1950	5,6	14	30	42	58

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la ECV_2005, INE.

El logro educativo se transmite intergeneracionalmente. Los riesgos de fracaso educativo también.

Las transformaciones educativas han afectado de forma desigual a las distintas comunidades autónomas. En algunas CCAA, el porcentaje de personas de 25 a 39 años con educación superior supera el 50%. Así ocurre en el País Vasco (56,2%), Madrid (52,2%) y Navarra (51,2%). En el otro extremo, en Andalucía (29,8%), Extremadura (29%), Canarias (24,9%) y Murcia (20,6%) no llegan al 30% los titulados universitarios en la generación nacida entre 1966 y 1981. El acceso a la educación superior guarda relación con el grado de desarrollo económico. Las comunidades más ricas tienen porcentajes elevados de titulados superiores, mientras que las menos desarrolladas presentan, por lo general, proporciones más bajas. Pero existe un grado importante de variabilidad no explicada, que tiene que ver en parte con la estructura ocupacional y las oportunidades laborales. Las comunidades costeras de la franja mediterránea y los archipiélagos tienen una proporción de titulados universitarios inferior a la que le correspondería en función de su nivel de desarrollo. Por el contrario, las CCAA de la franja atlántica (Galicia, Asturias y Cantabria) y Castilla y León tienen un porcentaje relativamente alto de titulados universitarios en la generación más joven.

Gráfico 7.6. Titulados en educación universitaria por CCAA en la cohorte nacida en 1966-1980



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de Contabilidad Regional de España Base 2000 y la ECV_2005, INE. Nota: a) Los datos de PIB 2005 tienen carácter provisional.

La vulnerabilidad educativa severa es prácticamente inexistente en las familias donde el padre o la madre tienen educación superior. La vulnerabilidad moderada es 5,6 veces más alta en los hogares donde el padre tiene estudios primarios que en los que tiene estudios superiores y 11,2 veces mayor cuando es la madre la que tiene estudios primarios.

7.3. Las nuevas caras del fracaso educativo

En un contexto de expansión educativa, la sociedad española se muestra cada vez más preocupada por el fracaso escolar. Bajo la etiqueta de “fracaso” subyacen realidades distintas, que tienen que ver con el abandono educativo sin titulación. Realidades a las que corresponden diferentes horizontes vitales. En primer lugar, tenemos la situación más extrema de las personas que abandonan los estudios sin el título de la educación secundaria obligatoria. Entre los 18 y 24 años un 7,3% de la población no tiene el título en ESO y no sigue ningún tipo de formación. La mayoría de estas personas no llegarán a conseguir esa titulación. Se trata del grupo que experimenta la mayor vulnerabilidad educativa (a la que podemos llamar, parafraseando las etiquetas aplicadas a los distintos umbrales de pobreza, *vulnerabilidad educativa severa*).

Pero la noción de fracaso más extendida está ligada a un grupo más numeroso: el de los jóvenes que no llegan a obtener un título de educación secundaria posobligatoria. España aparece repetidamente en los estudios de la OCDE como uno de los países peor situados en el llamado indicador de abandono educativo prematuro: el porcentaje de personas de 18 a 24 años sin titulación secundaria posobligatoria y que no siguen estudiando (que nosotros denominaremos *vulnerabilidad educativa moderada*). Según datos del Ministerio de Educación y Ciencia, en 2007 el 31% de la población de 18 a 24 años se encuentra en esta situación de vulnerabilidad educativa moderada (MEC, 2008: 24). A pesar de que se trata de una cifra alta en relación con otros países, el progreso realizado desde inicios de la década de los noventa –cuando ese porcentaje se situaba por encima del 40%– ha sido considerable.⁹²

Tanto la vulnerabilidad educativa severa como la moderada son más comunes en los hombres que en las mujeres. La vulnerabilidad severa afecta al 9,8% de los hombres y al 5,5% de las mujeres (datos de la ECV, elaboración del Instituto de Infancia y Mundo Urbano, CIIMU). La vulnerabilidad moderada también es predominantemente masculina. Según datos del Ministerio de Educación y Ciencia de 2007, afecta al 36,1% de los hombres y al 25,6% de las mujeres (Consejo Económico y Social, 2009: 244). Eso significa que la cara del fracaso educativo es fundamentalmente masculina. En este aspecto, España no se diferencia de otros países. En los últimos años, en la mayoría de los países de la OCDE, las tasas de graduación en los niveles inferiores del sistema educativo son mayores en las mujeres que en los varones. El informe *Education at Glance 2008*, de la OCDE, constataba que las tasas de graduación de las chicas en la enseñanza secundaria de segunda etapa en la edad típica de graduación son superiores a las de los chicos en 22 de los 24 países de la OCDE examinados. En España la diferencia entre sexos es de 16 puntos (64% de los hombres y 80% de las mujeres). La magnitud de la diferencia es superior a todos los demás países, excepto Dinamarca y Nueva Zelanda (y dobla la diferencia observable en la UE19).⁹³ Aparentemente, la diferencia va ensanchándose a medida que España obtiene tasas de graduación más altas: 12 puntos en 1998 (61%/73%), 13 en 2002 (62%/75%), 16 en 2006 (64%/80%) (OCDE, 2000, 2004 y 2008). Las tasas de graduación de las mujeres en España se sitúan siete puntos por debajo de la media de la UE19; la de los hombres, 18 puntos por debajo.

La segunda cara del fracaso es la inmigración de países no europeos. Los datos de la “Encuesta de Condiciones de Vida 2007” ponen de relieve que el 15% de los jóvenes de

origen extranjero no comunitario de 18 a 24 años no ha obtenido el título de la educación secundaria obligatoria y no siguen formación alguna (elaboración del CIIMU a partir de la ECV 2007). Un 44,3% no ha conseguido titulación en educación secundaria postobligatoria. Se trata de una de las proporciones más altas de la Unión Europea, sólo superada por Grecia, Italia y Portugal (Consejo Económico y Social, 2009b: 32-33). Es posible que, en algunos casos, buena parte de su trayectoria educativa haya transcurrido en otro sistema educativo y se hayan incorporado al sistema educativo español a edades avanzadas. Algunos de ellos quizás nunca han estudiado en España. Resulta preocupante que estas diferencias puedan cristalizar en fracturas sociales con implicaciones a largo plazo. Como se apuntó en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, la población menor de edad de origen inmigrante presenta tasas de pobreza inusualmente altas (el 52% de las personas menores de 16 años viven en un hogar en situación de pobreza). En el primer bloque de este informe constatábamos la existencia de algunos riesgos que afectan a su salud. La vulnerabilidad educativa es una dimensión más de la exclusión social que incide negativamente en sus oportunidades vitales.

El logro educativo se transmite intergeneracionalmente. Los riesgos de fracaso educativo también. La Tabla 7.3 muestra las proporciones de jóvenes de 18 a 24 años con vulnerabilidad educativa moderada y severa según el nivel educativo máximo alcanzado por sus progenitores. Debido a las características del cuestionario de la “Encuesta de Condiciones de Vida 2007”, solo contamos con evidencia acerca de la educación de los padres y madres de aquellos jóvenes que (todavía) conviven con sus progenitores. Los resultados ilustran la estrecha relación entre abandono prematuro y el nivel educativo de los progenitores. La vulnerabilidad educativa severa es prácticamente inexistente en las familias donde el padre o la madre tienen educación superior. La vulnerabilidad moderada es 5,6 veces más alta en los hogares donde el padre tiene estudios primarios que en los que tiene estudios superiores y 11,2 veces mayor cuando es la madre la que tiene estudios primarios.

92. En realidad el progreso tuvo lugar en la década de los noventa. Desde el año 2000 no ha habido cambios significativos.

93. En países con diferencias más pequeñas como el Reino Unido (siete puntos porcentuales), el debate sobre el logro diferencial de hombres y mujeres lleva años siendo objeto de debate público y reflexión académica.

El dibujo que emerge del fracaso educativo nos remite a realidades extraescolares: realidades socioeconómicas ajenas a prácticas organizativas o didácticas en las escuelas.

Tabla 7.3. Vulnerabilidad educativa (moderada y severa) según nivel de estudios de los padres^(a)

Nivel educativo de los padres	Vulnerabilidad educativa moderada ^(b)	Vulnerabilidad educativa severa ^(c)
Educación de la madre		
Primaria	35%	11%
Secundaria obligatoria	31	6,9
Secundaria postobligatoria	16	2,2
Universitaria	3,2	0,9
Educación del padre		
Primaria	35	11
Secundaria obligatoria	30	4,8
Secundaria postobligatoria	15	1,8
Universitaria	6,4	1,1

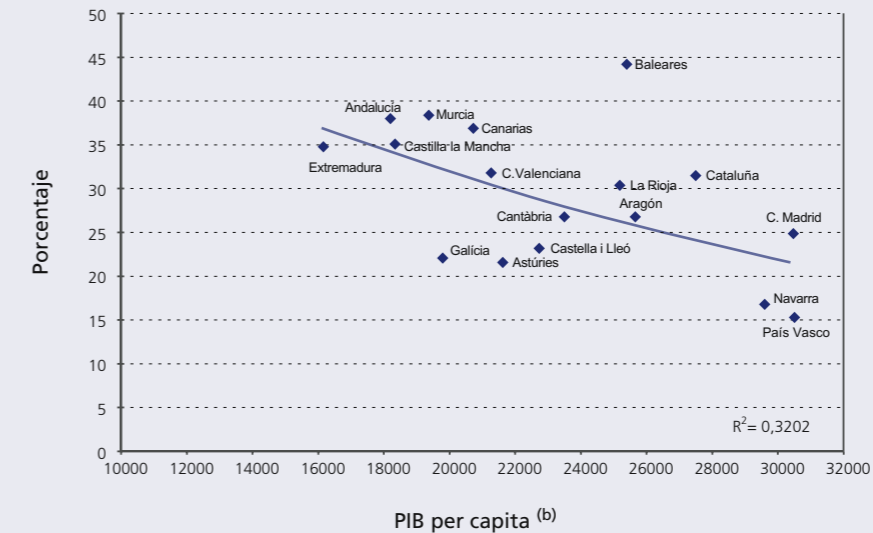
Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la ECV_2007, INE.

Nota: a) Sólo se analizan las situaciones de vulnerabilidad de los/as jóvenes de 18 a 24 años que conviven con su padre o madre.

- b) “Vulnerabilidad educativa moderada” se refiere a los jóvenes de 18 a 24 años que no han completado la educación secundaria postobligatoria y que no siguen estudiando.
 c) “Vulnerabilidad educativa severa” se refiere a los jóvenes de 18 a 24 años que no han completado la educación secundaria obligatoria y que no siguen estudiando.

El panorama territorial del fracaso escolar es bastante consistente con el del éxito educativo. Como puede observarse en el Gráfico 7.7, el desarrollo económico es un factor asociado al nivel de abandono escolar prematuro. Pero sólo parte de la variabilidad queda explicada por el nivel de desarrollo. Diversas comunidades presentan tasas de abandono prematuro significativamente más altas de lo que cabría esperar. Para explicar esas diferencias hay que tener en cuenta, a nivel agregado, las variables que inciden en el fracaso individual, como la proporción de alumnado extranjero matriculado en enseñanzas no universitarias o el nivel educativo de las generaciones adultas. Según datos del MEC (2008:11), el 9,4% de los estudiantes de enseñanzas no universitarias son extranjeros. La Rioja, Baleares, Madrid, Murcia, Cataluña, Aragón, la Comunidad Valenciana y Navarra superan esa media. A excepción de Navarra, todas ellas presentan una tasa de abandono educativo prematuro superior a la que les corresponde por nivel de desarrollo. Igualmente, comunidades donde las generaciones adultas de edades intermedias tienen niveles educativos muy bajos tienden a presentar mayores tasas de abandono prematuro. En comunidades como Murcia y Andalucía más del 40% de la

Gráfico 7.7. Personas de 18 a 24 años con vulnerabilidad educativa moderada según CCAA^(a) (2007)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de Contabilidad Regional de España Base 2000, INE y MEC 2007.

Nota: a) Población de 18 a 24 años que no tiene titulación de secundaria postobligatoria y que no sigue ningún tipo de formación.

b) Datos de PIB 2007 tienen carácter provisional.

población masculina nacida entre 1946 y 1965 (y que potencialmente son los progenitores de los jóvenes de 18 a 24 años) tiene sólo educación primaria.

Por otro lado, al igual que sucediera con el éxito educativo, la influencia de la estructura productiva y las oportunidades laborales es bastante aparente en la franja mediterránea y los archipiélagos, donde los porcentajes de abandono prematuro se sitúan por encima de lo que les correspondería simplemente por nivel de desarrollo. Llama poderosamente la atención la situación de las Baleares, donde algo más de cuatro de cada diez personas de 18 a 24 años no han completado el nivel de educación secundaria de segunda etapa y no siguen ningún tipo de educación-formación. Evidentemente esta situación no es ajena a un mercado de trabajo que demanda mano de obra poco cualificada. A ello hay que añadir que las Islas Baleares constituyen, junto a La Rioja, la comunidad autónoma con presencia más elevada de alumnado extranjero, con un 14,4% de los estudiantes matriculados en enseñanzas no universitarias (MEC, 2008: 11).

El dibujo que emerge del fracaso educativo nos remite a realidades extraescolares: realidades socioeconómicas ajenas a prácticas organizativas o didácticas en las escuelas. Se trata de situaciones que, en palabras de Julio Carabaña “no son fáciles de remediar” con políticas exclusivamente educativas. Tras un periodo de indudable progreso, el margen de la política educativa para mejorar ciertos resultados es cada vez más limitado. El gasto educativo en España en los distintos niveles de los itinerarios formativos se corresponde con el que realizan otros países con su mismo grado de desarrollo. Queda poco margen para la experimentación organizativa y didáctica. Las estrategias organizativas y las prácticas pedagógicas que en otros países funcionan, en muchos casos ya se aplican. Quizás sea el momento de reconocer dónde se concentran las principales formas de vulnerabilidad educativa (en lugar de parapetarse detrás de cifras agregadas que esconden realidades muy dispares), y cuáles son los factores socioeconómicos que las provocan. Y, a partir de ahí, impulsar políticas integrales de apoyo a la infancia, a la adolescencia y a sus familias, con especial atención a los colectivos en riesgo. Es en este ámbito de la política pública donde, como puso de manifiesto el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, radica realmente el hecho diferencial del Estado español en comparación con los países con mejores resultados educativos.

8. DETERMINANTES DE LA DESIGUALDAD EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

La preocupación por el logro de la igualdad en el ámbito de la educación trasciende la dimensión puramente ética o ideológica. Existe un alto grado de consenso entre investigadores, analistas y responsables políticos sobre la necesidad de garantizar a todos los individuos, con independencia de su origen familiar, capacidades básicas para participar en la carrera educativa. Procurar unos mínimos educativos y culturales a todo el mundo es una forma de sacar el máximo partido a su talento y a sus aptitudes naturales, y de facilitar su integración social, previniendo el riesgo (y los costes sociales) de la exclusión. La desigualdad en el ámbito educativo es contraria al principio de eficiencia, al asignar recursos de forma subóptima: niega a los estudiantes sin medios la capacidad para aprender todo lo que podrían, y sobreinvierte recursos en alumnos con menor capacidad de aprendizaje. La desigualdad en el ámbito educativo contribuye, al mismo tiempo, a incrementar los riesgos de exclusión social de población en situaciones ya vulnerables o de integración precaria. Pone así en peligro la cohesión social, y con ello, la estabilidad y gobernabilidad de las sociedades. En este contexto, sin necesidad de estar motivados por convicciones ideológicas profundas, gobiernos de todos los colores y organismos internacionales diversos entienden la importancia de impulsar políticas de igualdad que puedan contribuir a garantizar esos mínimos educativos y culturales.

En este sentido, en los países desarrollados, existe un consenso unánime en la necesidad de universalizar el acceso al sistema educativo formal. La educación se ha convertido en un derecho básico durante algunos años de la vida. En los últimos tiempos, ha existido también un consenso bastante alto sobre la pertinencia de prolongar la participación obligatoria de todos los estudiantes en ese sistema. La mayoría de los países desarrollados han establecido la duración de la etapa de escolarización obligatoria en 10 años. Sobre el papel, con ello se garantiza a todas las personas una ventana de oportunidad para adquirir conocimientos y habilidades básicas que les permitan –si demuestran aptitudes suficientes y así lo desean– incorporarse a estadios educativos postobligatorios.

La realidad suele ser más compleja. Las claves del éxito y fracaso escolar se encuentran sólo en una pequeña parte condicionadas por la experiencia escolar durante la etapa de educación obligatoria. Una larga tradición de investigación empírica pone de manifiesto que los resultados académicos en esta etapa están condicionados tanto por aptitudes “heredadas” como por experiencias sociales y educativas previas, así como por desigualdades ambientales externas a la institución escolar. Sobre las aptitudes “heredadas” poco puede

decirse desde las ciencias sociales.⁹⁴ El logro educativo en la escuela es, en gran medida, resultado de variables sociales que emplazan a individuos en disposición de competir con mayor o menor ventaja en la carrera educativa. Esas ventajas y desventajas pueden aparecer a edades muy tempranas y condicionan oportunidades tanto educativas como de otra índole en etapas más avanzadas de la vida. La importancia de la etapa preescolar nos lleva a ocuparnos de ésta en primer lugar.

8.1. Acceso a la educación en la etapa preescolar

Según varios expertos, la educación infantil procura importantes ventajas, especialmente a los niños que viven en entornos familiares con bajos niveles educativos y de capital cultural. Diversos estudios anglosajones han acumulado evidencia de que los niños comienzan su etapa de educación obligatoria con importantes diferencias en sus capacidades cognitivas. Esas diferencias tienden a persistir a edades más tardías de la infancia y la adolescencia, y son difícilmente corregibles a partir de entonces (Mayers *et al.*, 2004). El origen de estas diferencias tiene que ver con las características de su entorno familiar, fundamentalmente el nivel educativo de sus progenitores (y, en especial, de la madre). La investigación anglosajona sobre estas cuestiones pone de manifiesto que intervenciones educativas intensivas y “de calidad” en edades preescolares pueden propiciar mejoras considerables en la capacidad cognitiva de los niños/as, que contribuyen a prepararlos para los aprendizajes escolares (Currie, 2001, y Waldfogel, 2002). De acuerdo con estos estudios, los beneficios de la escolarización temprana son mayores para los niños que viven en entornos desfavorecidos. Es en estos hogares donde ese tipo de intervenciones serían más necesarias para corregir déficits de estimulación cognitiva e intelectual que están en la raíz de los problemas y las dificultades de aprendizaje de los niños en etapas posteriores. El aprendizaje a edades tempranas tiene un efecto multiplicativo, o como dice el premio Nobel de Economía James Heckman “*learning begets learning*” (“el aprendizaje llama al aprendizaje”) (Heckman y Lochner, 2000). Ese hecho hace más efectivas las intervenciones cuanto antes se produzcan.⁹⁵

94. Lo único que puede señalarse es que la transmisión hereditaria de aptitudes intelectuales nunca es un proceso estrictamente biológico. Los determinantes sociales influyen sobre la formación de parejas, la edad a la que tienen un hijo/a, la salud de la madre, así como sobre las condiciones materiales en que se lleva adelante el embarazo o los riesgos en que se incurre al dar a luz (que pueden influir, a su vez, sobre la salud del menor y, según algunos estudios, directamente sobre sus aptitudes intelectuales).

95. Algunos autores, entre ellos Heckman, no creen que los principales beneficios de la participación precoz en programas educativos provengan necesariamente de la estimulación cognitiva que reciben en los centros educativos. Desde este punto de vista la clave del éxito de estos programas entre grupos desfavorecidos radica en que reducen el tiempo de exposición de los niños/as a los estímulos “dañinos” de familias disfuncionales, y a que incrementan el grado de concienciación de los padres respecto a la importancia de la educación para sus hijos y, consiguientemente, su implicación en actividades formativas.

Existe un alto grado de consenso sobre la efectividad de estas intervenciones a partir del primer año de vida (Esping-Andersen, 2002). La participación de los niños de 1 a 5 años en programas educativos preescolares es vista como una oportunidad de prevenir el abandono escolar y corregir las desigualdades educativas provocadas por motivaciones socioeconómicas. La Unión Europea se ha planteado como objetivo para 2010 escolarizar al 90% de los niños desde los 3 años hasta el comienzo de la escuela obligatoria. España supera ya con creces este porcentaje. Las tasas de escolarización entre los 3 y los 5 años son del 97%, lo que nos coloca a la cabeza de Europa (Consejo Económico y Social, 2009: 24). Estas altas tasas de participación, a pesar del carácter voluntario del servicio, han sido propiciadas por su gratuidad. La práctica universalidad del servicio contribuye a la corrección precoz de deficiencias cognitivas que afectan a los niños de las clases más desfavorecidas.

No ocurre lo mismo con la escolarización en la etapa 1-2 años (o primer ciclo de educación infantil).⁹⁶ Tan sólo una minoría de los niños/as de estas edades asiste a un centro infantil, la mayoría de carácter privado (el 56% lo era en 2008). Aún así, la demanda de estos servicios y la oferta de centros autorizados están creciendo de forma considerable. Entre el curso 2000-2001 y el curso 2008-2009, el número de niños matriculados antes de los 3 años (0-2) se ha multiplicado por 3,7, hasta alcanzar los 370.000 niños/as. En algunas comunidades autónomas, la proporción de niños matriculados a estas edades supera el 25% (el País Vasco encabeza el *ranking*, con el 46% de los niños de esas edades matriculados en 2006, seguido de Cataluña, Aragón y Madrid, con alrededor del 30%) (Consejo Económico y Social, 2009: 24).⁹⁷ En este contexto de expansión del acceso a estos niveles, es importante conocer qué segmentos sociales escolarizan a los niños en estas etapas con objeto de calibrar si la escolarización precoz puede contribuir a reducir las desigualdades cognitivas entre alumnos de diferentes orígenes socioeconómicos.

Los resultados de nuestros modelos estadísticos, presentados en la Tabla 8.1, nos obligan a ser escépticos. Han sido obtenidos a partir de un análisis de regresión logística, que permite estimar la probabilidad de que un menor de 1-2 años asista a un centro preescolar en función de un conjunto de características sociodemográficas de sus familias: los ingresos equivalentes del hogar (en cuartiles, tomando el primero como referencia de comparación)⁹⁸, la edad del niño (se toma a los niños de 1 año como referencia), el estado civil de la madre (las madres no casadas son la referencia), el número de horas que trabaja,

96. Prescindimos aquí de efectuar un análisis de la escolarización durante el período 0-1, muy minoritaria y probablemente perjudicial para el niño.

97. Estas cifras sólo incluyen niños matriculados en centros autorizados por la Administración Pública. Según datos de la ECV 2007, existen además diferencias considerables en la escolarización de los niños de 0, 1 y 2 años. Sólo el 1,9% de los niños de 0 años, el 12% de los de 1 año y el 49% de los de 2 años asisten a un centro infantil.

98. Se trata de los ingresos netos totales ajustados por la composición del hogar y la edad de los miembros según los procedimientos convencionales (escala OCDE modificada).

su situación laboral (las madres que trabajan son la referencia), su origen (las madres de origen español son la referencia), y su nivel educativo (las madres que sólo tienen un título de primaria son la referencia).⁹⁹ Los datos provienen de una submuestra de hogares donde viven niños de 1 y 2 años, extraída de la “Encuesta de Condiciones de Vida 2007”.

Tanto el modelo 1 como el modelo 2 sugieren que el acceso a la educación preescolar entre 1 y 2 años no depende de la capacidad financiera de las familias. Las diferencias entre el comportamiento de los hogares con rentas más altas y los hogares con rentas más bajas no son estadísticamente significativas. Las variables más determinantes son la situación laboral de la madre y su nivel educativo. En las mismas condiciones, la razón de probabilidades de que una madre en situación laboral de inactividad escolarice a sus hijos/as a esas edades es 2,3 veces menor que lo haga una madre que trabaja. La inactividad de la madre coincidiendo con esa etapa de desarrollo personal del niño sigue siendo concebida muchas veces como un período de dedicación intensa a su cuidado, que hace innecesaria su escolarización. Entre las madres que trabajan no se advierte una influencia significativa del horario laboral (horas que trabajan) sobre la probabilidad de escolarizar a los hijos (modelo 3).

El segundo factor asociado con la escolarización de los niños de 1 a 2 años es el nivel educativo de la madre. La razón de probabilidades de que una madre escolarice a sus hijos/as a esa edad es 4,9 veces mayor si tiene estudios superiores que si los tiene primarios, y 3 veces mayor si tiene una titulación de educación secundaria. Existen, pues, diferencias considerables en la escolarización de los niños de esas edades que dificultan conseguir los logros de igualdad en el ámbito educativo que la escolarización precoz puede procurar.¹⁰⁰ Los niños que, sobre el papel, más se podrían beneficiar de la educación infantil a esas edades son los menos escolarizados.

99. En modelos no presentados aquí se incluyeron también las mismas características sociodemográficas de los padres. Ninguna de ellas tenía una influencia estadísticamente significativa sobre la probabilidad de que el niño estuviera escolarizado.

100. Conviene señalar que, de acuerdo con la evidencia existente, los beneficios que procura la escolarización precoz tienen lugar cuando los centros educativos ofrecen un servicio de alta calidad. La escolarización *per se* no garantiza esos beneficios. Con los datos disponibles en nuestro país, es difícil valorar si la calidad de los centros autorizados por la Administración reúnen la calidad necesaria para que el impacto de los aprendizajes recibidos sobre las capacidades cognitivas de los niños sea significativo.

Tabla 8.1. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: Asistir a un centro de educación preescolar o infantil (niños/as de 1 y 2 años)

VARIABLES INDEPENDIENTES	Modelo 1 (razón de probabilidades)	Modelo 2 (razón de probabilidades)	Modelo 3 ^(a) (razón de probabilidades)
Nivel de ingresos del hogar			
1r cuartil	1	1	1
2do cuartil	0,807	0,985	1,054
3r cuartil	1,117	1,396	0,998
4to cuartil	1,080	1,465	0,833
Edad del menor			
1 año	1	1	1
2 años	6,157***	6,269***	4,117***
Estado civil de la madre			
No casada	1	1	1
Casada	1,005	0,875	1,029
Origen de la madre			
España	1	1	1
Unión Europea	8,252**	6,595**	8,225†
Extracomunitario	0,585†	0,899	0,925
Situación laboral de la madre			
Trabaja	1		
Parada	0,373**		
Inactiva	0,337***		
Nivel educativo de la madre			
Primarios		1	1
Secundarios		2,879*	4,302†
Universitarios		5,022***	7,263†
Nº de horas trabajadas por la madre			
Nº de horas trabajadas			1,039
Nº de horas trabajadas ²			1,000
Resumen de estadísticos			
R ² Nagelkerke	27,1%	26%	21,7%
Número de casos	586	573	301

† Nivel de significación del 10%

** Nivel de significación del 5%

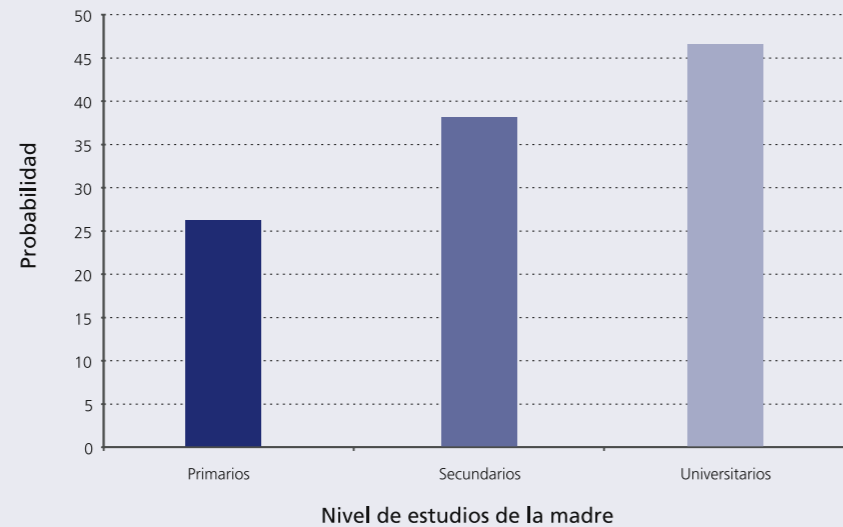
* Nivel de significación del 1%

*** Nivel de significación del 0,1%

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007, INE.

Nota: a) Modelo realizado únicamente con madres que trabajan.

Gráfico 8.1. Probabilidad de asistir a un centro de educación preescolar o infantil según el nivel de estudios de la madre



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la ECV_2007, INE.

8.2. Rendimientos en competencias clave en la Educación Secundaria Obligatoria

El “Programa para la evaluación internacional de los alumnos” (*Program for International Student Assessment*, PISA) se ha convertido en el principal instrumento de evaluación de competencias básicas de los estudiantes poco antes de su salida del sistema educativo obligatorio. Los estudios PISA se realizan en más de 40 países cada 3 años. En el último, realizado en 2006, participaron 57 países, entre ellos España. Varias comunidades autónomas (Andalucía, Aragón, Asturias, Galicia, Cantabria, Cataluña, Navarra, País Vasco, La Rioja y Castilla y León) administraron los cuestionarios a una submuestra representativa a nivel autonómico de estudiantes de 15 años.

Los resultados del estudio PISA son un instrumento para valorar la calidad y eficacia del sistema educativo en un marco comparativo. De acuerdo con los resultados de las diferentes ediciones del estudio PISA, la puntuación media de los estudiantes españoles es baja en comparación a los demás países de la OCDE. En 2006, la

puntuación española en matemáticas era de 480, un valor menor que la media de la OCDE (de forma estadísticamente significativa). Este valor es inferior sólo en 5 o 6 países.¹⁰¹ En comprensión lectora, España obtenía 461 puntos, de nuevo un valor significativamente inferior a la media europea (492). Esta puntuación sitúa a España a la cola de la OCDE, con sólo 3 a 5 países por debajo. Un porcentaje considerable de niños españoles no alcanza la que es considerada capacidad mínima para desenvolverse en la sociedad del conocimiento (nivel 1 e inferior). Por ejemplo, en la prueba de lectura, el 25,7% de los estudiantes españoles obtienen una puntuación inferior al nivel 2 (situado en el umbral de 334,8 puntos).¹⁰² Ello supone que, con arreglo a los resultados del test, serían incapaces de localizar piezas de información esenciales en un texto, de identificar su tema principal o relacionarlo con otros conocimientos rutinarios. Estas carencias cognitivas dificultan seriamente su capacidad para adquirir conocimientos y habilidades en otras áreas, y pone en riesgo su transición de la escuela al trabajo y su capacidad para sacar partido de oportunidades de formación que pudieran surgir a lo largo de la vida (OCDE 2007b: 295).

Siendo como son resultados bastante negativos, se observa a menudo una tendencia al dramatismo poco justificable. La puntuación de los estudiantes españoles en matemáticas se sitúa a 18 puntos de la media de la OCDE, en torno a la cual figuran países como Alemania, Suecia, Irlanda, Francia o el Reino Unido.¹⁰³ Entre la puntuación media de la OCDE y la puntuación española figura la de países como Luxemburgo y Noruega, y por debajo, la de los Estados Unidos, Portugal, Italia, Grecia o Israel. En comprensión lectora, España se encuentra algo más alejada de la media (31 puntos), pero bastante próxima a Portugal, Italia o Luxemburgo (OCDEb, 2007). El porcentaje de estudiantes con nivel mínimo (inferior a 2) en comprensión lectora se sitúa sólo un punto y medio por encima de la media europea (24,1%) (datos elaborados por el Consejo Económico y Social, 2009: 35).

101. Como los resultados de las pruebas PISA provienen de una muestra de rendimientos agregados de los estudiantes de cada país, se indican mediante un intervalo de significación estadística (con un nivel de confianza del 95%). Por tanto, no es posible determinar de manera precisa el lugar que cada país ocupa en el ranking de rendimientos educativos de los países participantes. De manera convencional, la OCDE define el ranking de países considerando el límite superior e inferior del intervalo de cada país.

102. En el conjunto de los países de la OCDE, el 20,1% reciben puntuaciones por debajo del nivel 2. En Finlandia y Corea, menos del 6% obtienen esos resultados.

103. La diferencia del valor de estos países con la media de la OCDE no es estadísticamente significativa.

8.2.1. Desigualdad en rendimientos educativos

Más allá del interés que pueda suscitar la evaluación de los datos agregados o comparativos, los datos generados por el estudio PISA ofrecen una excelente oportunidad para analizar los factores sociales asociados con la desigualdad en rendimientos. Los cuestionarios de PISA incluyen un abanico amplio de indicadores sobre características sociodemográficas de los estudiantes (edad, género, inmigrante de primera generación o de segunda generación) y sus progenitores (educación del padre y de la madre), así como información extensa sobre los contextos familiares y escolares. Respecto a los contextos familiares, el estudio PISA nos permite conocer la lengua de uso habitual en el hogar, las posesiones culturales, los recursos educativos disponibles en la vivienda, y el nivel de riqueza familiar. Respecto a los centros educativos en que estudian los adolescentes, PISA ofrece información sobre la titularidad del centro (pública, concertada o privada), el número de estudiantes por clase, la composición social del centro, la implicación de los padres y de las madres en el funcionamiento del centro, o los recursos humanos y materiales disponibles. Con toda esta información ha sido posible construir más de 50 variables para analizar los determinantes de los rendimientos en las pruebas PISA con técnicas de análisis multivariante (de regresión lineal y logística). Enumeramos las que aparecen en los modelos explicativos que utilizamos posteriormente:

VARIABLES DEPENDIENTES:

- Valores plausibles (VP) en la prueba de matemáticas.
- Valores plausibles (VP) en la prueba de comprensión lectora.
- Aspiraciones de estatus ocupacional. A los estudiantes se les pregunta cuál esperan que sea su trabajo a los 30 años. Las respuestas se recodifican utilizando los cuatro dígitos de los códigos ISCO (ILO 1990) y se construye una variable dicotómica, donde el valor 1 identifica las profesiones que requieren una titulación universitaria (ISCED 5-6).

VARIABLES INDEPENDIENTES:

- Sexo.
- Edad: las pruebas PISA se aplican a estudiantes de 15 años de edad que están a punto de finalizar la educación obligatoria. Para obtener la edad exacta de cada estudiante (AGE) se calcula la diferencia entre el año y el mes del test, y el año y mes de nacimiento.

- Educación del padre/Educación de la madre: consta de 4 valores: educación preescolar y primaria (ISCED 0-1), educación secundaria obligatoria (ISCED 2), educación secundaria posobligatoria (ISCED 3-4) y educación superior (ISCED 5-6).
- Inmigración: PISA recoge información sobre el país de nacimiento de los estudiantes y sus padres. Además de preguntas específicas sobre el país de nacimiento del estudiante, el de su madre y su padre, se recoge también la siguiente información: 1) el país de nacimiento es el mismo que el país donde se realiza la prueba, o 2) es otro país. Se construye un índice (INMIG) con estas preguntas que contiene las siguientes categorías: *i) Autóctono*, se trata de estudiantes en que al menos uno de los progenitores ha nacido en el país donde se realiza la prueba; *ii) Inmigrante de primera generación*, estudiantes nacidos en un país distinto al que se realizan las pruebas y cuyos padres también han nacido en otro país; *iii) Inmigrante de segunda generación*, son estudiantes nacidos en el país donde se realizan las pruebas, pero cuyos padres nacieron en otro país.
- Recursos en el hogar: la presencia de ciertos recursos y bienes materiales en el hogar se considera una forma más precisa que la renta para capturar el nivel de vida, ya que se trata de posesiones que presentan menos variabilidad que la renta. El cuestionario PISA 2006 interroga a los estudiantes acerca de la disponibilidad de 13 bienes materiales en el hogar. Cada país tiene la potestad de añadir 3 bienes adicionales que considera que ayuda a capturar el nivel de vida de las familias en cada contexto. En el caso de España se pregunta por la tenencia de videocámara, televisión digital, equipo de *home cinema*, además de los otros 13 ítems. Se utilizan 3 de los índices que se construyen con este conjunto de ítems usando la metodología de escalas IRT (modelo de Rasch): 1) *Riqueza del hogar* (WEALTH) que incluye: tener habitación propia, conexión a Internet, lavavajillas, DVD, y los 3 ítems correspondientes a cada país; además se pregunta por el número de teléfonos móviles, televisiones, ordenadores, y coches de que dispone el hogar; 2) *Recursos culturales* (CULPOSS) que incluye: disponer de literatura clásica (por ejemplo, Shakespeare), libros de poesía, obras de arte (por ejemplo, cuadros), y 3) *Recursos educativos del hogar* (HEDRES) que incluye: disponer de un escritorio, un espacio tranquilo en el hogar para estudiar, un ordenador que puede utilizar para hacer trabajos escolares, *software* educativo, calculadora propia, libros de consulta para realizar el trabajo escolar, un diccionario.

- Lengua de uso en el hogar: el cuestionario interroga al estudiante acerca de la lengua que habla habitualmente en su casa. La base de datos contiene una variable con códigos específicos de cada lengua (LANGN). Además esta variable se recodifica en las siguientes categorías: 1) la lengua de uso en el hogar es la misma que la lengua en la que se realiza la prueba; 2) la lengua de uso en el hogar es una lengua nacional del Estado, pero el estudiante realizó la prueba en una lengua distinta, y 3) la lengua de uso en el hogar es otra lengua distinta (extranjera).
- Características del centro educativo.
 - Número medio de alumnos por clase (CLSIZE): se deriva de 9 posibles categorías de respuesta, desde “15 estudiantes o menos” a “más de 50 estudiantes”. La variable CLSIZE toma el valor medio de cada una de las categorías de respuesta (un valor de 13 para la categoría más baja y un valor de 53 para la más alta).
 - Recursos humanos: se trata de un índice aditivo construido a partir de 5 preguntas que se realizan al director del centro para conocer su opinión acerca de carencias en personal académico, técnico y de soporte que pueden perjudicar la enseñanza en el colegio (con 4 categorías de respuesta cada una). Valores altos indican mayor falta de recursos humanos.
 - Recursos materiales: se construye un índice aditivo a partir de 7 preguntas que se realizan al director de la escuela para conocer su opinión acerca de los recursos materiales disponibles para la enseñanza en el centro (equipo de laboratorio, de material educativo, ordenadores, conexión a Internet, *software*, materiales de biblioteca, y recursos audiovisuales). Valores altos indican una mayor escasez de recursos materiales.
- Titularidad del centro: los centros se clasifican en 3 categorías (SCHLTYPE): 1) centros públicos controlados y gestionados por la Administración Pública, 2) centros concertados, dependientes de la Administración Pública de la que reciben más del 50% de su financiación, pero controlados por una organización no gubernamental o dirigida por un consejo cuyos miembros no han sido elegidos por la Administración Pública, y 3) centros privados, independientes de la Administración Pública de la que reciben menos del 50% de su financiación, controlados por una organización no gubernamental o un consejo de dirección no elegido por la Administración Pública.

- Composición social del centro: mide el porcentaje de familias de los estudiantes matriculados en el centro con bajos recursos educativos. En concreto, se calcula el porcentaje de progenitores en el centro cuyo nivel educativo (el del progenitor con máximo nivel educativo) es inferior a ISCED 3.
- Expectativas parentales sobre el centro: recoge la opinión del director acerca del nivel de presión que recibe por parte de los padres para mantener estándares académicos elevados y empujar a los estudiantes a lograrlos. Existen tres categorías de respuesta: 1) presión constante de buena parte de los padres; 2) presión procedente de una minoría de padres, y 3) inexistencia de presión. Se trabaja con variables dicotómicas que identifican esas categorías.¹⁰⁴

Presentamos a continuación los modelos construidos para explicar el resultado de los estudiantes en las pruebas de matemáticas y comprensión lectora. Los coeficientes y su significación han sido obtenidos con una regresión lineal que utiliza algoritmos preparados por la OCDE para calcular los errores estándar teniendo en cuenta que la variable dependiente no es un valor único, sino 5 *valores plausibles*.¹⁰⁵ Se han calculado 3 modelos para cada variable dependiente. En el primero se introducen sólo variables sociodemográficas del adolescente y la titularidad del centro educativo donde cursa sus estudios; en el segundo se introducen variables sociodemográficas de los progenitores, las características socioeconómicas del hogar y los recursos culturales y educativos de los que dispone; y por último, se introducen características adicionales del centro (composición social, recursos materiales y humanos, ejercicio de control del centro por parte de los padres).

104. Puede encontrarse información más detallada sobre las variables del PISA en el *Pisa 2006 Technical Report* (OCDE, 2009).

105. Queremos agradecer a Eveline Gebhardt, del Australian Council for Educational Research, la preparación de los algoritmos utilizados en los análisis multivariados realizados. Nuestro estudio se convirtió durante unas semanas en el banco de pruebas que utilizó el equipo responsable del estudio PISA para perfeccionar los macros de análisis en el paquete estadístico SPSS.

Tabla 8.2. Análisis de regresión lineal. Variables dependientes: Resultados en las pruebas de matemáticas y comprensión lectora del PISA 2006

Variables independientes	Resultados en matemáticas			Resultados en comprensión lectora		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Sexo (referencia hombre)						
Mujer	-9,824***	-14,853***	-15,163***	34,106***	28,995***	28,472***
Edad del menor	24,942***	21,518***	21,283***	17,279***	14,182***	14,285***
Origen (referencia autóctono)						
Inmigrante 1ª generación	-52,764***	-47,589***	-47,423***	-48,977***	-41,709***	-40,177***
Inmigrante 2ª generación	-33,974***	-20,615**	-19,998*	-9,146***	7,236	7,300
Titularidad del centro (referencia público)						
Concertado	25,772***	15,358***	3,506	32,165***	21,850***	9,353†
Privado	56,886***	32,749***	9,939	56,135***	34,427***	12,243
Nivel educativo de la madre (referencia primaria)						
Secundaria obligatoria		23,112***	21,344***		23,756***	22,155***
Secundaria postobligatoria		24,784***	19,199***		24,199***	19,438***
Universitario		32,153***	24,835***		31,4***	24,798***
Nivel educativo del padre (referencia primaria)						
Secundaria obligatoria		13,241***	11,918***		16,713***	15,757***
Secundaria postobligatoria		14,579***	8,989*		20,061***	14,571***
Universitario		27,659***	21,261***		25,446***	19,420***
Capital de las familias						
Capital cultural ^(a)		13,218***	12,348***		12,331***	11,450***
Capital educativo ^(b)		11,975***	12,268***		10,984***	11,418***
Bienes materiales ^(c)		-4,939**	-5,927***		-8,281***	-9,338***
Lengua de uso en el hogar (referencia español)						
Extranjero		11,918	10,935		-4,577	-7,742
Características del centro educativo						
Alumnos por clase			0,102			0,198
Recursos humanos ^(d)			0,111			0,607
Recursos materiales ^(e)			-0,384			-0,252
Composición social del centro ^(f)			-0,639***			-0,594***

Tabla 8.2. Análisis de regresión lineal. Variables dependientes: Resultados en las pruebas de matemáticas y comprensión lectora del PISA 2006 (continuación)

Variables independientes	Resultados en matemáticas			Resultados en comprensión lectora		
	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Expectativas de los padres sobre el centro (referencia baja)						
Alta			12,324†			17,629*
Media			0,271			1,06
R²	8,1%	18,2%	19,6%	11,4%	20,4%	21,8%
Número de casos	18.989	17.529	17.189	18.989	17.529	17.189

† Nivel de significación del 10%

* Nivel de significación del 5%

** Nivel de significación del 1%

*** Nivel de significación del 1‰

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de PISA 2006, OCDE

Nota: a) El “capital cultural” de las familias es un índice que mide la disponibilidad en el hogar de literatura clásica (p.e Shakespeare), libros de poesía y obras de arte (p.e. cuadros).

b) El “capital educativo” de las familias es un índice que mide la disponibilidad en el hogar de un espacio adecuado de estudio, un escritorio, un ordenador que puede utilizar para hacer trabajos escolares, software educativo, calculadora propia, libros de consulta para realizar el trabajo escolar, un diccionario.

c) “Bienes materiales” es un índice que incluye la disponibilidad de habitación propia para el adolescente, conexión a Internet, lavavajillas, DVD, y los tres ítems correspondientes al caso de España (vídeo cámara, televisión digital, equipo de *home cinema*). Además se pregunta por el número de teléfonos móviles, televisores, ordenadores, y coches que dispone el hogar.

d) Los “recursos humanos” del centro se refieren a la percepción que tiene el director/a del centro sobre la escasez de profesores cualificados para impartir clases de matemáticas, ciencia, lengua, y otras asignaturas, además de personal técnico y de soporte que puede perjudicar la enseñanza en el colegio. Valores altos indican una mayor falta de recursos humanos.

Nota: e) Los “recursos materiales del centro” se refieren a la percepción que tiene el director/a sobre la escasez de recursos materiales para la enseñanza en el centro como son ausencia de equipo de laboratorio, de material educativo, ordenadores, conexión a Internet, software, materiales de biblioteca, y recursos audiovisuales. Valores altos indican una mayor falta de recursos materiales.

f) “Composición social del centro educativo” considera el nivel educativo de los padres de los alumnos/as del centro. Mide la proporción de padres de los alumnos del centro que tiene niveles educativos menores que la secundaria postobligatoria.

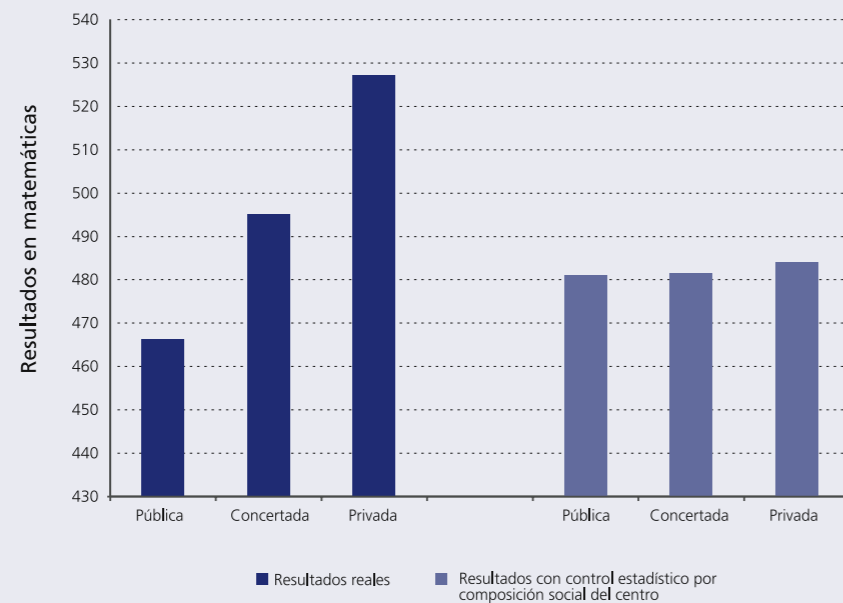
Los resultados ponen de relieve que las variables sociodemográficas del alumno tienen un efecto estadísticamente significativo sobre las puntuaciones en las pruebas. En las mismas condiciones, los hombres obtienen mejores resultados que las mujeres en matemáticas, pero peores en comprensión lectora. Los inmigrantes de primera generación tienden a obtener peores resultados que los estudiantes nacidos en España. El efecto se reduce en un 15% después de incluir en el modelo la lengua de uso habitual en casa, lo que sugiere que parte del efecto inicial observado se debe a las dificultades lingüísticas de esos inmigrantes. En la segunda generación no se observan diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de la prueba de lectura, después de controlar por todas las variables independientes (modelo 3), pero sí en las de matemáticas.

Los resultados también ponen de manifiesto que el perfil educativo de los progenitores, así como los recursos culturales y educativos del hogar, son determinantes importantes de los rendimientos en las pruebas de matemáticas y de lectura. El nivel educativo de la madre tiene un efecto más importante sobre los resultados que el del padre. En las mismas condiciones, los estudiantes cuya madre tiene estudios universitarios obtienen, por término medio, 24,7 puntos más en la prueba de lectura que aquéllos cuya madre tiene estudios primarios, y 24,8 más en matemáticas. Resulta llamativo que, en las mismas condiciones educativas, de capital cultural y recursos educativos, la variable *Bienes materiales* tiene un efecto negativo. Esto no ocurre cuando las variables educativas y de capital cultural y educativo del hogar no se incluyen en el modelo (el efecto es, en esa situación,

positivo y significativo), lo que sugiere que el efecto inicial es espurio y está provocado por pautas de covariación de los factores.

El tercer aspecto a destacar son los efectos estadísticos de las características de los centros educativos donde los estudiantes cursan sus estudios. En el modelo 1 observamos que los estudiantes de los centros privados y concertados obtienen mejores resultados en las pruebas de matemáticas y lectura que los que cursan sus estudios en un centro público. Esas diferencias son estadísticamente significativas. Cuando introducimos las variables que informan sobre los perfiles de los progenitores y las dinámicas del hogar, las diferencias se reducen extraordinariamente (modelos 2 y 5). En los modelos 3 y 6, ya no se observa una brecha estadísticamente significativa a favor de la escuela privada y concertada en matemáticas, y solamente diferencias significativas (aunque muy pequeñas) a favor de la concertada en lectura. La carga social que soportan las escuelas públicas parece ser la clave para explicar este fenómeno. Cuando los modelos se ajustan por las características sociales de las familias y la composición social del centro, medida por el peso de las familias con

Gráfico 8.2. Resultados en matemáticas de los estudiantes de 15 años, según titularidad y características del centro educativo (resultados reales y ajustados por composición social del centro)^(a)

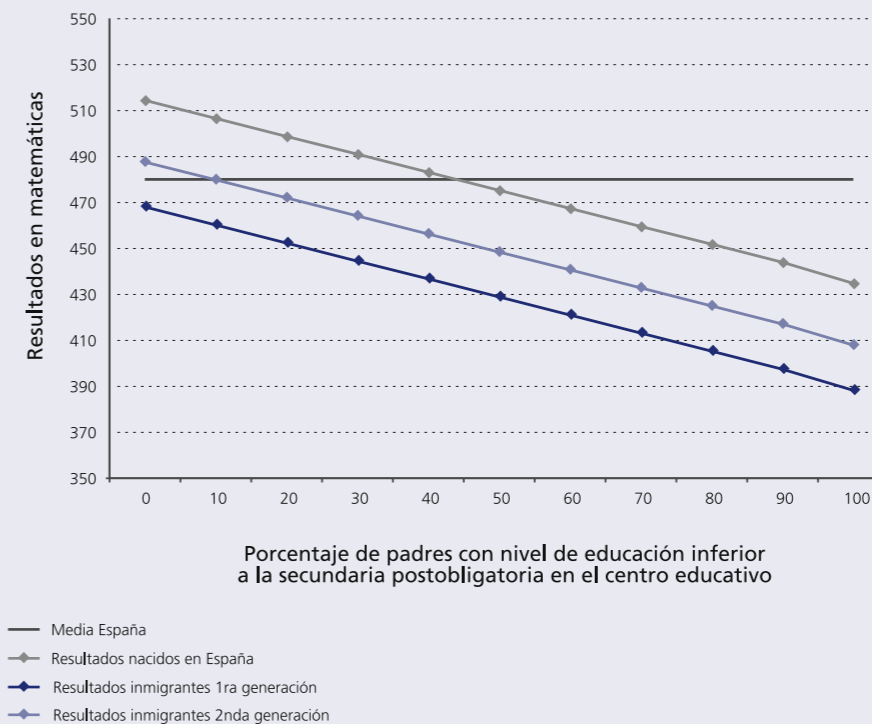


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos PISA 2006.

Nota: a) "Composición social del centro educativo" considera el porcentaje de padres con nivel educativo inferior a la secundaria postobligatoria.

bajo nivel educativo, las diferencias entre estudiantes que cursan sus estudios en centros de titularidad pública y privada desaparecen. En las mismas condiciones, centros públicos, concertados y privados obtienen las mismas puntuaciones.

Gráfico 8.3. Resultados en matemáticas de estudiantes inmigrantes según composición social del centro educativo



Fuente: Elaboración CIIMU con datos PISA 2006, OCDE.

El Gráfico 8.3 ilustra la importancia de la composición social del centro. Dibuja las puntuaciones medias que obtienen estudiantes de origen español e inmigrante en diferentes tipos de centros, definidos aquí por el porcentaje de padres de alumnos matriculados con nivel educativo bajo (sólo se considera al progenitor con mayor nivel educativo alcanzado). Los resultados indican que un estudiante inmigrante de primera generación que cursa sus estudios en un centro donde el 80% de las familias tienen estudios primarios obtiene, *ceteris paribus*, 70 puntos menos que un estudiante español que cursa sus estudios en un centro donde menos del 20% de padres tienen un nivel educativo bajo. Es decir, el rendimiento de

Las cualidades del centro escolar que influyen en las puntuaciones tienen que ver con la composición social del alumnado matriculado y sus familias. Las instituciones escolares donde la mayoría de los alumnos provienen de un entorno familiar con pocos recursos educativos se convierten en espacios donde los rendimientos de los estudiantes tienden a resentirse.

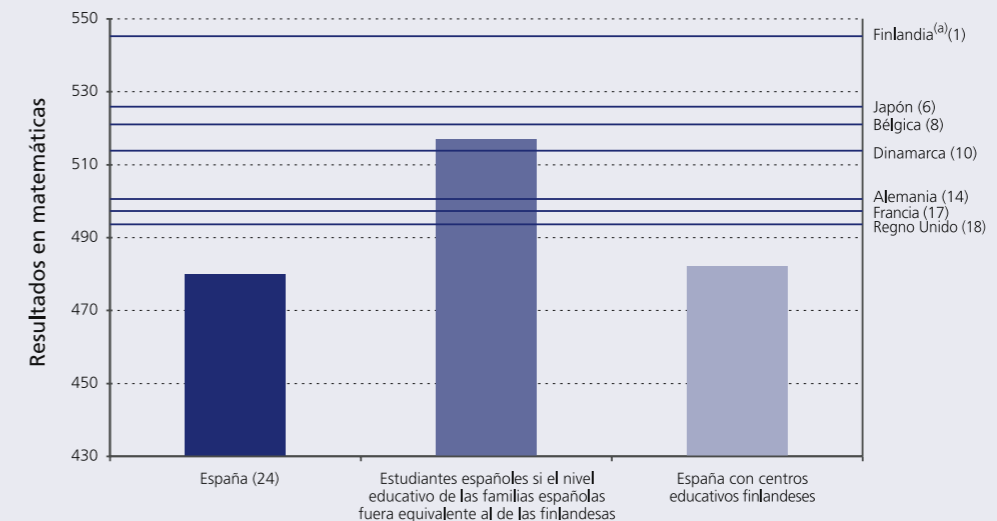
los estudiantes no depende sólo de sus perfiles sociodemográficos y las condiciones sociales de sus contextos familiares, sino también de las escuelas donde están matriculados. Ahora bien, el aspecto realmente determinante en las escuelas no es su titularidad, ni siquiera la falta de recursos o el tamaño de las clases. Los modelos 3 y 6 de la Tabla 8.2 ponen de manifiesto que los recursos disponibles (humanos y materiales) y el tamaño de las clases no contribuyen a explicar la variabilidad de puntuaciones en las pruebas PISA. La magnitud de los efectos de ambas variables sobre las puntuaciones son mínimas, y no son estadísticamente significativas. Las cualidades del centro escolar que influyen en las puntuaciones tienen que ver con la composición social del alumnado matriculado y sus familias. Las instituciones escolares donde la mayoría de los alumnos provienen de un entorno familiar con pocos recursos educativos se convierten en espacios donde los rendimientos de los estudiantes tienden a resentirse.¹⁰⁶ A ello hay que añadir que en los centros donde los progenitores muestran un alto grado de implicación en las actividades de control del equipo directivo, las puntuaciones en los resultados PISA tienden a mejorar.

En síntesis, los climas escolares son el producto fundamentalmente del capital cultural y social de las familias que tienen matriculados a sus estudiantes en el centro. A la luz de estos datos no parece amplio el margen de maniobra para mejorar el rendimiento de los estudiantes con reformas dirigidas exclusiva o prioritariamente a aspectos “internos” de la dinámica escolar (organizativos, didácticos, curriculares). Así puede observarse en el Gráfico 8.4. En la primera columna se muestran los resultados en matemáticas de los estudiantes españoles. En la segunda columna se presentan los resultados de una simulación estadística. Se estiman los resultados que obtendrían si el nivel educativo de sus progenitores fuera equivalente al de los progenitores finlandeses y la composición social de los centros fuera similar a la del país escandinavo.¹⁰⁷ Es fácilmente perceptible el poderoso efecto que esto supondría sobre los rendimientos medios de los estudiantes españoles. En ese escenario hipotético, los resultados de los estudiantes españoles no alcanzarían a los de los estudiantes finlandeses, pero se situarían bastante más cerca. Superarían la puntuación media en matemáticas de los estudiantes del conjunto de países de la OCDE, escalando 15 puestos en el *ranking* de países. En la tercera columna del gráfico puede observarse que un cambio en el mismo sentido de los recursos humanos y materiales de los centros educativos, así como del número de alumnos por aula apenas tendría consecuencias.

106. Se han evaluado otros posibles efectos de “composición social” de los centros, sin obtener resultados significativos. Por ejemplo, no hemos detectado que, en las mismas condiciones, las puntuaciones en las pruebas PISA sean sensibles al porcentaje de alumnos matriculados en el centro de origen inmigrante.

107. Esta estimación es resultado de imputar los “valores finlandeses” en las variables correspondientes (nivel educativo del padre y la madre y composición socioeducativa del centro) del modelo calculado con las respuestas de los estudiantes españoles, fijando el resto de las variables en el valor medio español.

Gráfico 8.4. Simulación de los resultados en matemáticas de los estudiantes de 15 años en España si tuvieran padres con el nivel educativo de las familias finlandesas y si sus centros escolares tuvieran algunas de las cualidades de los finlandeses



Fuente: Elaboración CIIMU con datos PISA 2006, OCDE.

Notas: a) Corresponde al nivel de resultados de países de la OCDE, y su posición en el ranking. España ocupa la posición 24 de un total de 30 países.

b) A las variables "educación del padre", "educación de la madre", y "porcentaje de padres con nivel educativo bajo en el centro educativo" se les imputa los valores finlandeses.

c) Cualidades de los centros educativos consideradas: ratio de alumnos por clase, recursos humanos y materiales.

Evidentemente resultados como los aquí presentados deben ser tomados con cautela. Los indicadores disponibles son limitados y su validez para capturar en toda su magnitud las dimensiones relevantes puede ser cuestionada. Pero apuntan de forma consistente en una dirección. Esa dirección ha sido avalada por estudios pioneros en el campo de la sociología de la educación (Coleman, 1966, y Jencks, 1972) y en algunos trabajos realizados en nuestro país con datos procedentes de ediciones anteriores del estudio PISA (Marchesi, 2006, y Calero, 2006). En primer lugar, los resultados educativos están mucho más influenciados por lo que ocurre fuera de la escuela que por lo que sucede dentro de la institución escolar. En segundo lugar, el funcionamiento de la escuela depende mucho más de *inputs* sociales que de los modelos organizativos que implantan y las prácticas educativas

Los resultados presentados aquí sugieren que las intervenciones que pueden mejorar los resultados educativos de los niños en situación de vulnerabilidad educativa pasan necesariamente por apoyar la función educativa de las familias y otros agentes sociales en el horario extraescolar, y por equiparar los *inputs* sociales en los centros que soportan las condiciones más adversas.

que desarrollan. En estas circunstancias, parece lógico abandonar la expectativa de que el sistema escolar solucione problemas de los que sólo es responsable en una pequeña parte. Los resultados presentados aquí sugieren que las intervenciones que pueden mejorar los resultados educativos de los niños en situación de vulnerabilidad educativa pasan necesariamente por apoyar la función educativa de las familias y otros agentes sociales en el horario extraescolar, y por equiparar los *inputs* sociales en los centros que soportan las condiciones más adversas.

La lucha contra el fracaso educativo reclama una nueva generación de políticas que persiga influir sobre la vida infantil no sólo cuando los niños están dentro de la institución escolar, sino cuando están fuera de ella. A lo largo del año, el horario estrictamente escolar representa, exclusivamente, una octava parte de la vida infantil. La calidad de la vida infantil fuera de la escuela y de los estímulos extraescolares que reciben en otros entornos, desde las etapas más prematuras de la infancia, son factores determinantes del rendimiento escolar. Las capacidades para adquirir conocimientos y habilidades, las orientaciones y motivaciones hacia los estudios, están inequívocamente ligadas a estímulos que provienen de agentes de socialización no escolares, como la familia, el grupo de iguales o la televisión. Demasiado a menudo las políticas educativas han dado la espalda a esas realidades, confiando en la autosuficiencia de las medidas aplicadas en el ámbito estrictamente escolar.

El segundo gran frente abierto para resolver el fracaso educativo es la lucha contra la segregación de las poblaciones en dos líneas escolares: una primera formada por escuelas a las que acuden mayoritariamente poblaciones “orientadas” al éxito escolar, y una segunda compuesta por centros educativos que concentran estudiantes procedentes de grupos sociales en situación de mayor riesgo de fracaso educativo. En este sentido, la eficacia de la institución escolar para asegurar cierta igualdad efectiva de oportunidades educativas pasa inevitablemente por impedir que los márgenes de elección de centros agraven los efectos segregadores que provocan *per se* las dinámicas de distribución social de las poblaciones en el espacio urbano. Cuando los alumnos que provienen de un entorno familiar con elevado nivel sociocultural renuncian a asistir a una escuela, le restan *inputs* fundamentales para su funcionamiento. Por un lado, se llevan consigo *inputs* positivos en las dinámicas de aprendizaje en el grupo de clase. Por otro, despojan a la escuela de capital social, al desaparecer los padres con mayor vocación por exigir a la escuela resultados óptimos, y mayor predisposición a la acción colectiva para impulsar iniciativas educativas que beneficien a sus hijos/as (pero también a los compañeros de otros entornos socioeducativos) (MacBeath, 2000).

8.2.2. Rendimientos en competencias y expectativas profesionales

El carácter transversal del estudio PISA es una limitación analítica que impide conocer hasta qué punto las carencias cognitivas detectadas por las pruebas son responsables, como anticipan los creadores del test, de dificultades educativas posteriores o de inserción en el mercado de trabajo. Esta limitación ha sido corregida en estudios longitudinales realizados en el Canadá y Dinamarca a partir del estudio PISA de 2000, que reentrevistan 4 años más tarde a los individuos que realizaron el test PISA en 2000 (OCDE, 2007b: 300). La conclusión obtenida en esos estudios corrobora la idea de que los resultados obtenidos en las pruebas de PISA están fuertemente asociados con la probabilidad de realizar estudios postobligatorios. Por ejemplo, en el estudio canadiense (Knighton y Bussiere, 2006) se ponía de relieve que un 28% de las personas que obtenían un resultado inferior al umbral del nivel 2 en la prueba de lectura realizaban algún tipo de estudios postobligatorios. Entre quienes puntuaban por encima del umbral del nivel 5, el 88% realizaba estudios postobligatorios.

En España no se ha hecho ningún seguimiento de la muestra que realizó el PISA en ediciones anteriores; pero se pregunta a los estudiantes por sus expectativas profesionales a los 30 años. Las respuestas dan una idea de su intención de proseguir los estudios más allá de la etapa obligatoria. Tres de cada cuatro se ven desarrollando una profesión que requiere una titulación superior (ISCED 5 o 6). El modelo que presentamos a continuación estima las probabilidades de que un estudiante de 15 años se vea a los 30 años desarrollando una profesión que requiere titulación superior. Incluye la batería de variables independientes descritas en la sección anterior, controladas por la puntuación en la prueba de matemáticas y de lectura. Es decir, se pretende comparar las estimaciones de probabilidad en diferentes estados.

Los resultados evidencian la estrecha relación entre los resultados obtenidos en las pruebas y las aspiraciones educativas y profesionales. Sin embargo, es importante destacar que, a igualdad de puntuaciones en la prueba PISA, existen diferencias significativas en distintos colectivos en la probabilidad de verse desarrollando una profesión que requiere una titulación superior. *Ceteris paribus*, las chicas tienen mayores aspiraciones que los chicos. Este resultado sugiere que las ventajas de las mujeres en logro educativo en los niveles superiores de la carrera educativa (apuntadas en el capítulo anterior) obedecen no sólo a rendimientos educativos, sino también a expectativas y aspiraciones.

Tabla 8.3. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: Aspirar a desarrollar una profesión con titulación superior

VARIABLES INDEPENDIENTES	Modelo 1 (razón de probabilidades)	Modelo 2 (razón de probabilidades)
Sexo		
Hombre	1	1
Mujer	3,455***	2,138***
Edad del menor	0,995	1,037
Origen		
España	1	1
Inmigrante 1ª generación	2,451***	1,955***
Inmigrante 2ª generación	2,231*	1,554
Titularidad del centro		
Público	1	1
Concertado	1,187**	1,070
Privado	1,726***	1,589***
Nivel educativo de la madre		
Primarios	1	1
Secundarios primera etapa	1,040	1,094
Secundarios segunda etapa	1,153†	1,223**
Universitarios	1,357***	1,460***
Nivel educativo del padre		
Primarios	1	1
Secundarios primera etapa	1,081	1,031
Secundarios segunda etapa	1,360***	1,290**
Universitarios	1,709***	1,663***
Capital de las familias		
Capital cultural ^(a)	1,166***	1,181***
Capital educativo ^(b)	1,243***	1,241***
Bienes materiales ^(c)	0,952	0,982
Lengua de uso en el hogar		
Español	1	1
Extranjera	0,675*	0,884
Características del centro educativo		
Composición social del centro ^(d)	0,999	0,998

Tabla 8.3. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: Aspirar a desarrollar una profesión con titulación superior (continuación)

VARIABLES INDEPENDIENTES	Modelo 1 (razón de probabilidades)	Modelo 2 (razón de probabilidades)
Puntuación en la prueba de PISA		
Matemáticas	1,011***	
Comprensión lectora		1,011***
R² Nagelkerke		
	28,8%	27,9%
Número de casos		
	13.116	13.116

† Nivel de significación del 10%

* Nivel de significación del 5%

** Nivel de significación del 1%

*** Nivel de significación del 1%

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de PISA 2006, OCDE

Nota: a) El “capital cultural” de las familias es un índice que mide la disponibilidad en el hogar de literatura clásica (p.e. Shakespeare), libros de poesía, obras de arte (p.e. cuadros).

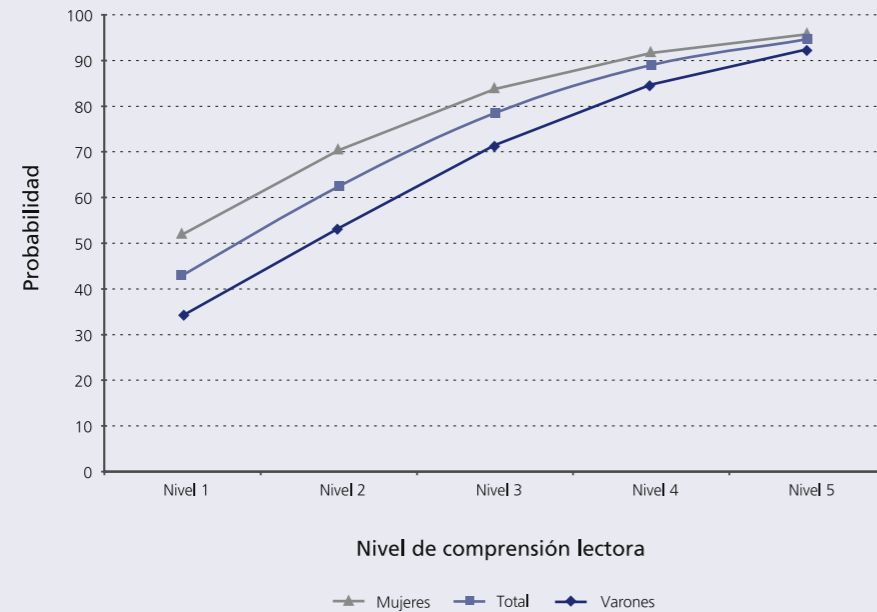
b) El “capital educativo” de las familias es un índice que mide la disponibilidad en el hogar de un espacio adecuado de estudio, un escritorio, un ordenador que puede utilizar para hacer trabajos escolares, software educativo, calculadora propia, libros de consulta para realizar el trabajo escolar, un diccionario.

c) “Bienes materiales” es un índice que incluye la disponibilidad de habitación propia para el adolescente, conexión a Internet, lavavajillas, DVD, y los tres ítems correspondientes al caso de España (vídeo cámara, televisión digital, equipo de home cinema). Además se pregunta por el número de teléfonos móviles, televisores, ordenadores, y coches que dispone el hogar.

d) “Composición social del centro educativo” considera la proporción de padres de los alumnos/as del centro con nivel educativo inferior a la secundaria postobligatoria.

Las aspiraciones de los estudiantes de origen inmigrante merecen atención especial. Con las mismas puntuaciones en el PISA, los estudiantes inmigrantes de primera generación tienden a mostrar aspiraciones más elevadas que los estudiantes autóctonos y los estudiantes inmigrantes de segunda generación. Esta evidencia concuerda con la investigación realizada por los equipos de la OCDE sobre estas cuestiones en el conjunto de los países que participan en este organismo (2006). Con independencia de los calendarios y de las trayectorias de migración, así como de los distintos sistemas de integración política, los estudiantes inmigrantes tienden a mostrar disposiciones más favorables hacia la escuela y los estudios que los estudiantes de origen autóctono. A menudo esas disposiciones no bastan para compensar otras desventajas, lo que explica que, en la práctica, su participación en los niveles de educación posobligatoria sea más baja.

Gráfico 8.5. Probabilidad de tener aspiraciones de desarrollar una profesión que requiere titulación superior, según resultados en las pruebas de comprensión lectora y sexo



Fuente: Elaboración CIIMU según datos de PISA 2006, OCDE.

El nivel educativo de los padres vuelve a ser una variable determinante para explicar aspiraciones educativas y profesionales. Con las mismas puntuaciones en las pruebas de lectura, los estudiantes cuyas madres y padres tienen una titulación media o superior tienen aspiraciones bastante más altas que los estudiantes que provienen de entornos familiares con bajo nivel educativo. La Tabla 8.3 también pone de relieve que la posesión de recursos culturales y educativos en el hogar incrementa extraordinariamente estas expectativas, pero otros recursos del hogar no.

Otro aspecto destacable es que, con las mismas puntuaciones en las pruebas de lectura y de condiciones socioeconómicas, los estudiantes matriculados en un centro educativo privado presentan aspiraciones profesionales más elevadas que los matriculados en un centro público. Es difícil interpretar este efecto. Podría pensarse que las escuelas privadas son más exitosas que las públicas para motivar a estudiantes “similares” a seguir estudiando. Pero también es posible que las diferencias deban atribuirse a un “efecto selección”. Las familias que matriculan a su hijo en un centro privado (con la inversión que supone) realizan el esfuerzo cuando tienen la expectativa de que su hijo/a va a proseguir sus estudios más allá de la etapa obligatoria. No se

observan, en cambio, diferencias en las aspiraciones de estudiantes matriculados en un centro concertado y en uno público cuando se controla la puntuación en comprensión lectora (sí cuando se controla la puntuación en matemáticas).

8.3. Abandono escolar prematuro

En el capítulo 7 constatábamos que la incidencia de la vulnerabilidad educativa en la población joven en España estaba desigualmente distribuida. Era más común en los hombres que en las mujeres, en los jóvenes nacidos en el extranjero que en los nacidos en España, y en los jóvenes cuyos progenitores tenían un nivel educativo bajo que en aquellos que provienen de entornos familiares con mayores recursos educativos. También se ponía de relieve que algunas comunidades autónomas presentaban tasas de abandono educativo prematuro mayores que las que cabía esperar en función de su nivel de desarrollo.

El análisis bivariado presentado permite hacerse una idea de lo que está ocurriendo, pero no permite controlar los efectos de las covariaciones entre todos los factores, y así descartar que las asociaciones descritas sean espurias.¹⁰⁸ Para analizar en qué medida el género, la condición de inmigrante, la educación de los padres y la comunidad autónoma son factores explicativos reales (no contaminados por otros) incluimos las variables en un análisis de regresión logística, que estima las razones (ratio) entre abandonar prematuramente y no hacerlo en una serie de situaciones definidas por las variables incluidas en el modelo. Es decir, las estimaciones nos permiten comparar probabilidades de abandono prematuro según estados posibles de cada variable, en las mismas condiciones que todas las demás. Incorporamos además dos variables adicionales que la literatura internacional especializada en analizar el logro educativo incluye habitualmente en los modelos explicativos: la renta del hogar y la estructura familiar.¹⁰⁹ Presentamos 3 modelos con objeto de evidenciar el efecto de las covariaciones entre factores sobre la probabilidad de haber abandonado los estudios antes de haber alcanzado una titulación en educación secundaria postobligatoria (*vulnerabilidad educativa moderada*). En el primero se incluyen todas las variables independientes, salvo el nivel educativo de la madre y la comunidad autónoma de residencia. En el modelo 2 se incorpora el nivel educativo de la madre con objeto de determinar en qué medida los efectos de la renta cambian al considerar la educación. En el modelo 3 se analiza en qué medida la varianza no explicada por las variables socioeconómicas puede atribuirse a diferencias entre comunidades autónomas.

108. Esto es, que las asociaciones observadas entre dos variables sean debidas a la relación que mantienen con una tercera.
109. El indicador de renta disponible divide a la población en cuartiles de renta equivalente disponible (es decir, ajustada por el tamaño y la composición del hogar). El indicador de estructura familiar indica si el hogar es monoparental (encabezado por la madre) o biparental (ambos progenitores están presentes). La estructura del cuestionario no permite incluir en el análisis los hogares en que el joven (de 18 a 24 años) no vive con ninguno de sus progenitores o sólo con su padre.

Tabla 8.4. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: Vulnerabilidad educativa moderada y severa ^(a)

VARIABLES INDEPENDIENTES	Modelo 1 Vulnerabilidad educativa moderada ^(b) (razón de probabilidades)	Modelo 2 Vulnerabilidad educativa moderada (razón de probabilidades)	Modelo 3 Vulnerabilidad educativa moderada (razón de probabilidades)	Modelo 4 Vulnerabilidad educativa severa ^(c) (razón de probabilidades)
Sexo				
Hombre	1	1	1	1
Mujer	0,472***	0,362***	0,360***	0,342***
Origen				
Comunitario UE25	1	1	1	1
Extracomunitario	2,352**	2,065**	2,125**	2,875*
Nivel de ingresos del hogar				
1er cuartil	1	1	1	1
2do cuartil	1,073	1,636**	1,756***	1,870*
3er cuartil	0,880	1,488**	1,576**	1,124
4ro cuartil	0,521***	1,218	1,309†	1,417
Estructura del hogar				
Biparental	1	1	1	1
Monoparental	1,282*	1,869***	1,867***	1,748*
Educación de la madre				
Primaria	1	1	1	1
Secundaria obligatoria		0,698**	0,661***	0,514**
Secundaria postobligatoria		0,236***	0,242***	0,117***
Universitaria		0,059***	0,058***	0,052***
Comunidades Autónomas				
Pais Vasco			1	
Andalucía			3,262**	
Aragón			1,938	
Asturias			2,025†	
Canarias			3,132**	
Cantabria			1,454	
Castilla La Mancha			3,457**	
Castilla y León			1,867	
Cataluña			2,597**	
Ceuta			6,718**	
Comunidad Valenciana			2,214*	
Extremadura			2,706*	
Galicia			1,672	

Tabla 8.4. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: Vulnerabilidad educativa moderada y severa ^(a) (continuación)

VARIABLES INDEPENDIENTES	Modelo 1 Vulnerabilidad educativa moderada ^(b) (razón de probabilidades)	Modelo 2 Vulnerabilidad educativa moderada (razón de probabilidades)	Modelo 3 Vulnerabilidad educativa moderada (razón de probabilidades)	Modelo 4 Vulnerabilidad educativa severa ^(c) (razón de probabilidades)
Comunidades Autónomas				
Illes Balears			4,076**	
Madrid			3,151**	
Melilla			2,823†	
Murcia			5,298***	
Navarra			1,049	
La Rioja			1,744	
R² Nagelkerke	7,5%	21,3%	24,4%	16,5%
Número de casos	2.913	2.412	2.412	1.932

† Nivel de significación del 10%

* Nivel de significación del 5%

** Nivel de significación del 1%

*** Nivel de significación del 1‰

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ECV_2007, INE.

Nota: a) Sólo se analizan las situaciones de vulnerabilidad de los/as jóvenes de 18 a 24 años que conviven con su padre o madre.

b) “Vulnerabilidad educativa moderada” se refiere a los jóvenes de 18 a 24 años que no han completado la educación secundaria postobligatoria y que no siguen estudiando.

c) “Vulnerabilidad educativa severa” se refiere a los jóvenes de 18 a 24 años que no han completado la educación secundaria obligatoria y que no siguen estudiando.

Los resultados evidencian varias cosas. En primer lugar, niveles bajos de renta del hogar no incrementan *per se* las probabilidades de abandono prematuro. Si no controlamos por la educación de la madre puede dar esa impresión (modelo 1). Pero con el mismo nivel educativo de la madre, los niveles de renta no tienen un efecto consistente sobre la probabilidad de abandono prematuro. La probabilidad de abandono es más alta en los cuartiles de renta centrales (modelo 2). En cambio, el nivel educativo de la madre sí tiene un efecto consistente. Los jóvenes cuyas madres tienen un nivel de estudios universitarios tienen una razón de probabilidades 17 veces más alta de no haber abandonado los estudios de forma prematura que aquéllos cuya madre tiene estudios primarios. Los jóvenes cuya madre tiene estudios secundarios tienen una razón de probabilidades un 43% más alta.

La influencia del género y de la inmigración sobre la probabilidad de abandono prematuro también es estadísticamente significativa. Las mujeres tienen una razón de probabilidades 2,8 veces más baja que los hombres de encontrarse en esta situación. En la misma línea, a igualdad de condiciones, el abandono prematuro es más común entre los jóvenes de origen inmigrante. La razón de probabilidades de que un joven inmigrante haya abandonado los estudios prematuramente y la de que no lo haga es 2,1 veces mayor que la de un joven nacido en España.

La última variable sociodemográfica que presenta un efecto significativo sobre la probabilidad de haber abandonado los estudios entre los 18 y 24 años es que el joven viva en un

hogar monoparental (encabezado por su madre). En las mismas condiciones, la probabilidad de abandono prematuro es un 86% más alto en este tipo de hogares que en los hogares en que están presentes los dos progenitores. Este dato avala la idea de que la estructura familiar tiene una influencia significativa sobre los resultados educativos, independientemente de las condiciones económicas en que se encuentran este tipo de hogares.

En el modelo 3 se han incorporado variables de todas las comunidades autónomas (de naturaleza dicotómica) con objeto de determinar si existe un efecto que puede atribuirse a condiciones singulares de estos territorios (de su sistema educativo o del mercado laboral) que no capturan las variables sociodemográficas. El valor de referencia es el País Vasco, que tiene el porcentaje de abandono prematuro más bajo. Así, por ejemplo, en las Baleares, a igualdad de otras condiciones, la razón de probabilidades es 4,1 veces más alta; en Murcia, 5,3, y en Ceuta, 6,7. Los resultados evidencian la pervivencia de considerables diferencias territoriales una vez han sido controladas las variables de composición sociodemográfica.

En síntesis, los modelos probabilísticos muestran que existen desigualdades considerables en la probabilidad de abandono prematuro. Como consecuencia de estas desigualdades, las situaciones de vulnerabilidad educativa se concentran intensamente en determinados colectivos, y este hecho condiciona sus oportunidades a lo largo de la trayectoria vital. La primera experiencia significativa de vulnerabilidad asociada a las carencias educativas se produce en la transición al mercado de trabajo.

8.4. Transición de la escuela al trabajo

La transición de la escuela al trabajo es un proceso largo y a veces tortuoso para muchos jóvenes. Durante los años de expansión económica, el mercado de trabajo en España ha incorporado gran cantidad de jóvenes, pero lo ha hecho a menudo en condiciones de considerable volatilidad. Entre 1995 y 2007 las tasas de desempleo juvenil han descendido a la mitad. Las tasas de empleo temporal se han reducido de forma mucho más lenta (del 76% al 64%). Durante los años de bonanza, los jóvenes dejaron de tener problemas para encontrar empleo, pero no para encontrar empleo de calidad. Entre 1995 y 2007, las tasas de ocupación de los jóvenes de 15 a 24 años aumentan considerablemente: del 20% al 44%. Pero en todo este período mejoran poco las condiciones de los primeros empleos. Los jóvenes siguen claramente sobrerrepresentados en los empleos de baja remuneración y peores condiciones contractuales (*Informe de la Inclusión Social en España 2008*). Con la irrupción de la crisis, las desventajas asociadas a su posición subordinada en el mercado de trabajo se están haciendo más evidentes (véase Capítulo 2).

La vinculación entre carencias educativas y las dificultades de inserción en el mercado de trabajo

es una letanía repetida insistentemente por expertos y organismos internacionales que se dedican a reflexionar y a generar discursos sobre los retos de la inclusión social. Es indudable que la educación es un recurso individual —o una forma de capital— que reporta recompensas económicas en el mercado de trabajo a quien lo posee. Ahora bien, la magnitud de esas recompensas es variable. La rentabilidad de la educación como recurso depende de factores económicos e institucionales que afectan a la transición de la escuela al mercado de trabajo. Según la mayoría de teóricos de las sociedades postindustriales, el valor de la educación en las sociedades globalizadas se está incrementando debido a que, en un contexto de creciente competencia internacional y cambio tecnológico, las empresas necesitan recurrir cada vez más a mano de obra cualificada, creativa y flexible, capaz de manejar nuevas tecnologías y de generar valor añadido a través de la innovación. En la nueva economía todo cambia: incluso muchos empleos que tradicionalmente demandaban bajos niveles de competencias requieren ahora habilidades y destrezas que requieren un buen grado de formación (como es el uso de las nuevas tecnologías de la comunicación). Como consecuencia de ello, son muchos los expertos que creen que la fractura social entre los trabajadores con formación escasa y los trabajadores cualificados tiende a agrandarse (en línea con lo que ya está sucediendo en algunos países). En el nuevo escenario es previsible que las dificultades de inserción en el mercado de trabajo se concentren en grupos que no han adquirido conocimientos y habilidades necesarios para desarrollar tareas complejas y adaptarse a exigencias empresariales cambiantes (prosiguiendo su formación a lo largo de la vida).

Frente a esta visión del devenir de los problemas de inserción laboral en las sociedades postindustriales, un conjunto variado de teorías sostienen que el impacto de la nueva economía sobre las trayectorias de transición de la escuela al trabajo es variado. Los datos comparados revelan diferencias notables en las trayectorias de incorporación de los jóvenes en el mercado de trabajo en distintos países. La conclusión que emerge de estos estudios es que el impacto de los recursos educativos individuales en el mercado laboral depende de situaciones institucionales específicas, que tienen que ver con la configuración del sistema educativo y el mercado laboral (Shavit y Müller, 1998; Gangl, 2003). En este contexto comparado, el impacto de los recursos educativos individuales en los procesos de inserción laboral en España es, en muchas dimensiones, menor que en otros países.

8.4.1. Abandono prematuro y empleo

Las carreras educativas cortas conducen a menudo a etapas de inactividad en que los jóvenes no estudian ni trabajan. Estos períodos de desocupación son comunes en períodos de contracción de la economía, en que los jóvenes tienen dificultades para encontrar un empleo. En la mayoría de los países, estos períodos son también más comunes entre las mujeres que entre los hombres (Quintini y Martín, 2006: 37).

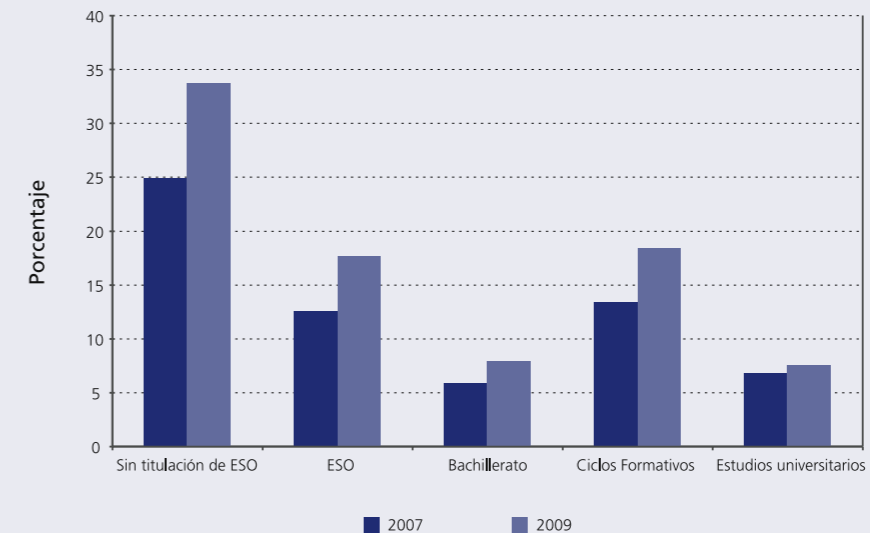
En España, el porcentaje de jóvenes que no trabajan y tampoco estudian (llamados en terminología internacional NEET, *neither in education nor in employment or training*) se redujo considerablemente durante el período de expansión económica. El porcentaje de jóvenes de 20 a 24 años que no trabajaban ni estudiaban pasó del 24% en 1996 al 14,2% en 2007.¹¹⁰ El de jóvenes de 16 a 19 años, del 13% al 11,5% (Quintini y Martín, 2006: 36 y EPA, 2007, primer trimestre). En la etapa de recesión económica que atraviesa España a inicios de 2009, la proporción de jóvenes NEET ha vuelto a aumentar. La proporción de jóvenes de 20 a 24 años que no trabajan ni estudian llega ya al 21,6%. La de jóvenes de 16 a 19 años en esta situación es del 13,8%. Es decir, la crisis ha incrementado extraordinariamente la incidencia del problema, acercándonos a los niveles experimentados en el momento de arrancar la expansión económica.

En la situación de crisis que estamos atravesando, donde el desempleo afecta fundamentalmente a los chicos jóvenes, la incidencia por género de NEET se ha invertido. En el primer trimestre de 2007, el 15,2% de las mujeres menores de 25 años y el 11,1% de los hombres de esas edades no estudiaban ni trabajaban. En el primer trimestre de 2009, ya son el 17,5% de las mujeres y el 19,3% de los hombres.

Por lo que respecta a la incidencia del fenómeno según el nivel educativo de los jóvenes, hay que diferenciar de nuevo el período de crisis del que le precede. En 2007, el 24,9% de los jóvenes de 16 a 24 años que no han completado la ESO no estudiaban ni trabajaban. En 2009, 1 de cada 3 jóvenes sin titulación secundaria se encuentra en esta situación. Un 17,7% de los que tienen sólo la ESO también son jóvenes NEET (eran el 12,6% en 2007). Llama la atención el bajo porcentaje de jóvenes con titulación de bachillerato que no estudian ni trabajan (en comparación con otros grupos). Eso se debe a que la titulación de bachillerato es la antesala de una carrera universitaria, de ciclo corto o largo. El abandono de los estudios inmediatamente después de superar el bachillerato es bastante infrecuente.

110. Incluimos aquí a los jóvenes que estudian en programas no formales.

Gráfico 8.6. Jóvenes de 16 a 24 años que no estudian ni trabajan, según nivel educativo (2007-2009)*



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos del primer trimestre de la EPA 2007, y 2009, INE.
Nota: * Se considera jóvenes de 16 a 24 años que no estudian cursos reglados ni no reglados.

8.4.2. Desempleo y precariedad laboral

Desempleo y precariedad han sido, desde la mitad de la década de los ochenta, problemas estrechamente relacionados en España con la condición juvenil. A diferencia de lo que ocurre en otros países desarrollados, el riesgo de desempleo y la temporalidad no han sido realidades ligadas a una tipología de joven con pocos recursos formativos. Antes de entrar en el período de declive económico, las tasas de desempleo entre jóvenes con estudios postobligatorios eran prácticamente similares que las de los jóvenes con estudios primarios (véase Capítulo 2), en claro contraste con la situación de la mayoría de los países de la OCDE. En 2005, la ratio entre las tasas de desempleo de los jóvenes con bajo nivel educativo (<ISCED 3) y alto nivel educativo (>ISCED3) era 2,2 en el conjunto de países de la OCDE y de 1,0 en España (OCDE, 2007b: 60). Las dificultades económicas que atraviesa España, acentuadas en la segunda mitad de 2008, han abierto una brecha entre unos y otros que no había existido en período de bonanza.

No existen tampoco desigualdades muy significativas en la situación contractual de los trabajadores jóvenes. En España, las modalidades de contratación precaria están generali-

zadas en las etapas de inserción en el mercado de trabajo. La mayoría de jóvenes que acceden a su primer trabajo lo hacen con un contrato precario (temporal o de aprendizaje) o sin contrato alguno. El porcentaje de jóvenes que fueron contratados de forma permanente en su primer trabajo no llega al 10%. Una proporción significativa de jóvenes comienzan su participación en el mercado de trabajo antes de acabar sus estudios, lo que impide calibrar bien el impacto de los resultados educativos sobre la calidad del primer empleo. Resulta, sin embargo, significativo que el 34% de los jóvenes sin titulación de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) declaren que en su primer empleo no tenía contrato.

Tabla 8.5. Tipo de contrato del primer empleo según nivel de estudios alcanzado en la actualidad (Jóvenes de 15 a 29 años)

Situación contractual	Nivel educativo alcanzado				
	Sin titulación de ESO	ESO	Bachillerato	FPI o FPII	Universitario
Temporal en prácticas/en formación	18%	22%	17%	23%	20%
Temporal	36	41	44	48	47
Fijo	5,8	11	8,9	8,8	9,3
Cuenta propia	0,9	1,0	0,9	1,3	1,9
Negocio familiar	5,0	4,3	4,0	3,8	3,1
Sin contrato	34	21	25	15	18
Total	100%				
Número de casos	763	1.113	978	527	519

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Tampoco pueden observarse diferencias importantes en el tiempo que los jóvenes necesitaron para encontrar su primer empleo. En época de bonanza, la mayoría de los jóvenes tardaron poco en encontrarlo. El 56% lo encuentran en menos de 3 meses; el 75%, en menos de 6. Las desigualdades entre grupos educativos son poco significativas. Paradójicamente, los titulados universitarios son el grupo que tarda más en encontrar empleo, probablemente porque sean más selectivos en su búsqueda. Por término medio, tardan un mes y medio más que los jóvenes cuyo nivel educativo más alto alcanzado es la educación secundaria obligatoria.

Tabla 8.6. Tiempo que tardan los/as jóvenes en encontrar el primer empleo según nivel de estudios (Jóvenes de 15 a 29 años)

Tiempo transcurrido hasta encontrar el primer empleo	Nivel de estudios				
	Sin titulación de ESO	ESO	Bachillerato	FPI o FPII	Universitario
De 0 a 3 meses	58%	62%	50%	52%	46%
De 3 a 6 meses	18	18	22	20	21
De 6 a 12 meses	9,6	8,1	16	17	17
De 1 a 2 años	9,1	7,5	9,2	8,2	11
Más de 2 años	5,3	4,4	3,4	2,5	5,4
Total	100%				
Número de casos	397	480	238	159	111

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Para la mayoría de los jóvenes, el primer trabajo está poco relacionado con sus estudios. Sólo el 18% declara que estaba muy o bastante relacionado con sus estudios. Entre los jóvenes que no han terminado la ESO, la inmensa mayoría (84%) declaran que su primer empleo no estaba nada relacionado con sus estudios. Entre los jóvenes con estudios universitarios ese porcentaje se sitúa en el 55%. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que algunos universitarios (17,6%) tuvieron su primera experiencia laboral antes de finalizar sus estudios y, por lo tanto, no tenían las credenciales que avalaban su preparación en el campo en que se acabaron especializando.

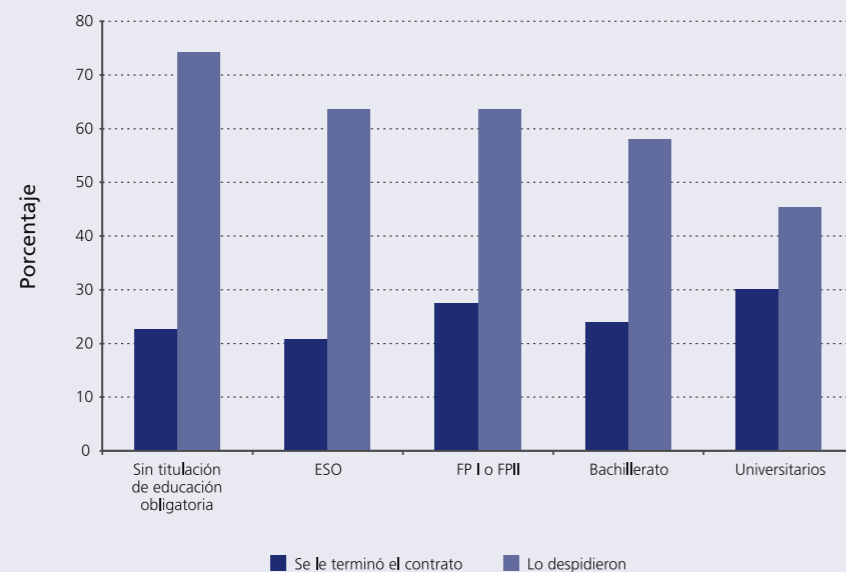
Tabla 8.7. Relación entre el primer empleo de los/as jóvenes y sus estudios según nivel educativo alcanzado (Jóvenes de 15 a 29 años)

Relación entre el empleo actual y los estudios realizados	Nivel de estudios alcanzado				
	Sin titulación de ESO	ESO	Bachillerato	FPI o FPII	Universitario
Muy relacionado	2,0%	6,8%	7,1%	19%	24%
Bastante relacionado	4,3	5,5	7,3	12	14
Poco relacionado	7,5	9,7	11	9,1	7,3
Nada relacionado	86	78	75	59	55
Total	100%				
Número de casos	750	1.069	967	528	519

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

La mayoría de los jóvenes han cambiado de empleo varias veces desde que empezaron a trabajar. Sólo el 13,2% de los que llevan trabajando más de 5 años continúan trabajando en el empleo en el que tuvieron su primera experiencia laboral. Si contamos los empleos que han tenido los jóvenes desde el momento que empezaron a trabajar, nos sale una media de 0,64 por año trabajado. Esa media no varía excesivamente entre los grupos con mayores recursos educativos y los que tienen menos. En un extremo, los jóvenes que han alcanzado estudios universitarios tienen una media de 0,59 trabajos por año. En el otro, los que no tienen titulación de ESO tienen una media de 0,68. Ahora bien, se aprecian diferencias significativas en los motivos que impulsaron a los jóvenes a dejar su primer empleo. La probabilidad de que terminaran su contrato o fueran despedidos (en lugar de irse voluntariamente) es significativamente más alta en los niveles de estudios inferiores que entre los jóvenes universitarios.

Gráfico 8.7. Probabilidad de dejar el primer empleo por finalización de contrato o despido según nivel de estudios(a)



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Nota: a) Se muestran las probabilidades de haber dejado el primer trabajo por finalización de contrato o despido en lugar de irse voluntariamente.

A pesar de este alto nivel de volatilidad juvenil, la mayoría de los jóvenes se sienten seguros en su empleo. Sólo el 15,1% ve muy probable o bastante probable perder (sin quererlo) su empleo en el plazo de un año. Existe, sin embargo, un porcentaje adicional (10%) de jóvenes que declaran que no lo saben. En total, 1 de cada 4 jóvenes muestra sentimientos de inseguridad o incertidumbre respecto a su futuro laboral inmediato.¹¹¹ No se aprecian diferencias significativas en los sentimientos de jóvenes con recursos educativos distintos.

Tabla 8.8. Percepción subjetiva de la probabilidad de perder el empleo actual en el plazo de un año, según nivel educativo (Jóvenes de 15 a 29 años)

Percepción de la probabilidad de perder el empleo actual	Nivel de estudios alcanzado				
	Sin titulación de ESO	ESO	Bachillerato	FPI o FPII	Universitario
Muy probable	6,9%	4,7%	6,8%	6,4%	7,7%
Bastante probable	12	9,3	12	10	11
Poco probable	38	30	30	28	31
Nada probable	44	56	51	55	50
Total	100%				
Número de casos	423	721	576	423	388

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Las evidencias mostradas sugieren que las condiciones de flexibilidad y precariedad trascienden fronteras educativas: todos los jóvenes las experimentan durante los primeros años de experiencia laboral, con independencia de su capital formativo. Las desventajas que experimentan los jóvenes en relación a otros jóvenes con menos estudios son leves o inexistentes. Algunas cosas cambian con el paso del tiempo. Después de 5 años de empezar a trabajar, el 61% de los jóvenes con estudios universitarios declaran que su trabajo está muy o bastante relacionado con sus estudios (en comparación al 38% que lo dice de su primer empleo). El 30% sigue declarando que no está nada relacionado (frente al 55% que lo dice de su primer empleo).

111. Es necesario recordar que el trabajo de campo de esta encuesta se realiza en la primera mitad de 2008.

Tabla 8.9. Relación entre el empleo de los/as jóvenes con más de 5 años de experiencia laboral y sus estudios, según nivel educativo alcanzado (Jóvenes de 15 a 29 años)

Relación entre el empleo actual y los estudios realizados	Nivel de estudios alcanzado				
	Sin titulación de ESO	ESO	Bachillerato	FPI o FPII	Universitario
Muy relacionado	1,3%	7,1%	11%	35%	46%
Bastante relacionado	2,6	5,5	8,1	15	15
Poco relacionado	11	11	18	11	7,3
Nada relacionado	86	77	63	39	31
Total	100%				
Número de casos	227	405	330	266	237

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Cerca de la mitad tienen ya un contrato fijo y un 8,3% trabajan por cuenta propia. Pero la contratación temporal sigue siendo tan común entre los jóvenes con menos recursos educativos como entre los que han alcanzado etapas posobligatorias. Cabe destacar que las mayores tasas de contratación fija se encuentran en los jóvenes con titulación de formación profesional, de primer o segundo ciclo.

8.4.3. Ingresos

En comparación con otros grupos de edad, los ingresos salariales de los jóvenes españoles han sido, en los últimos años, muy bajos. Según datos de la “Encuesta de Estructura Salarial” de 2006, la razón entre el salario medio bruto de una persona de 50 a 59 años y una menor de 30 años es de 1,64 (Tabla 8.11). Esa diferencia sitúa a los jóvenes españoles en peor posición relativa que los jóvenes de todos los países sobre los que se dispone de datos. Varios factores se conjugan para explicar esta brecha. Los jóvenes tienen menor experiencia laboral. Llevan, por término medio, menos años en las empresas en que trabajan, lo que probablemente significa un menor conocimiento de las tecnologías y los procesos productivos. En este sentido, las empresas recompensan la productividad que procura la veteranía. Por otra parte, los jóvenes tienden a estar concentrados, más que otros grupos, en empleos

Tabla 8.10. Situación contractual de los/as jóvenes con más de cinco años de experiencia laboral, según nivel de estudios alcanzado (Jóvenes de 15 a 29 años)

Situación contractual	Nivel de estudios alcanzado				
	Sin titulación de ESO	ESO	Bachillerato	FPI o FPII	Universitario
En prácticas/ en formación	3,3%	9,1%	4,5%	3,4%	6,4%
Temporal	33	20	39	31	35
Fijo	43	54	36	54	48
Cuenta propia	9,8	12	10	5,9	6,8
Negocio familiar	0,0	1,3	1,4	1,5	2,3
Sin contrato	12	4,5	9,5	3,9	1,4
Total	100%				
Número de casos	61	154	221	204	219

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de la Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

de jornada reducida (que les permiten conciliar trabajo con otras dedicaciones, como son sus estudios) y de carácter precario. Cerca de la mitad de las personas menores de 30 años tienen un empleo temporal. Estos empleos tienden a retribuir peor a los trabajadores por la misma dedicación (OCDE, 2002). Esta desventaja está relacionada con la posición estructural de los trabajadores jóvenes en un mercado de trabajo segmentado, donde las mayores retribuciones salariales forman parte de una constelación de privilegios de que disfrutaban los trabajadores que tienen un contrato indefinido.¹¹² Lo cierto es que, incluso con los mismos años de experiencia en la empresa, horas trabajadas o tipo de contrato, subsiste una penalización salarial irreductible. Los jóvenes españoles simplemente cobran menos que trabajadores en su misma situación, pero de edad más avanzada (*Informe de la Inclusión Social en España 2008*).

112. Algunos especialistas consideran que las desventajas salariales del trabajo temporal son producto de la necesidad que tienen estos trabajadores/ras de aceptar peores condiciones laborales a cambio de incrementar la probabilidad de conseguir la renovación de sus contratos y, en última instancia, su conversión en contratos indefinidos (Güell-Rotllan, 2000). Una explicación alternativa sugiere que la clave para explicar la discriminación salarial es la capacidad de los trabajadores/as con contratos indefinidos de afianzarse en sus puestos de trabajo y extraer mayores rentas salariales cuando las empresas tienen incentivos para concentrar los ajustes de plantilla en la bolsa de trabajadores temporales (debido a la diferencia en los costes de despido de estables y precarios) (Polavieja, 2003).

Tabla 8.11. Relación entre el salario medio bruto de la población adulta y la población joven (Cociente entre el salario de personas de 45 a 54 años y de 25 a 29 años)

	1980	1995	2002 ^(e)	2006
Países				
Estados Unidos	1,18 veces	1,41	...	...
Noruega	...	1,35	1,4	...
Irlanda	...	1,41	1,37	1,23
Canadá	...	1,48	...	...
Suiza	...	1,09	...	...
Dinamarca	...	1,29	1,33	...
Holanda	1,40 ^(a)	1,57	1,63	1,29
Reino Unido	1,11	1,26	1,37	1,19
Australia	1,04	1,42	...	...
Suecia	1,37 ^(b)	1,46	1,17	...
Japón	1,37	1,57	...	...
Francia	1,34	1,38	1,61	...
Finlandia	1,21	1,49	1,15	...
Alemania	1,27 ^(c)	1,32	1,69	...
Italia	1,16 ^(d)	1,37	1,61	...
España	...	1,86	1,73	1,64
Nueva Zelanda	...	1,29	...	...
Portugal	...	1,46	1,56	...
México	...	1,16	...	...

Fuentes: Elaboración CIIMU. Los datos de 1980 y 1995 son de OECD, *Labour Statistics: Statistics, Data and Indicators*, consultado en www.oecd.org en. OECD, *Employment Outlook* (Paris: OECD, 1998), p. 134. Los datos de 2002 y 2006 son de Eurostat, *Structure of Earnings Survey*, disponible en Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

Notas: a) Los datos son de 1985 y 1995. El denominador del cociente es el salario bruto medio de las personas de 45 a 49 años.

b) Los datos son de 1980 y 1996. El denominador del cociente es el salario bruto medio de las personas de 45 a 49 años.

c) Los datos son de 1984 y 1995. El denominador del cociente es el salario bruto medio de las personas de 45 a 49 años.

d) Los datos son de 1987 y 1995. El denominador del cociente es el salario bruto medio de las personas de 45 a 49 años.

e) Los datos de 2002 y 2006 son del Structure of Earnings Survey. Los grupos de edad han variado: el numerador es el salario bruto medio de las personas menores de 30 años, el denominador es el salario bruto medio de las personas de 50 a 59 años.

En 2008, el salario medio mensual neto de un joven que trabaja a tiempo completo es de 1.091 euros (“Encuesta de la Juventud 2008”). Los salarios se incrementan con la educación. Como se puede observar en la tabla, las personas con mayores recursos educativos cobran salarios más altos que las que abandonaron los estudios prematuramente, tengan un empleo fijo o temporal. Obviamente, es posible que esas diferencias tengan que ver con otras variables que “covarían” con el máximo nivel educativo alcanzado, como el tiempo que una persona lleva trabajando. Con la misma experiencia laboral y otras condiciones, un joven con estudios universitarios tiene, por término medio, una remuneración salarial un 30% mayor que un joven sin titulación de ESO.¹¹³ La remuneración de un titulado en grado medio o superior de formación profesional es un 16% mayor; la de un titulado en bachillerato, un 8,5%, y los titulados en ESO, un 6,6% superior.¹¹⁴

Tabla 8.12. Ingresos salariales medios de trabajadores temporales y fijos a tiempo completo, según nivel de estudios (Jóvenes de 15 a 29 años)

Tipo de contrato	Total	Nivel de estudios alcanzado				
		Sin titulación de ESO	ESO	Bachillerato	FPI o FPII	Universitario
Temporal	1.006 €	941€	984 €	954 €	1.031€	1.159 €
Fijo	1.127	1.023	1.072	1.188	1.091	1.318
Cualquier otra situación contractual ^(a)	1.416	1.082	1.539	1.235	1.299	1.879

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la Encuesta de Juventud 2008, INJUVE.

Nota: a) Trabajadores por cuenta propia o negocio familiar.

Como puede observarse en el Gráfico 8.8, antes de los 30 años las diferencias entre los salarios brutos de las personas según su nivel educativo son bastante pequeñas en comparación con lo que ocurre en edades avanzadas (elaboración propia a partir de los datos de la “Encuesta de Estructura Salarial”, 2006). Los perfiles de ingreso muestran que los de los jóvenes con menores recursos educativos tienen, antes de los 20 años, salarios ligeramente

113. La situación de convivencia mide si el joven vive en pareja. La forma de encontrar empleo mide si: 1) se dirigió a la empresa, 2) recibió una llamada de la empresa, 3) obtuvo el trabajo a través de una red personal, 4) obtuvo el trabajo a través de los servicios del INEM, 5) obtuvo el trabajo a través de una ETT. La categoría de referencia es si logró el trabajo por oposición.

114. Éste es el resultado de un análisis de regresión lineal (no mostrado aquí), cuya variable dependiente es una transformación logarítmica de los ingresos mensuales netos que declara el entrevistado/da. Los controles estadísticos incluidos en el modelo son: años desde que comenzó a trabajar, género, forma de convivencia (en pareja o no), si estudia actualmente, y forma de conseguir el empleo (le llamó una empresa, se dirigió a una empresa, por redes familiares o personales, a través del servicio del INEM, a través de los servicios de una ETT, o por oposición).

más altos que los jóvenes con mayores estudios. Ello refleja, posiblemente, el hecho de haber acumulado más experiencia laboral en edades en que otros jóvenes continúan dedicados fundamentalmente a estudiar. Esa ventaja desaparece en etapas más avanzadas del ciclo laboral, donde las personas con mayor educación logran ventajas salariales claras. Es imposible saber si las generaciones más jóvenes hoy disfrutarán de las mismas ventajas sobre los jóvenes cuando se hagan mayores. Hay que tener en cuenta que están reemplazando grupos donde los licenciados universitarios eran mucho menos numerosos y tener un título superior era más rentable.

Gráfico 8.8. Perfil salarial de los trabajadores según sexo y nivel de estudios*

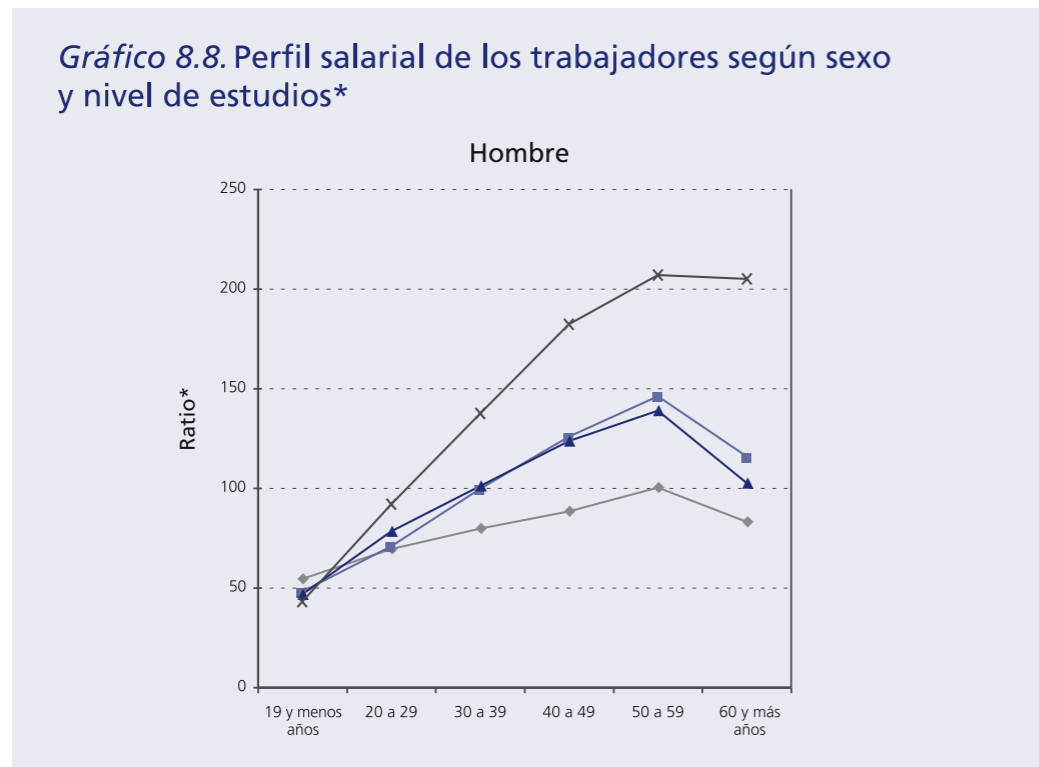
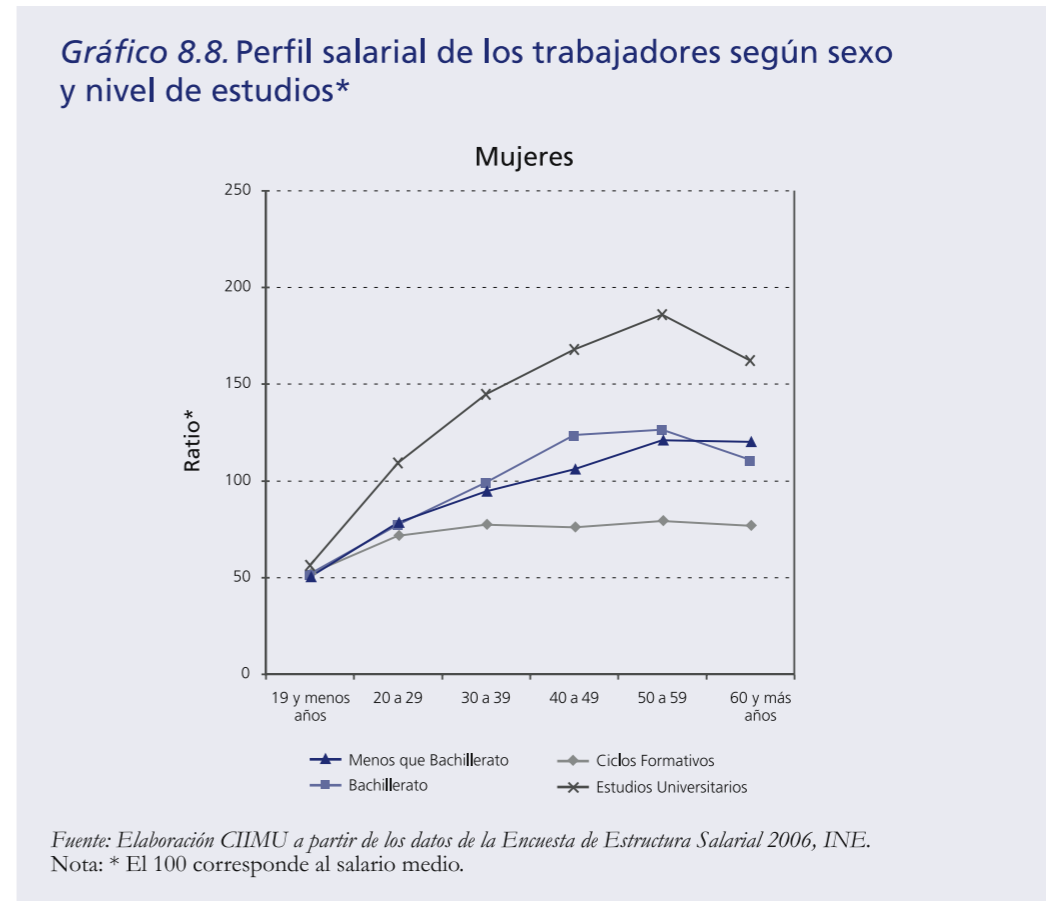


Gráfico 8.8. Perfil salarial de los trabajadores según sexo y nivel de estudios*



Estudios comparativos sugieren que las diferencias entre el salario bruto de una persona con titulación universitaria y otra con menores recursos educativos son bastante menores que en la mayoría de los países europeos. España es uno de los países con menores diferencias salariales entre los graduados universitarios y los graduados en enseñanzas inferiores. En los últimos años, en contraste con lo que sucede en países con mayores desigualdades, España ha experimentado una reducción de las diferencias (MEC, 2007: 27). En 2004, en el conjunto de la población trabajadora, la diferencia entre lo que cobra un trabajador con una titulación inferior a la segunda etapa de la educación secundaria y un graduado universitario era de 47 puntos porcentuales. Esta diferencia sitúa a España ligeramente por encima de Suecia (el país más igualitario), pero lejos de los países donde estas diferencias están más acentuadas: Portugal (122), Estados Unidos (107) o Reino Unido (86).¹¹⁵

España es uno de los países con menores diferencias salariales entre los graduados universitarios y los graduados en enseñanzas inferiores.

115. La posición desventajosa de los titulados universitarios en España respecto a otros países ha sido confirmada en estudios que comparan la rentabilidad privada de las credenciales universitarias teniendo en cuenta no sólo los ingresos salariales, sino también las inversiones (de tiempo y dinero) y los costes de oportunidad que comporta (Boarini y Strauss, 2007).

La baja rentabilidad relativa de los estudios universitarios en España en los años de incorporación al mercado laboral ha sido señalada en diversos trabajos. Un estudio comparativo que analiza en 13 países europeos las condiciones de trabajo de los titulados universitarios 5 años después de su graduación pone de manifiesto que el salario bruto mensual de los titulados universitarios españoles es inferior al de los titulados de 11 de esos países, medido en paridades de poder de compra (ANECA, 2007: 36)¹¹⁶. Sólo en la República Checa los salarios de los graduados son ligeramente más bajos que en España. En Alemania, Suiza o Noruega casi se duplican los salarios brutos de los graduados españoles.¹¹⁷

8.4.4. Sobrecualificación

Uno de los argumentos que a menudo se ofrece para explicar los bajos niveles retributivos de los titulados universitarios es que el aumento extraordinario de la proporción de personas que obtienen una titulación superior no se ha visto correspondido por un incremento paralelo de la oferta de empleo de estas características. Este desajuste conduce a fenómenos de sobrecualificación. La sobrecualificación se convierte en un problema individual si se asocia a fenómenos de insatisfacción en el trabajo, como ocurre en el contexto norteamericano (Tsang *et al.*, 1991), o se prolonga excesivamente en el tiempo produciendo una depreciación de los conocimientos adquiridos como resultado de la falta de utilización de los mismos. La sobrecualificación altera los parámetros de competición por empleos “menos cualificados”. Ante una oferta de trabajadores sobrecualificados para los empleos existentes, la criba de entrada a empleos que no requieren excesiva cualificación se sitúan fuera del alcance de trabajadores que disponen estrictamente de la formación requerida, porque compiten con trabajadores con mayores credenciales. En estas condiciones, la adquisición de credenciales se convierte en una estrategia mediante la cual los trabajadores intentan evitar caer en las peores ocupaciones, así como mejorar su horizonte laboral futuro (por ejemplo, la probabilidad de conversión de un contrato temporal en fijo). Esta situación puede conducir a resultados socialmente ineficientes, puesto que propicia inversiones educativas excesivas en una formación que produce poco valor añadido.

Según datos de la “Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo” del Ministerio de Trabajo e Inmigración (2007), el 18% de las personas consideran que poseen más competencias que

las necesarias para realizar su trabajo. Los análisis realizados confirman que la percepción de estar sobrecualificado es una fuente importante de insatisfacción en el trabajo. Las personas que sienten que su nivel de formación es superior al exigido presentan, por término medio, un nivel de satisfacción 1,2 puntos menor que las personas cuyo trabajo se ajusta a su formación (en una escala de satisfacción de 11 puntos, donde 0 es muy insatisfecho y 10 muy satisfecho). En las mismas condiciones, subsiste casi un punto de diferencia (0,963).¹¹⁸ Para hacerse una idea de lo que esto representa, esta diferencia equivale aproximadamente a la distancia entre el nivel de satisfacción medio con el trabajo de una persona cuyo salario es de 800 euros mensuales y una que cobra algo más del doble.

La sobrecualificación se produce habitualmente en las personas con titulación superior que desempeñan una actividad laboral para la que se requieren conocimientos y habilidades que se pueden adquirir con niveles de instrucción más bajos. También se consideran sobrecualificadas a las personas que trabajan en tareas elementales y tienen un título de educación secundaria posobligatoria (bachillerato, ciclo formativo medio o superior). La forma de identificar a las personas “sobrecualificadas” utilizadas en los análisis sobre este fenómeno se basa en una estimación “objetiva”, que pone en relación el nivel educativo máximo alcanzado por una persona y el nivel ocupacional del empleo de una persona, cifrado en la Clasificación Internacional Estándar de Ocupaciones (ISCO-88). A cada nivel le corresponden, por lo general, unos requerimientos educativos mínimos. Tales requerimientos son descritos en un trabajo pionero de Bergman *et al.* (2002) y utilizados en diversos trabajos de la OCDE (Dumont, 2005, y Quintini y Martín, 2006). En España, Luis Ortiz (2008 y 2006) emplea este modelo en un estudio comparativo sobre sobrecualificación en España, Francia e Italia que utiliza datos del Panel de Hogares de la Unión Europea (1994-2001). Cuando utilizamos este modelo, el porcentaje de trabajadores sobrecualificados es del 12,4%.

El análisis presentado en la tabla estima la probabilidad de estar sobrecualificado con una regresión logística según un conjunto de factores explicativos. Las variables independientes incluyen un conjunto de factores asociados por la literatura especializada con la sobrecualificación. Entre ellos hay variables sociodemográficas (como el género, la edad y el origen), el perfil socioprofesional del trabajador (es su primer empleo, fue despedido en su último empleo, tiene contrato temporal o indefinido) y la empresa donde trabaja (sector público o privado, tamaño de la empresa, rama de actividad empresarial). El gráfico representa la probabilidad de sobrecualificación en dos de los colectivos con mayor riesgo de experimentar una situación de sobrecualificación: jóvenes e inmigrantes.

116. El estudio se inscribe en el “Proyecto REFLEX”, que entrevistó a 40.000 graduados universitarios en el curso 1999-2000 entre septiembre de 2005 y junio de 2006. Los resultados más destacados sobre la situación de los graduados españoles pueden consultarse en ANECA (2007).

117. Es importante señalar que existe una considerable variabilidad salarial entre los titulados universitarios. Después de 5 años de su graduación, los egresados en carreras técnicas de ciclo largo cobran 2.107 euros brutos mensuales por término medio. En el otro extremo, los titulados en ciencias sociales de ciclo corto reciben 1.117 (ANECA, 2007).

118. Estos resultados se han obtenido con una regresión lineal, donde el nivel de satisfacción con el trabajo es la variable dependiente y el nivel de ingresos, la satisfacción con el tiempo libre, el tipo de contrato (temporal o fijo), el origen (autóctono, extranjero), y el haber recibido formación en la empresa en el último año son variables dependientes.

Tabla 8.13. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: Estar sobrecualificado (a)

Variables independientes	Razón de probabilidades
Sexo	
Hombre	1
Mujer	1,026
Grupo de edad	
16 a 25 años	1,550†
26 a 35	2,336***
36 a 45	2,090***
46 a 55	1,563**
56 a 64	1
Origen	
España	1
UE, Estados Unidos, Canadá, Oceanía	2,348***
Países en vías de desarrollo	1,674***
Años en el mercado de trabajo	0,981***
Tipo de contrato	
Fijo	1
Temporal	0,996
La empresa realiza actividades de formación	
Sí	0,893
No	1
Es el primer puesto de trabajo que ocupa	
Sí	0,814*
No	1
Cese voluntario de su anterior trabajo	
Sí	1
No	1,180†
Sector	
Público	0,881
Privado	1
Número de personas que trabajan en su empresa	
Autónomo	1,169
De 1 a 10 personas	1
De 11 a 50	1,230†
De 51 a 250	1,632***
Más de 250 personas	1,7480***

Tabla 8.13. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: Estar sobrecualificado (a) (continuación)

Variables independientes	Razón de probabilidades
Actividad económica de la empresa	
Industria	1
Agricultura	0,708†
Construcción	0,860
Comercio	0,825
Hostelería	0,730†
Transporte	1,042
Intermediaria financiera	0,605***
Administración pública	1,195
Educación o Sanidad	0,488***
Personal de servicios domésticos	0,979
R² Nagelkerke	
	7,2%
Número de casos	
	7.118

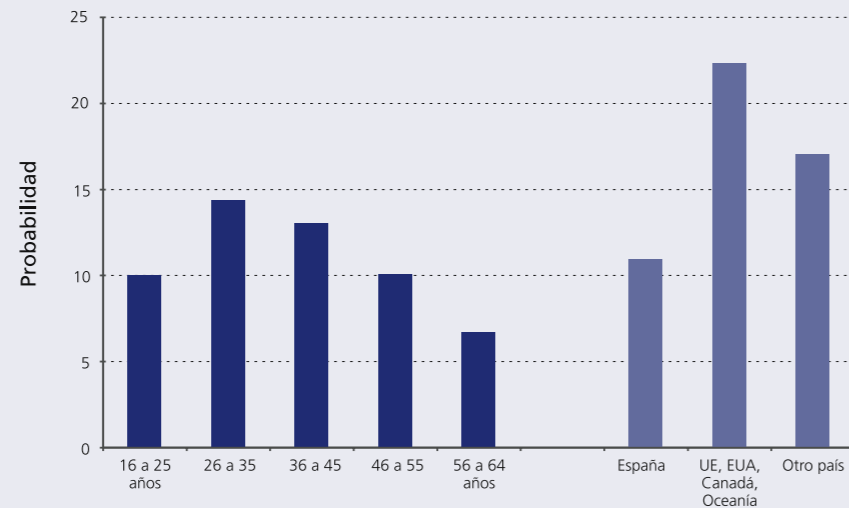
† Nivel de significación del 10%
 * Nivel de significación del 5%
 ** Nivel de significación del 1%
 *** Nivel de significación del 1‰

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECVT_2007, Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Nota: a) Se considera sobrecualificada aquella persona que ocupa un puesto de trabajo que requiere un nivel de educación (ICED) inferior al que se le ha asignado según el código de ocupación ISCO88.

Las evidencias muestran que la probabilidad de estar sobrecualificado no está asociada con el género. El factor más determinante es la edad. Los resultados indican que la sobrecualificación es muy común en los años de entrada de las personas con educación superior en el mercado de trabajo (entre los 26 y 34 años) y poco frecuente en edades avanzadas. En las mismas condiciones (incluso de experiencia laboral), las personas jóvenes tienen una probabilidad más alta de estar sobrecualificadas. La excepción es el grupo de 16 a 25 años, porque en ese momento del ciclo vital se han incorporado al mercado de trabajo fundamentalmente los jóvenes con nivel de formación más baja, mientras que los que tienen mayores recursos educativos continúan sus estudios.

Gráfico 8.9. Probabilidad de estar sobrecualificado según grupo de edad y lugar de origen*



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la ECVT_2007, Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Nota: * Se considera sobrecualificada aquella persona que ocupa un puesto de trabajo que requiere un nivel de educación (ICED) inferior al que se le ha asignado según el código de ocupación ISCO88.

Un segundo colectivo donde la sobrecualificación es más frecuente son las personas de origen extranjero. Las dificultades para lograr un reconocimiento oficial de las titulaciones obtenidas en su país de origen, la falta de capital social en el nuevo país (contactos adecuados) o de conocimiento acerca de las oportunidades laborales, impide a estas personas competir en igualdad de condiciones por posiciones ajustadas a su preparación. Es difícil explicar la alta probabilidad que tienen los trabajadores nacidos en países occidentales (Europa, Estados Unidos, Canadá y Oceanía) de estar sobre-cualificados. Posiblemente a ello contribuyan las motivaciones (quizás no estrictamente laborales) que les llevaron a emigrar a España.

Respecto al perfil socioprofesional, el hecho más destacado es que, a igualdad de condiciones, los trabajadores con contrato temporal y fijo tienen probabilidades similares de estar sobrecualificados. Este resultado contrasta con lo que ocurre en otros países, donde la sobrecualificación es más habitual en los empleos temporales. (Quintini y Martín, 2006: 18). Luis Ortiz (2008) ha interpretado esta anomalía como el resultado de la competición *sui generis* por empleos fijos que se entabla en el contexto de un mercado laboral segmentado, donde los trabajadores con contrato temporal consiguen más fácilmente la conversión de sus empleos en fijos cuando están sobrecualificados. El

alto valor de los empleos estables convierte a la competición por conseguir la estabilidad laboral en el objetivo principal de los trabajadores/as: las inversiones en educación responden a este objetivo, aunque conlleven la renuncia a desempeñar un puesto ajustado a la formación.

Por último, hay que destacar que la sobrecualificación se concentra en empresas de mayor tamaño. Se trata muchas veces de empresas con estructuras de promoción interna, donde la carrera laboral está más ligada a los años de experiencia laboral en la empresa y a los méritos adquiridos en el curso de esa trayectoria que a credenciales externas (de escaso valor para medir la productividad del trabajador).

8.5. Aprendizaje a lo largo de la vida

Fomentar el aprendizaje a lo largo de la vida se ha convertido en una prioridad de las políticas públicas de la mayoría de países desarrollados. Expertos, gobiernos y organismos internacionales coinciden en señalar que la formación continua es una palanca para promover la competitividad de la economía en un contexto en que la globalización y los cambios tecnológicos demandan que los trabajadores sean capaces de adaptarse rápidamente a nuevas exigencias y oportunidades. El nivel educativo de un país tiene un fuerte impacto en su productividad. Así, de acuerdo con algunas estimaciones ampliamente aceptadas, aumentar en un año la duración de la formación propicia un incremento de al menos un 5% en la productividad agregada de un país (De la Fuente y Ciccone, 2003, y OCDE, 2004b). El capital formativo es particularmente importante para competir en los nuevos espacios tecnológicos que determinan la competitividad de una economía.

Algunos gobiernos han visto en las estrategias de aprendizaje a lo largo de toda la vida una oportunidad para mejorar las capacidades cognitivas y de aprendizaje de su población adulta, especialmente cuando algunos grupos sociales vieron en su momento restringidas sus oportunidades de acceso a la educación formal. El objetivo que se persigue es que pueda resultarles más fácil competir por los puestos de trabajo disponibles en escenarios laborales donde se está produciendo una expansión de los trabajos que demandan altos niveles de cualificación y un descenso del número de empleos que demandan pocos recursos formativos. En el ámbito individual, la evidencia empírica acumulada a partir del análisis de encuestas longitudinales avala la idea de que las personas que siguen formándose a lo largo de la vida mejoran sus horizontes laborales.¹¹⁹

119. Por ejemplo, un estudio de la OCDE en diversos países de la UE (incluido España), utilizando datos del "Panel de Hogares de la Unión Europea", muestra que las personas que han recibido formación en años previos tienen una probabilidad más alta de permanecer activos y más baja de haber perdido su empleo. La formación recibida en el trabajo tiene además un impacto positivo en los salarios y la percepción de seguridad en el empleo. Los jóvenes y trabajadores cualificados que han recibido formación en años previos son los máximos beneficiarios del impacto salarial, pero los trabajadores de edades más avanzadas y nivel educativo más bajo consiguen incrementar la seguridad en el empleo y mejorar sus oportunidades de conseguir un nuevo empleo si caen en paro (OCDE, 2004).

Esto es especialmente importante si, como sugieren algunas interpretaciones, las personas que han iniciado trayectorias laborales sin cualificaciones pueden corregir sus *handicaps* gracias a las inversiones en su formación en etapas más avanzadas de la vida.

Es, por lo tanto, importante conocer hasta qué punto las personas adultas tienen oportunidades de proseguir su formación a lo largo de su vida adulta. La “Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje” (EADA, 2007) del Instituto Nacional de Estadística permite acercarse a la realidad de la formación continua para adultos en España con el objeto de estudiar los factores que afectan a la participación de personas mayores de 24 años y menores de 65 en el sistema educativo formal (conducente a un título o certificación oficial), en programas no formales (no conducentes a este tipo de titulación), e influyen en el acceso a actividades de aprendizaje informal (es decir, no institucionalizado).¹²⁰

Según los datos de la EADA, en los últimos 12 meses, el 6% de los españoles de 25 a 64 años han participado en un programa educativo en el sistema formal; un 27,2%, en el no formal, y un 24,6% ha participado en actividades de aprendizaje informal. Estas cifras esconden una enorme heterogeneidad de situaciones. Los modelos estadísticos aquí presentados analizan las probabilidades de participación en estas tres líneas de formación en distintos colectivos. Limitamos el análisis a la participación en actividades de formación de personas asalariadas y en situación de desempleo.

Para estudiar la situación de las personas asalariadas construimos tres modelos con variable dependiente dicotómica, que se analizan con regresiones logísticas. Cada modelo estima la razón entre la probabilidad de haber participado en el programa específico en los últimos 12 meses y la de no haberlo hecho. En la primera columna aparecen las razones de probabilidades de haber participado en programa de educación formal asociadas a una serie de variables independientes. Como puede observarse, a igualdad de condiciones, la razón de probabilidades de haber participado en un programa de educación formal es más baja en los grupos de edad más avanzada (el grupo de referencia son las personas de 26 a 35 años). Respecto al grupo de referencia, la razón de probabilidades de que una personas de 55 años o más participe en un programa de este tipo es 3,8 más baja (1/0,264) que la de una persona de 26 a 35 años.

120. La educación no formal comprende actividades que no conducen a un título o certificación oficial y que pueden consistir en: 1) cursos impartidos en aulas, 2) cursos que combinan teoría y práctica, 3) cursos impartidos a través de educación a distancia, 4) clases particulares, 5) actividades formativas (de carácter práctico) en el puesto de trabajo. La educación informal incluye actividades en las que la persona intenta aprender algo por su cuenta a través de un familiar, amigo o compañero de trabajo; usando material impreso, ordenadores, por medio de televisión, radio, vídeo, por visitas guiadas a museos, lugares históricos, naturales, industriales, o visitando centros de aprendizaje (incluido bibliotecas).

Tabla 8.14. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: Haber participado en educación formal, no formal o informal en los últimos doce meses (población asalariada)

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Variables independientes	Educación formal ^(a) (razón de probabilidades)	Educación no formal (razón de probabilidades)	Educación informal (razón de probabilidades)
Sexo			
Hombre	1	1	1
Mujer	0,891	1,032	0,942
Grupos de edad			
26 a 34	1	1	1
35 a 44	0,542***	1,046	0,991
45 a 54	0,458***	1,044	0,892†
55 y más años	0,264***	0,672***	0,837*
Origen			
España	1	1	1
Extranjero	0,355***	0,612***	1,205*
Nivel educativo			
Sin titulación de ESO	0,057***	0,174***	0,231***
ESO	0,126***	0,285***	0,335***
FPI	0,205***	0,451***	0,423***
FPII	0,285***	0,584***	0,639***
Bachillerato	0,489***	0,521***	0,541***
Universitario	1	1	1
Tipo de contrato en el pasado			
Fijo	1	1	1
Temporal	1,885***	0,889*	1,063
R² Nagelkerke			
	16,6%	12,4%	8,1%
N			
	9.945	9.937	9.934

† Nivel de significación del 10%

* Nivel de significación del 5%

** Nivel de significación del 1%

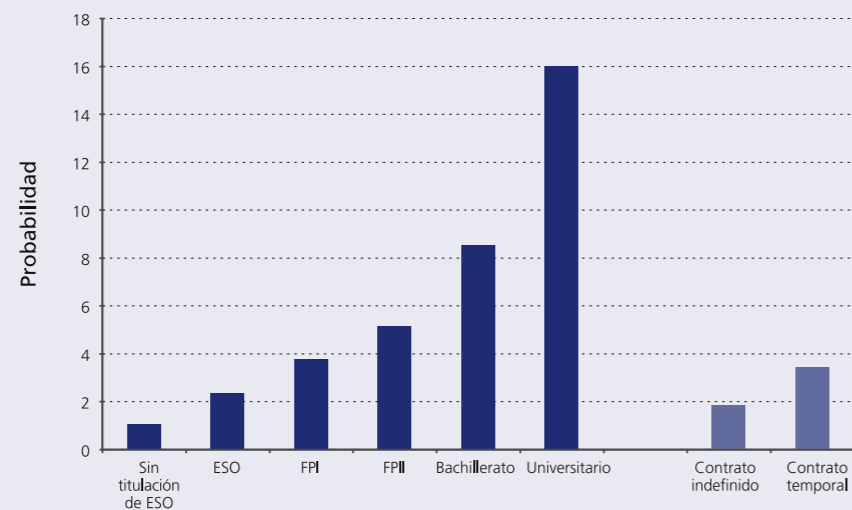
*** Nivel de significación del 1%

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la EADA_2007, INE.

Nota: a) Educación formal es la conducente a una titulación oficial; la educación no formal es la que se realiza en centros no oficiales; la educación informal es la que se realiza fuera de un ámbito institucional.

El primer modelo evidencia que las personas de origen extranjero y con menores recursos educativos tienden a participar menos en programas de educación formal. La razón de probabilidades de que participe una persona de origen extranjero es 2,8 veces más baja (1/0,355) que la de una persona nacida en España. La de que participe una persona sin titulación de ESO es 7,9 veces más baja que la de un licenciado universitario. En cambio, las personas que tenían un contrato temporal hace 12 meses presentan una razón de probabilidades un 88% más alta que las que tenían un contrato indefinido de haber participado en el curso del año en un programa de educación formal. Como comentamos en la sección anterior, esta pauta obedece probablemente a la convicción que tienen estos trabajadores de que acumular credenciales es una buena estrategia para incrementar la probabilidad de conversión de su contrato temporal en indefinido.

Gráfico 8.10. Probabilidad de haber participado en educación formal según niveles educativos y tipo de contrato

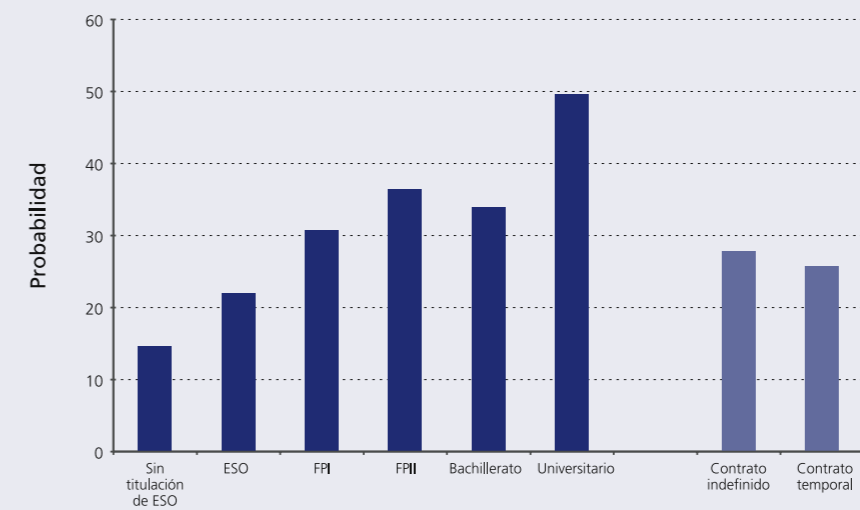


Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la EADA_2007, INE.

El segundo modelo evidencia que la participación en educación no formal es también menos común entre las personas de edad más avanzada, aunque las diferencias por edad son, en este caso, menos importantes. Las personas de origen extranjero y con menores recursos educativos tienen igualmente una probabilidad más baja de par-

ticipar en la educación no formal. Llama la atención que en este modelo, a diferencia del modelo 1, la razón de probabilidades de que los trabajadores temporales participen en este tipo de formación es más baja que la de los empleados con contrato fijo. Probablemente pueda atribuirse a una menor confianza en la eficacia de este tipo de formación para conseguir la conversión de sus contratos en indefinidos.

Gráfico 8.11. Probabilidad de haber participado en educación no formal según niveles educativos y tipo de contrato



Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la EADA_2007, INE.

El tercer modelo se centra en actividades de formación informal. Los resultados muestran, de nuevo, que las personas jóvenes son más proclives a este tipo de formación que las de edad avanzada y que las personas con bajo nivel formativo tienen una probabilidad más baja de haber participado en este tipo de actividades. No existen diferencias estadísticamente significativas entre trabajadores con contrato temporal e indefinido. Resulta, en cambio, muy significativo que las personas inmigrantes recurran más a la educación informal que los trabajadores asalariados de origen español. Probablemente esto refleje restricciones en el acceso a la formación, ya sea por cuestiones lingüísticas, menores oportunidades de formación en sus centros de trabajo, menor acceso a la información, etc.¹²¹

121. Esto se confirma en un análisis realizado que estima la probabilidad de haberse querido formar y no poder (no presentado aquí). La razón de probabilidades de que esto le ocurra a una persona nacida en el extranjero es un 77% mayor que la de un trabajador español.

Tabla 8.15. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: Haber participado en educación formal, no formal o informal en los últimos doce meses (personas paradas)

	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
Variables independientes	Educación formal ^(a)	Educación no formal	Educación informal
Sexo			
Hombre	1	1	1
Mujer	1,466	1,482**	0,996
Grupos de edad			
26 a 34	1	1	1
35 a 44	0,546*	0,712†	1,242
45 a 54	0,498*	1,106	1,201
55 y más años	0,296*	0,637†	1,209
Origen			
España	1	1	1
Extranjero	0,208**	0,594*	1,197
Nivel educativo			
Sin titulación de ESO	0,086***	0,166***	0,142***
ESO	0,162***	0,310***	0,272***
FPI	0,467*	0,401**	0,495**
FPII	0,149**	0,389**	0,443**
Bachillerato	0,415*	0,613*	0,504**
Universitario	1	1	1
Situación laboral en el pasado			
Ocupado	1	1	1
Parado	0,827	0,731*	0,642**
R² Nagelkerke			
	17,7%	12%	12,5%
N			
	1.465	1.464	1.461

† Nivel de significación del 10%

* Nivel de significación del 5%

** Nivel de significación del 1%

*** Nivel de significación del 1‰

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de la EADA_2007, INE.

Nota: a) Educación formal es la conducente a una titulación oficial; la educación no formal es la que se realiza en centros no oficiales; la educación informal es la que se realiza fuera de un ámbito institucional.

Un colectivo en que la formación adquiere especial importancia son las personas desempleadas. La “Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje” permite analizar, al igual que se hizo con la población asalariada, en qué medida distintos grupos de desempleados participan en programas de formación. Los resultados se presentan en la Tabla 8.15. Los datos confirman las evidencias obtenidas con la muestra de personas asalariadas. En comparación con otros grupos, las personas de mayor edad, las personas con pocos recursos educativos y los inmigrantes acceden poco en la educación formal y no formal. Un aspecto novedoso es que, a igualdad de condiciones, las mujeres tienden a formarse más en programas no formales que los hombres cuando están desempleadas y desempleados.

El conjunto de resultados evidencia que la formación continua está distribuida de manera desigual. Los trabajadores que más se podrían beneficiar (personas con bajos recursos formativos, personas de edad avanzada, personas de origen extranjero) participan significativamente menos en esos programas. Participan igualmente poco las personas desempleadas con menores recursos educativos o mayor dificultad para encontrar un trabajo (a causa de su edad avanzada). La falta de aptitudes y competencias básicas les impide muchas veces optar a seguir cualquier tipo de formación. Cualquier estrategia encaminada a reforzar el aprendizaje a lo largo de toda la vida pasa necesariamente por dotar a todo el mundo de capacidades cognitivas y competencias básicas. Es decir, el acceso a la formación continua en la vida adulta requiere no sólo que se abran oportunidades de formación en empresas o centros especializados, o que los trabajadores disfruten del tiempo necesario y/o de permisos laborales para participar en programas educativos, sino también de que las personas que opten a seguir formándose posean fundamentos educativos sólidos, que se adquieren en etapas prematuras de la carrera educativa. La extensión de la educación preescolar de calidad a los colectivos que más se podrían beneficiar y la lucha contra el fracaso escolar son dos condiciones *sine qua non* para afianzar los procesos de aprendizaje durante toda la vida entre toda la población.

La extensión de la educación preescolar de calidad a los colectivos que más se podrían beneficiar y la lucha contra el fracaso escolar son dos condiciones *sine qua non* para afianzar los procesos de aprendizaje durante toda la vida entre toda la población.

8.6 Recapitulación

Durante las últimas dos décadas del siglo XX, se ha producido una expansión extraordinaria del nivel educativo de los ciudadanos y ciudadanas de nuestro país. Esta expansión ha sido posible, en gran medida, por el reforzamiento del compromiso público con la educación. Gracias a eso ha aumentado el nivel educativo general de la población y se ha democratizado el acceso a niveles superiores de la educación. Colectivos que tradicionalmente habían experimentado dificultades de acceso a ciertos niveles avanzados del sistema educativo, como las mujeres, están protagonizando en primera persona la expansión educativa. Esta tendencia está contribuyendo a corregir la brecha educativa entre la sociedad española y otras de nuestro entorno, que podía condicionar seriamente nuestras oportunidades competitivas en la sociedad de la información y el conocimiento.

Ahora bien, no todo el mundo se ha beneficiado de la misma manera de las transformaciones educativas. En un contexto general de expansión de la educación y de la demanda laboral de puestos de trabajo cualificados, se hacen más patentes las dificultades y las desventajas de ciertos grupos sociales. La educación se ha convertido en un derecho básico, pero ni todo el mundo tiene las mismas opciones para formarse, ni tiene las mismas oportunidades para obtener las credenciales y posiciones sociales que recompensen su esfuerzo y talento. El logro educativo sigue asociado a factores sociales que reproducen la “lotería del nacimiento”. Los resultados presentados aquí acreditan que los chicos y chicas que crecen en ciertos entornos familiares (con pocos recursos educativos, de origen inmigrante, donde no están presentes los dos progenitores) tienen una probabilidad más alta de experimentar situaciones de desventaja en diferentes momentos de la carrera educativa, que afectan negativamente a sus oportunidades de progresión académica e incrementan el riesgo de abandono prematuro de los estudios. Ciertas experiencias infantiles y juveniles en el sistema educativo condicionan procesos de inserción en el mercado de trabajo y la adquisición de competencias básicas para optar a la formación continua a lo largo de toda la vida. Nuestra voluntad ha sido poner de manifiesto condiciones y dinámicas que, desde edades muy tempranas, pueden actuar en perjuicio de colectivos en situación de vulnerabilidad educativa, identificando las dimensiones de la experiencia social y educativa de los jóvenes que reclaman atención prioritaria. La conclusión principal que emerge es que para combatir los problemas de vulnerabilidad y exclusión educativa hace falta que el repertorio de estrategias clásicas de política educativa para asegurar la igualdad de oportunidades venga acompañado de iniciativas orientadas a incidir en los factores sociales que afectan a los resultados educativos fuera del ámbito estrictamente escolar.

9. CONCLUSIÓN

En el capítulo de conclusiones del *Informe de la Inclusión Social en España 2008* advertíamos que estábamos ante un trabajo en construcción. Estudiar la exclusión económica y laboral en la primera edición del informe nos iba a servir para asentar los fundamentos sobre los cuales podríamos sustentar el análisis de otras dimensiones de la exclusión social. El objetivo del *Informe de la inclusión Social en España 2009* ha sido incorporar nuevas piezas al rompecabezas –los fenómenos de exclusión sanitaria y educativa–, teniendo bien presente que la multidimensionalidad del objeto de análisis exige centrarse en la interrelación entre diferentes espacios de vulnerabilidad. La conclusión principal que extraemos en este informe es que nos hallamos ante un fenómeno extraordinariamente complejo, que se define precisamente por su carácter acumulativo. Los problemas y dificultades que están provocando la exclusión raramente aparecen solos. Muchas veces son el resultado de riesgos o déficits que operan simultáneamente, se superponen, se refuerzan mutuamente y se retroalimentan, de manera que crean espirales perversas de las que resulta difícil escapar. Eso complica de forma importante cualquier intento de ponerle remedio. Paliar la pobreza no garantiza la integración social de una persona si las raíces de su precariedad económica se encuentran en su mala salud, recursos educativos escasos o en la falta de apoyo social y afectivo. Los procesos de exclusión son secuencias encaenadas de episodios que arrastran a las personas a situaciones de más vulnerabilidad. Aunque estas trayectorias nunca son lineales (las distintas formas de exclusión, especialmente en sus formas más leves, pueden ser transitorias), existen poderosas fuerzas sociales que empujan a las personas en situación de riesgo hacia situaciones cada vez más difíciles de revertir. En última instancia, equilibrios sociales precarios pueden desembocar en formas de exclusión severa, que limitan seriamente las oportunidades vitales.

Una de las evidencias más preocupantes de la primera y segunda edición del informe es que las situaciones de vulnerabilidad severa se concentran en la infancia y, por tanto, contribuyen a configurar itinerarios vitales precarios, que atrapan a las personas en situaciones de riesgo desde edades muy tempranas. La progresión biográfica de las personas a lo largo del ciclo vital está a menudo lastrada por circunstancias atravesadas durante un período de la vida donde la responsabilidad individual es limitada. En las sociedades del conocimiento, donde la competitividad de nuestras economías depende de la optimización de los recursos humanos disponibles, la “lotería” del nacimiento –la herencia social– condiciona todavía muchas veces las oportunidades vitales. Los niños/as que nacen en entornos sociales desfavorecidos tienen más probabilidades de sufrir problemas de salud –trastornos físicos y psicológicos– y de incurrir en comportamientos y hábitos de conducta perjudiciales para su

salud. Tienen también más probabilidades de no recibir formación idónea durante las etapas preescolares, de no adquirir las competencias y habilidades que necesitan durante la etapa de escolarización obligatoria, y de abandonar sus estudios de forma prematura.

Sin embargo, la transmisión intergeneracional de las desventajas sociales no es el único factor que incide negativamente sobre la salud y la educación de niños y niñas. Los resultados presentados en el primer bloque del informe (dedicado a la salud) y en el segundo (dedicado a la educación) evidencian que, al margen de la herencia social, en las sociedades postindustrial las experiencias de vulnerabilidad están asociadas a dinámicas de exclusión desconocidas hasta hace sólo unos años, y que contribuyen a reforzar los riesgos sociales en la infancia. Los dos factores que configuran con más fuerza los nuevos espacios de desigualdad y exclusión en la infancia son la inmigración y la monoparentalidad. Las distintas experiencias de los niños/as de origen inmigrante y de aquellos que viven en familias encabezadas por un solo progenitor predisponen a muchos de ellos a incurrir en hábitos y comportamientos perjudiciales para su salud, así como a experimentar situaciones que afectan negativamente a sus rendimientos académicos e incrementan la probabilidad de abandono escolar prematuro. Las asociaciones estadísticas observadas son consistentes y apuntan en la misma dirección que la evidencia obtenida en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, donde se ponía de manifiesto que en los hogares monoparentales y en las familias de origen inmigrante se concentran fenómenos de precariedad económica cada vez más comunes.

Muchos de los procesos de exclusión descritos en las dos últimas ediciones de este informe y que afectan a los individuos en etapas más avanzadas de la vida tienen su origen en la infancia. Los datos analizados aquí evidencian la estrecha relación entre características del entorno familiar de origen y vulnerabilidades experimentadas en la vida adulta en el campo de la salud o de la educación. A igualdad de condiciones, las personas adultas con progenitores que provienen de capas sociales más desfavorecidas tienen más probabilidades de experimentar problemas de salud o de haber abandonado los estudios prematuramente (y de no volver a formarse a lo largo de su vida). El principal factor de protección frente al riesgo social en la vida adulta es la calidad de las experiencias personales y educativas vividas en la infancia. De estas experiencias dependen en buena medida las reservas de capital humano y social con que cuentan las personas para enfrentarse con garantías a los riesgos sociales que emergen en el contexto de la sociedad posindustrial.

La importancia de las experiencias infantiles no puede hacernos descuidar el impacto de los riesgos sociales que afectan a las personas en la vida adulta. En la sociedad posindustrial, los itinerarios vitales que recorren las personas se alejan progresivamente de los tipos ideales dominantes durante décadas en las sociedades avanzadas. Los calendarios socialmente previstos para trabajar, fundar hogares, casarse y tener hijos, incluso jubilarse, rara vez se cumplen.

Los grandes pilares biográficos que empujaban a las personas a seguir una senda unilineal de desarrollo personal (el matrimonio indisoluble y el empleo vitalicio) se desmoronan, dando paso a formas más frágiles e intermitentes de vincularse a los demás, en el trabajo, sentimentalmente –dentro o fuera de la familia– y en el entorno comunitario. Pero, a la vista de los resultados de los análisis, no podemos coincidir con autores que ven en la desestandarización de la vida individual el afianzamiento de una suerte de *vida líquida*, en que las personas gozan de una libertad ilimitada para ensayar proyectos vitales y “reinventarse” de una forma reflexiva. En el nuevo contexto, cobran importancia creciente transiciones y episodios vitales críticos, tras los cuales la vida de las personas entra en auténticos cauces vallados, que arrastran las biografías de las personas en direcciones claramente identificables y cierran las compuertas a algunas oportunidades. En esas encrucijadas –en que las personas transitan de la escuela al trabajo, de la residencia parental a una propia, del empleo al desempleo, de vivir en pareja a hacerlo sin ella– las decisiones que toman las personas y los itinerarios que siguen tienen implicaciones considerables sobre su bienestar y el de las personas que dependen de ellas.

El *Informe de la Inclusión Social en España 2008* identificó espacios de vulnerabilidad económica ligados a etapas de transición (emancipación, adquisición de una nueva vivienda, formación de nuevas familias...) y acontecimientos estresantes en el mercado de trabajo (episodios de desempleo) y la vida familiar (un divorcio). En el *Informe de la Inclusión Social en España 2009* nos hemos reencontrado con algunos de esos espacios biográficos de la vulnerabilidad en la juventud y la vida adulta, donde confluyen factores de riesgo que rompen los equilibrios que mantienen a muchas personas en la antesala de la exclusión. La juventud ha sido objeto de atención preferente de buena parte del capítulo 8, dedicada a la transición escuela-trabajo. La evidencia obtenida avala la idea, coreada solemnemente por todos los expertos y organismos internacionales, de que la falta de recursos educativos acarrea dificultades de inserción y adaptación al mercado de trabajo, pero matiza la idea de que la obtención de credenciales educativas posobligatorias exima a su poseedor de esos problemas. En el mercado de trabajo español –a diferencia de lo que ocurre en otros países– ciertas formas de precariedad –la contratación temporal, el riesgo de desempleo, incluso los salarios– no son sustancialmente diferentes entre los jóvenes con menos estudios y los jóvenes con titulación superior. La juventud es un espacio de precariedad *per se*, donde las limitaciones y dificultades laborales restringen severamente las oportunidades de alcanzar la autonomía personal deseada –fundamentalmente económica y residencial. Este fenómeno está relacionado con la estructura del mercado de trabajo y, dentro de este, a la naturaleza de los procesos de incorporación a los mejores puestos de trabajo –los que garantizan estabilidad, derechos sociales y buenos salarios.

La salud es un asunto de capital importancia en los años intermedios de la vida humana. Durante la vida adulta de las personas se acentúan las desigualdades de salud en sus diversas dimensiones. El efecto continuado y acumulativo de factores de riesgo entre los grupos económicamente más vulnerables provoca en estos años un deterioro de su salud, que se expresa en la mayor prevalencia de enfermedades crónicas de todo tipo y problemas de salud mental. Son años en que los “acontecimientos estresantes” pueden tener un efecto devastador sobre la salud. Durante la vida adulta, fenómenos como el desempleo y el divorcio están fuertemente asociados a situaciones de malestar psicológico, depresión diagnosticada y consumo de medicamentos para tratar problemas de ansiedad y depresión. No todo el mundo vive igual esos episodios. Como vimos en el capítulo 5, existen diferencias considerables por sexo. Los hombres padecen más intensamente la experiencia del desempleo, la mujeres la del divorcio.

El género también cobra relevancia para entender la influencia de dinámicas domésticas sobre la salud. Las mujeres que se dedican exclusivamente a labores domésticas tienden a presentar peor estado de salud (sobre todo mental) que las que trabajan. Ya sea por la naturaleza del trabajo que realizan (monótono, rutinario y escasamente reconocido), ya sea por los beneficios que procura tener empleo (materiales, pero también sociales y psicológicos), los datos no ofrecen dudas de que la dedicación exclusiva a las tareas domésticas es responsable en buena medida de la diferencias observadas entre hombres y mujeres en muchos de los indicadores agregados de salud. Pero los beneficios asociados al trabajo femenino no se asocian sólo a la salud de ellas. Como tuvimos ocasión de comprobar en el *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, el empleo de las mujeres es uno de los principales mecanismos de protección frente a la pobreza de los niños. En esta edición, hemos tenido la ocasión de evidenciar que, lejos de perjudicar a la salud del menor, a igualdad de otras condiciones, los indicadores de salud de los niños/as con madres que trabajan son (en muchos casos) mejores que los de aquellos cuyas madres se dedican exclusivamente a las labores domésticas. A ello contribuyen diversos factores, principalmente derivados de la aportación financiera que los ingresos femeninos representan para el hogar. Es posible también que, como señala de forma cada vez más clara la investigación internacional sobre estas cuestiones, el trabajo extradoméstico de las mujeres refuerce la corresponsabilización de sus parejas (y la movilización de otros miembros de la familia extensa) en las tareas de cuidado de los menores. A resultas de ello, la suma del tiempo y atención que los progenitores dedican a los hijos/as puede llegar a ser, paradójicamente, mayor en los hogares en que los dos miembros de la pareja tienen un empleo fuera del hogar.

En este sentido, una de las evidencias que emergen con más nitidez en esta investigación empírica es la importancia de los climas familiares para la salud y la educación de las perso-

nas. Existe una asociación consistente entre el apoyo social y afectivo que reciben las personas (principalmente dentro de la familia) y su estado de salud, tanto objetiva como subjetiva. El estado de salud de las personas depende, en buena medida, de que puedan contar con amigos y familiares que se preocupen por ellos, se sientan queridas y apoyadas en caso de necesidad, y estén integradas en redes de ocio. Los vínculos sociales fortalecen la fisiología de las personas, moderan el efecto de tensiones ambientales, coadyuvan a reparar los daños producidos por acontecimientos estresantes y aceleran la recuperación de las personas enfermas. La integración social tiene también consecuencias positivas para la salud a través de la promoción de hábitos saludables. Por ejemplo, las personas con vinculaciones sólidas fuman menos y cuidan más su salud bucodental. Estar vinculado a otras personas significa cercanía y, por lo tanto, también vigilancia. En las personas que nos rodean encontramos a menudo gestos de desaprobación (e incluso represalias) que nos disuaden de incurrir en comportamientos que pueden perjudicarnos, y muchas veces el estímulo y el aliento necesario para corregir los hábitos nocivos ya adquiridos.

En el ámbito educativo, el capital social y cultural de las familias no es menos importante. El grado de implicación de los padres en la educación de sus hijos/as y la “calidad” de las orientaciones, habilidades y conocimientos transmitidos tienen efectos decisivos en las trayectorias educativas de los menores. La evidencia aquí presentada demuestra que los climas familiares son el principal determinante de los resultados educativos en la infancia y la adolescencia. De ahí la importancia que adquieren las iniciativas encaminadas a reforzar el capital social y cultural allí donde éste se echa más de menos. La baja participación relativa de niños/as de uno y dos años procedentes de familias con pocos recursos educativos en la educación preescolar priva a estos menores de oportunidades de desarrollar competencias y capacidades cognitivas cruciales para situarlos en pie de igualdad con otros menores al comienzo de la etapa obligatoria. Por otra parte, la concentración de menores en centros educativos con un tejido social débil—donde los padres tienen un nivel de implicación escaso en las actividades del centro y se preocupan poco por los estándares educativos que aplica el equipo docente—erosiona sus oportunidades de progresión académica.

El gran reto al que se enfrentan los agentes comprometidos en la lucha contra la exclusión social en la sociedad posindustrial (tanto desde el ámbito público como del tercer sector, o incluso desde la iniciativa privada) es desarrollar, al lado de recetas que ya han probado su eficacia, fórmulas novedosas para que las grandes transformaciones sociales que estamos viviendo no acarreen una merma irreparable de nuestras reservas de capital social. Para ello, seguramente, habrá que afanarse en buscar nuevos yacimientos de solidaridad y apoyo. Modestamente, nuestro objetivo ha sido contribuir a orientar esa búsqueda.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2006) “Estrés límite y salud mental: El síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (síndrome de Ulises)”. *Migraciones*, 16: 59-85.
- Alber, J., y U. Kohler (2004), *Quality of life in Europe. Health and care in an enlarged Europe*. Dublín: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Álvaro, J., y A. Garrido (2003), *Desempleo, salud y exclusión social*. Madrid: Siglo XXI.
- Amato, P. R. (1987), “Family processes in one-parent, stepparent, and intact families: The child’s point of view”. *Journal of Marriage and the Family*, 49: 327-337.
- Amato, P. R., y J. Gilbreth (1999), “Nonresident fathers and children’s well-being: A meta-analysis”. *Journal of Marriage and the Family*, 61: 557-573.
- Andlin-Sobocki, P., J. Bengt, H. U. Wittchen, y J. Olesen (2005), “Cost of disorders of the brain in Europe”. *European Journal of Neurology*, 12 (1).
- Astone, N. M., y S. S. McLanahan (1991), “Family structure, parental practices and high school completion”. *American Sociological Review*, 56: 309-302.
- Banegas J. R. et al. (2003), “A simple estimate of mortality attributable to excess weight in the European Union”. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57: 201-208.
- Barker, D. (1998), *Mothers, Babies and Health in Later Life*. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Barker, D. et al. (2003), “Prenatal influences on stroke mortality in England and Wales” *Stroke* 34: 1598-1602.
- Benach, J., (dir.) et al. (2007), *Estudio geográfico de la mortalidad en España: Análisis de tendencias temporales en municipios o agregados de municipios*. Bilbao: Fundación BBVA.

- Bergman, M., P. Lambert, K. Prandy, y D. Joye (2002), "Theorisation, construction and validation of a social stratification scale: Cambridge social interaction and stratification scale (CAMSIS) for Switzerland". *Swiss Journal of Sociology*, 28: 441-460.
- Berkman, L. F., y L. Syme (1979), "Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda county residents". *American Journal of Epidemiology*, 109: 186-203.
- Biblarz, T. y A. Raftery (1999), "Family structure, educational attainment, and socioeconomic success: Rethinking the 'pathology of matriarchy'". *American Journal of Sociology*, 105 (2): 321-35.
- Boarini, R. y H. Strauss (2007), "The private internal rates of return to higher education: New estimates for 21 OECD countries". OECD Economics Department Working Paper, No 591.
- Breen, R. (2001), "A rational choice model of educational inequality". Fundación Juan March, Working Paper. Disponible en red, consultado en mayo 2009 en <http://www.march.es/ceacs/publicaciones/working/working.asp?Orden=2&All=1&page=2#tablaregistros>.
- Brines, J. (1994), "Economic dependency, gender, and the division of labor at home". *American Journal of Sociology*, 100 (3): 652-88.
- Broadhead E. W. et al. (1983), "The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health". *Journal of epidemiology*, 117: 521-537.
- Brooks-Gunn, J., y G. Duncan (1997), "The effects of poverty on children". *The Future of Children*, 7. Disponible en red, consultado en mayo 2009 en http://www.futureofchildren.org/usr_doc/vol7no2ART4.pdf.
- Brooks-Gunn, J., G. Duncan, y L. Aber (1997), *Neighborhood Poverty. Context and Consequences for Children*. Nueva York: Russel Sage.
- Caldwell, J. C. (1989), "What we know about health transition: The cultural, social and behavioural determinants of health". The proceedings of an International Workshop, Canberra, May 1989. Canberra: Health Transition Centre, Australian National University.
- Caldwell, J. C. y P. Caldwell (1994), "The neglect of an epidemiological explanation for the distribution of HIV/AIDS in sub-Saharan Africa: Exploring the male circumcision hypothesis". *Health Transition Review*, 4 (Suplemento): 23-46.
- Calero, J. (2006), *La equidad en educación. Informe analítico del sistema educativo español*. Madrid: Centro de Investigación y Documentación Educativa (CIDE).
- Campbell, C., et al. (1999), *Social Capital and Health*. Londres: Health Education Authority.
- Case, A., D. Lubotsky, y C. Paxson (2002), "Economic status and health in childhood: the origins of the gradient". *American Economic Review*, 92 (5): 1308-34.
- Cherlin, A. J. (1999), "Going to extremes: Family structure, children's well-being, and social science". *Demography*, 36 (4):1-428.
- Cole T. J., et al. (2000), "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey". *British Medical Journal*, 320: 1240-43.
- Coleman, J. S. (1966), "Equal schools for equal students?". *Public Interest*, 4: 70-75.
- Consejo Económico y Social (2009), *Informe 2009: Sistema educativo y capital humano*. Madrid: CES. Disponible en red en <http://www.ces.es/>.
- Currie, J. (2001), "Early childhood education programmes". *Journal of Economic Perspectives*, 15 (2): 213-238.
- (2008) "Healthy, wealthy, and wise: Socio-economic status, poor health in childhood, and human capital development", Discussion paper, National Bureau of Economic Research, Working Paper No. 13897.

- Davey Smith, G., C. Hart, D. Blane, y D. Hole (1998), “Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: Prospective observational study”. *BMJ papers*, 316: 1631-35.
- De la Fuente, A., y A. Ciccone (2003), “Human capital in a knowledge-based society”. UFAE y IAE Working Papers 562. Unitat de Fonaments de l’Anàlisi Econòmica (UAB) y Institut d’Anàlisi Econòmica (CSIC)
- De la Fuente, L., et al (2006), “Injecting and HIV prevalence among young heroin users in three Spanish cities and their association with the delayed implementation of harm reduction programmes”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (6): 537-42
- Dickens, E. N., L. McGowan, C. Percival (2004), “Lack of a close confidant predicts further cardiac events after myocardial infarction”. *Heart* 90: 518-522.
- DiMaggio P., y J. Mohr (1982), “Cultural capital, educational attainment, and marital selection”. *American Journal of Sociology*, 90 (6): 1231-61.
- Donnovan J. E., y R. Jessor (1985), “Structure of problem behaviour in adolescence and young adulthood”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53: 890-904.
- Dornbusch, S. M., J. M. Carlsmith, et al. (1985), “Single parents, extended households and the control of adolescents”. *Child Development*, 56: 326-341.
- Dumont, J. C. (2005), “Level of education of immigrants and the labour market: Estimating the prevalence of over-education”, *DELSA/NIEM*. París: OCDE.
- Dupré, D. y A. Karjalainen (2003), Eurostat, *Statistics in focus: Employment of Disabled People in Europe in 2002*. Disponible en red, consultado en mayo 2009 <http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/printproduct/EN?calalogue=Eurostat&product=KS-NK-03-026-N-EN-&mode=download>.
- Elgar F. J., et al. (2005), “Validity of self-reported height and weight and predictors of bias in adolescents”. *Journal of Adolescent Health*, 37 (5): 371-375.
- Elstad J. I. (2004), “Health and status attainment: effects of health on occupational achievement among employed Norwegian men”. *Acta Sociologica*, 47 (2): 127-140.
- Engeland, A., et al. (2004), “Obesity in adolescence and adulthood and risk of adult mortality”. *Epidemiology*, 15: 79-85.
- Esping-Andersen, G. (2002), *Why we need a new Welfare State*. Oxford: Oxford University Press
- Esping-Andersen, G., y J. Bonke (2007), “Parental investments in children: How bargaining and educational homogamy affect time allocation”, DemoSoc Working Paper, 20. Disponible en <http://sociodemo.upf.edu/papers/DEMOSOC20.pdf>.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2004), *Employment and Disability: Back to work strategies*. Disponible en red, consultado en mayo 2009 en <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/115/en/1/ef04115en.pdf>.
- (2004), *Health and Care in an Enlarged Europe*. Disponible en red, consultado en abril 2009 en <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2004/36/en/1/ef0436en.pdf>.
- Farrel A. D., S. J. Danish, y C.W. Howard (1992), “Relationship between drug use and other problem behaviours in urban adolescents”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60: 705-712.
- Fitzpatrick, R., et al. (1991), “Social support, disability and depression: A longitudinal study of RA”. *Social Science and Medicine*, 27: 605-611.
- Fundación Pfizer (2008), *Estudio sobre la inmigración y el sistema sanitario público español*. Disponible en www.fundacionpfizer.org.
- Furstenberg, F., et al. (1991), “Longitudinal studies of effects of divorce on children in Great Britain and the United States”. *Science*, 252 (7): 1386-89.
- Furstenberg, F., S. P. Morgan, y P. D. Allison (1987), “Paternal Participation and Children’s well being after marital dissolution”. *American Sociological Review*, 52: 695-701.

- Gangl, M., et al. (2003), *Transition from Education to Work in Europe: The Integration of Youth into EU Labour Markets*. Oxford: Oxford University Press.
- Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity.
- Gil Calvo, E. (2001), *Nacidos para cambiar. Cómo construimos nuestras biografías*. Madrid: Taurus.
- Gispert R., y J. L. Gutierrez-Fisac (1997), “Esperanza de vida saludable: pasado y presente de un indicador con futuro”. *Revisión en Salud Pública*, 5: 7-32.
- González-Enríquez, J., et al. (1997), “Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años”. *Medicina Clínica*, 109: 577-82.
- Graham, H. y C. Power (2004), “Childhood disadvantage and health inequalities: A framework for policy based on lifecourse research”. *Child: Care, Health and Development*, 30 (6): 671-78.
- Gregg P., S. Harkness, y S. Machin (1999), *Child Development and Family Income*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Grammenos, S. (2003), *Illness, Disability and Social Inclusion*. Irlanda: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Güell-Rotllan, M. (2000), “Fixed-term contracts and unemployment: An efficiency wage analysis”, Discussion Paper 0461, Centre for Economic Performance, London School of Economics.
- Guinea, D., y F. J. Moreno (2008) “Acceso, estructura y uso del Sistema Nacional de Salud: Efectos sobre las desigualdades en salud y la exclusión social” en *VI Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2008*. Madrid: Fundación Foessa.
- Guo S. S., et al. (2000), “Body mass index during childhood, adolescence and young adulthood in relation to adult overweight and adiposity: The Fels longitudinal study”. *International Journal of Obesity Related Metabolic Disorders*, 24: 1628-1635.

- Gutierrez-Fisac, J. L., R. Gispert, y J. Solà (2000), “Factors explaining the geographical differences in disability free life expectancy in Spain”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 451-455.
- Gutierrez-Fisac, J., et al. (2005), “Sociodemographic factors and lifestyle habits associated with weight change in the elderly in Spain”. *Medicina Clínica*, 125 (14): 525-8.
- Haapanen M. L., S. Laitinen, M. Paaso, y R. Ranta (1996), “Quality of speech correlated to craniofacial characteristics of cleft palate patients with the Pierre Robin sequence”. *Folia Phoniatria Logopaedica*, 48:215-22.
- Hallal P. C., et al. (2006), “Adolescent physical activity and health: A systematic review”. *Sports Medicine*, 36: 1019-1030.
- Hango, D. (2005) “Parental investment in childhood and later adult well-being: Can more involved parents offset the effects of socioeconomic disadvantage?” Center for Analysis of Social Exclusion, LSE. Paper No 98. Disponible en red en http://sticerd.lse.ac.uk/case/_new/publications/series.asp?prog=CASE
- Hardy, R., D. Kuh, y M. Wadsworth (2000), “Smoking, body mass index, socioeconomic status and the menopausal transition in a British national cohort”. *International Journal of Epidemiology*, 29:845-851.
- Heckman, J., y L. Lochner (2000), “Rethinking myths about education and training: Understanding the sources of skill formation in a modern economy,” en S. Danziger y J. Waldfogel, (eds.), *Securing the Future: Investing in Children from Birth to College*. Nueva York: Russell Sage Foundation, pp. 47-83
- House, J. S., K. R. Landis, y D. Umberson (1988), “Social relationships and health” *Science* 214: 540-545.
- Idler, E. L., y Y. Benyamini (1997), “Self-rated health and mortality: A review of 27 community studies”. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1): 21-37.

Instituto de Información Sanitaria (2008), “Mortalidad por cáncer, por enfermedad isquémica del corazón, por enfermedades cerebrovasculares y por diabetes mellitas en España” Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/MORTALIDAD_POR_ENFERMEDADES_CRONICAS.pdf.

Jencks, C. (1972), *Inequality: A reassessment of the effect of family and schooling in America*. Nueva York: Harper and Row.

Jahoda, M. (1987), *Empleo y desempleo: Un análisis socio-psicológico*. Madrid: Morata.

Juhn, C., y K. Murphy (1997), “Wage inequality and family labor supply”. *Journal of Labor Economics*, 15 (1):72-97.

Kandel D. B., et al. (1986), “The consequences in young adulthood of adolescent drugs involvement: An overview”. *Archives of General Psychiatry*, 43: 746-754.

Karoly, L., y G. Burtless (1995), “Demographic change, rising earnings inequality and labor supply: The covariant structure of intrafamily earnings”. *American Economic Review*, 91 (4):755-77.

Karvonen, S., A. H. Rimpela, y M. I. Rimpela, (1999), “Social mobility and health-related behaviours in young people”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 211-17.

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

Knighton, T., y P. Bussière (2006), *Educational Outcomes at Age 19 Associated with Reading Ability at Age 15*. Ottawa: Statistics Canada.

Koivusilta, L., A. H. Rimpela, y M. I. Rimpela (1998), “Health-Related lifestyle in adolescence predicts adult educational level: A longitudinal study from Finland”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:794-801.

Krahn, H., y G. S. Lowe (1998), *Literacy Utilization in Canadian Workplace*. Ottawa: Statistics Canada.

Kuntsche, E. M., y G. Gmel (2004), “Emotional well-being and violence among social and solitary risk single occasion drinkers in adolescent”. *Addiction*, 99 (3): 331-339.

Lardelli, P., et al. (1993), “Desigualdades en salud: La mortalidad perinatal e infantil en España”. *Gaceta Sanitaria*, 7: 21-26.

Lespérance, F., y N. Frasure-Smith (1996), “Negative emotions and coronary heart disease: Getting to the heart of the matter”. *Lancet*, 347: 414-415.

Löe, H. (2000), “Oral hygiene in the prevention of caries and periodontal disease”. *International Dentistry Journal*, 50:129-39.

López Blasco, A., G. Gil Rodríguez, A. Moreno Minués, D. Comas, J. Funes, y S. Parella, (2008), *Informe de la juventud en España 2008*. Disponible en red, consultado en abril en <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id=1531688780&menuId=1627100828>.

MacBeath, J. (2000), “New coalitions for promoting school effectiveness” en S. Wolfendale, y J. Bastiani, *The Contributions of Parents to School Effectiveness*, Londres: David Fulton.

Macgregor I. D., y J. W. Balding (1991), “Self-esteem as a predictor of toothbrushing behaviour in young adolescents”. *Journal of Clinical Periodontology*, 18: 312-316.

Macgregor I. D., D. Regis, y J. W. Balding (1997), “Self-concept and dental health behaviours in adolescents”. *Journal of Clinical Periodontology*, 24: 335-339.

Mackenbach, J. P. (2006), *Health Inequalities: Europe in Profile*. UK Department of Health. Disponible en red en www.dh.gov.uk/publications.

Manor, O., S. Matthews, y C. Power (1997), “Comparing measures of health inequality”. *Social Science Medicine*, (5): 761-771.

— (2003), “Health selection: The role of inter- and intra-generational mobility on social inequalities in health”. *Social Science and Medicine*, 57 (11): 2217-2227.

- Marchesi, A. (2006), “El informe PISA y la política educativa en España” *Revista de Educación. Número extraordinario*. Pp.337-355. Disponible en http://www.revistaeducacion.mec.es/re2006/re2006_19.pdf
- Marí-Klose, P., y M. Marí-Klose (2006), *Edad del cambio: Jóvenes en los circuitos de solidaridad intergeneracional*. Madrid: CIS.
- Marí-Klose P. et al. (2008), *Informe de la Inclusión Social en España 2008*, Barcelona: Fundació Caixa Catalunya-Obra Social.
- Marí-Klose, P., C. Gómez-Granell, C. Brullet, y S. Escapa, (2008), *Temps de les famílies: Anàlisi sociològica dels usos dels temps dins de les llars catalanes a partir de les dades del Pànel de Famílies i Infància*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- Mayers, M., D. Rosenbaum, C. Ruhm, y J. Waldvogel (2004), “Inequality in early childhood education and care: what do we know?”, en K. Neckerman, (ed.) *Social Inequality*. Nueva York: Russell Sage.
- McKeown, T. (1976), “The Modern Rise of Population”, en M. Purdy, y D. Banks, *The Sociology and Politics of Health*. Londres: Routledge
- (1990), *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Barcelona: Crítica.
- McLannahan, S., J. Seltzer, T. L. Hanson, y E. Thomson, (1994), “Child support enforcement and child well-being: Greater security or greater conflict?”. *Child Support and Child Well-being*. Washington DC: The Urban Institute press.
- McNeal, R. B. (1999), “Parental involvement as social capital: Differential effectiveness on science achievement, truancy, and dropping out”. *Social Forces*, 78: 117-144.
- (2001), “Differential effects of parental involvement on cognitive and behavioural outcomes by socioeconomic status”. *Journal of Socio-Economics*, 30 (2): 171-179.
- Meil, G. (2000), “Cambio familiar y solidaridad familiar en España”. *Revista del Ministerio de Trabajo e Inmigración*, 26: 129-156.
- Menéndez, E. (1996), “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”. *Estudios Sociológicos*, 46:37-67.
- Miech, R. A., A. Caspi, T. E. Moffitt, B. R. Wright, y P. A. Silva (1999), “Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood”. *American Journal of Sociology*, 104: 1096-131.
- Ministerio de Educación y Ciencia (2007), *Panorama de la Educación. Indicadores de la OCDE 2007. Informe Español*. Secretaría General Técnica. Disponible en red en <http://www.oei.es/quipu/espana/00004656.pdf>.
- Monasterio-Escudero, C., I. Sánchez-Álvarez, y F. Blanco (2005), “Características personales y desigualdad en materia de pensiones” en J. Ruiz-Huerta (coord.) *Políticas públicas y distribución de la renta*. Bilbao: Fundación BBVA: 437-492.
- Montgomery, S. L., y D. Berney (1996), “Health and social precursors of unemployment in young men in Great Britain”. *Journal of Epidemiology Communitarian Health*, 50: 415-22.
- Morgan, A., y C. Swann (Ed.) (2004), *Social Capital for Health: Issues of Definition, Measurement and Links to Health*. Londres: Health Development Agency.
- Mossey, J. M., y E. Shapiro (1982), “Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly”. *American Journal of Public Health*, 72: 800-808.
- Murray C. J., y A. D. Lopez (1996), *The Global Burden of Disease*. Génova: World Health Organization, Harvard School of Public Health, WorldBank.
- OCDE (2009), *Pisa 2006 Technical Report*. Disponible en red en <http://www.oecdbookshop.org/oecd/display.asp?CID=&LANG=EN&SF1=DI&ST1=5KZ803BW2WQ1#OtherThings>.
- (2008a), *Employment Outlook*. París: OCDE.
- (2008b), *Education at Glance*. París: OCDE. Disponible en red, consultado en mayo 2009 en <http://www.oecd.org/edu/eag2008>.

- (2008c), *Growing Unequal: Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. París: OCDE.
- (2007a), *Health at Glance*. París: OCDE.
- (2007b), *Jobs for Youth: Spain*. París: OCDE.
- (2006), *Where Immigrant Students Succeed: A Comparative Review of Performance and Engagement in PISA 2003*. París: OCDE.
- (2005), *Learning a Living*. París: OECD.
- (2004), *Employment Outlook: Boosting Jobs and Incomes*. París: OCDE.
- (2003), *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*. París: OCDE. Disponible en red, consultado en mayo 2009 en <http://www.oecd.org/publications/e-book/8103021E.PDF>.
- (1997), *Literacy, Economy and Society*. París: OECD.
- Oliveira, A. F., J. G. Valente, e I. C. Leite (2008), “Aspects of tobacco attributable mortality: systematic review”. *Revista Saúde Pública*, 42.
- Ortíz, L., y A. Kucel (2008), “Over-education and fields of study in Spain and Germany”. *International Journal of Comparative Sociology*, 49, (4-5): 305-327.
- Ortíz, L. (2006) “Finding a Suitable Job: The Effect of the Institutional Context on Self-Perceived Over-Education”, DemoSoc Working Papers 14 (Department of Political Science and Sociology, Pompeu Fabra University).
- Parfitt, G., y R. G. Eston (2005), “The relationship between children’s habitual activity level and psychological well-being”. *Acta Paediatrica*, 94: 1791-1797.
- Penedo F. J., y J. R. Dahn, (2005), “Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity”. *Current Opinion in Psychiatry*, 18: 189-193.
- Pérez Díaz V., E. Chulià, y B. Álvarez Miranda (1998), “La familia en el sistema de bienestar español. Una reflexión general y una discusión empírica”. *Papeles de Economía Española*, 7: 24-39.
- Peto, R., A. D. Lopez, J. Boreham, M. Thun, y C. Jr. Heath (1992), “Mortality from tobacco in developed countries: Indirect estimation from national vital statistics”. *Lancet*, 339: 1268-78.
- Polavieja, J. G. (2003), “Temporary contracts and labour market segmentation in Spain: An employment-rent approach”. *European Sociological Review*, 19 (5): 501-517.
- Putnam, R. (2000), *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. Nueva York: Simon & Schuster.
- Quintini G., y S. Martín (2006), “Starting well or Loosing their? The position of youth in the labour market in OECD countries” DELSA Working Papers 39. París: OECD.
- Regidor, E., J. L. Gutierrez-Fisac, y C. Rodríguez (1995), “Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish provinces”. *Social Science and Medicine*, 41: 801-807.
- Rico, A., X. Ramos, y C. Borrell (2005), “Distribución de la renta y salud. El papel mediador de las políticas públicas y el capital social” en J. Ruiz-Huerta (coord.) *Políticas públicas y distribución de la renta*, pp. 213-314.
- Ross, C. (1987), “The division of labor at home”. *Social Forces*, 65: 815-33.
- Rehm, J., R. Room, y M. Monteiro (2004), “Alcohol as a risk factor for global burden of disease” *European Addiction Research*, 9 (4):157-164.
- Seeman, T. E., y B. S. McEwen (1996), “The impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation”. *Psychosomatic Medical*, 58: 459-471.
- Shavit, Y., y W. Müller (1998), *From School to Work*. Oxford: Oxford University Press.
- Spijker, J., A. D. Camara Hueso, y J. Pérez Díaz (2009), “Cambios generacionales de la estatura en la España del siglo XX a partir de la Encuesta Nacional de Salud”. *Revista Estadística Española*, 50 (169): 571-604.

- Stegeman I., y C. Costongs (2003), *Health Poverty and Social Inclusion in Europe: Literature Review on Concepts Relations and Solutions*. Bruselas: Eurohealthnet. Disponible en red, consultado en mayo 2009 en http://www.eurohealthnet.eu/images/publications/pu_5.pdf .
- Strong W. B., et al. (2005), “Evidence based physical activity for school-age children”. *Journal of Pediatrics*, 146: 732-737.
- Subramanian S. V., I. Kawachi, y D. Kim (2006), “Bonding vs. bridging social capital and their associations with self-rated health: A multilevel analysis of 40 U.S. communities”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60: 116-122.
- Teachman, J. D., K. Paasch y K. Carver (1997), “Social capital and the generation of human capital”. *Social Forces*, 75 (4): 1.343-59.
- Thornicroft, G. (2006), *Self-stigmatisation, avoidance and withdrawal*. Londres: Mental Health Foundation. Disponible en red, consultado en abril 2009 en <http://www.mentalhealth-care.org.uk/content/?id=190>.
- Tsang, M. C., R. W. Rumberger, y H. M. Levin (1991), “The Impact of surplus schooling on work productivity”. *Industrial Relations*, 30: 209-228.
- US Department of Health and Human Service (1989), *Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress: a report of surgeon general*. Rockville: Public Health Service, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health.
- (2004), *The health consequences of smoking: Report of the surgeon general*. Atlanta: GA: National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion.
- Van Duyn M. A., y E. Pivonka (2000), “Overview of the health benefits of fruit and vegetable consumption for the dietetics professional selected literature”. *Journal of the American Dietetic Association*, 100 (12): 1511-1521.
- Verbrugge, L. (1985), “Gender and health: An update on hypotheses and evidence”. *Journal of Health and Social Behavior*, 26 (9): 156-182.

- Waldfoegel, J. (2002), “Maternal employment and child cognitive outcomes in the first three years of life: The NICHD study of early child care” *Child Development*, 73 (4): 1052-1072.
- Wilkinson, R. G. (1996), *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. Londres: Routledge.
- Wilkinson, R., y M. Marmot (2003), *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Dinamarca: WHO.
- Williams, R. B., et al. (1992), “Prognostic importance of social resources among patients with CAD”. *Journal of the American Medical Association*, 267: 520-524.
- Whitte C., F. Van Galen, y Y. H. Chow (2006), “Trends in social class differences in mortality by cause, 1986 to 2000”. *Health Statistics Quarterly*, 57.
- Whitaker R. C., et al. (1997), “Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity”. *New England Journal of Medicine*, 337: 869-873.
- WHO (2007), *Social cohesion for mental well-being among adolescents*. WHO/HBSC Forum 2007.
- (2005-2006), *Health Behavior in School-Aged Children*. WHO Regional Office for Europe. Información sobre la encuesta se obtiene de <http://www.hbsc.org/overview.htm>.
- (2003), *The World Oral Health Report 2003. Continuous Improvement of Oral Health in the 21st Century*. P.E. Petersen (Ed.). Ginebra: WHO
- (2003) *World Cancer Report*. Stewart, B. W. y Kleihues, P. (Ed.). Lion: WHO.

ANNEXO 1. Ficha Técnica

Encuesta de Condiciones de Vida de la Población (ECV)

European Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC) pertenece al conjunto de operaciones estadísticas armonizadas para países de la Unión Europea.

Institución responsable: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Años: 2005, 2006, 2007.

Ámbito: Nacional.

Universo: La población objeto de investigación son las personas miembros de hogares privados que residen en el hogar familiar principal, así como estos hogares. Aunque las personas de todas las edades forman parte de la población objetivo, no todas las personas son entrevistadas exhaustivamente, ya que solo son seleccionables para una entrevista exhaustiva las personas, miembros del hogar, con 16 o más años el 31 de diciembre del año anterior a la entrevista.

Tamaño de la muestra: 16.000 hogares.

Procedimiento de muestreo: Bietápico, con estratificación de las unidades de primera etapa.

Encuesta de Población Activa (EPA)

Institución responsable: Instituto Nacional de Estadística.

Año: Primer trimestre desde 2005 a 2009 (trimestral).

Ámbito: Nacional.

Universo: Población que reside en los hogares familiares.

Tamaño de la muestra: Aproximadamente 60.000 familias.

Procedimiento de muestreo: Muestreo bietápico con estratificación de las unidades de primera etapa (secciones censales) y unidades de segunda etapa (hogares familiares).

Encuesta Nacional de Salud en España (ENSE)

Institución responsable: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Año: 2006

Ámbito: Nacional.

Universo: Personas que residen en viviendas familiares principales.

Tamaño de la muestra: 31.300 viviendas.

Procedimiento de muestreo: Muestreo trietápico estratificado. La encuesta consta de tres cuestionarios: un cuestionario de hogar, un cuestionario de adultos (personas de 16 y más años) y un cuestionario de menores (recoge información relativa a personas de 0 a 15 años).

European Social Survey

Institución responsable: Comisión Europea, European Science Foundation e instituciones de cada país participante.

Año: 2006.

Ámbito: 31 países europeos.

Universo: Personas de 15 y más años que habitan en residencias privadas independientemente de la nacionalidad o la ciudadanía.

Tamaño de la muestra: 1.500 personas por país, (800 si la población es inferior a 2 millones).

Procedimiento de muestreo: Diseño multietápico, según las condiciones del país.

Barómetro Sanitario

Institución responsable: Ministerio de Sanidad y Política Social.

Año: 2008

Ámbito: Nacional

Universo: Población residente de ambos sexos de 18 años y más.

Tamaño de la muestra: 7.203 entrevistas distribuidas en tres submuestras de 2.401 entrevistas cada una.

Procedimiento de muestreo: Polietápico, estratificado por conglomerados, con selección de las unidades primarias de muestreo (municipios) y de las unidades secundarias (secciones) de forma aleatoria proporcional, y de las unidades últimas (individuos) por rutas aleatorias y cuotas de sexo y edad.

Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundarias (ESTUDES)

Institución responsable: Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Año: 2006.

Ámbito: Nacional.

Universo: Población matriculada en colegios o centros educativos con 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato LOGSE o Ciclos Formativos de grado medio.

Tamaño de la muestra: 26.454 estudiantes en 1.322 aulas.

Procedimiento de muestreo: Muestreo por conglomerados bietápico, seleccionando aleatoriamente colegios como unidades de primera etapa, y aulas como unidades de segunda etapa. Posteriormente, han sido incluidos en la muestra todos los estudiantes de las aulas seleccionadas, con el fin de simplificar el diseño muestral, así como la ejecución y análisis de la encuesta.

Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)

Institución responsable: Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo.

Año: 2005.

Ámbito: Nacional.

Universo: Población residente en hogares familiares en España con edades comprendidas entre 15 y 64 años.

Tamaño de la muestra: 27.934 entrevistados.

Procedimiento de muestreo: Muestreo por conglomerados trietápico sin sustitución, autoadministración de todas las preguntas relacionadas con el consumo de drogas.

Panel de Hogares de la Unión Europea PHOGUE

Institución responsable: Instituto Nacional de Estadística.

Año: 1994, 1998, 1999, 2001 (panel fijo durante 8 ciclos anuales).

Ámbito: España y UE-15.

Universo: hogares familiares principales y conjunto de personas miembros del hogar. A partir del segundo ciclo, también se incorporan al panel, y por tanto forman parte de las unidades de análisis, los nuevos hogares (privados o colectivos) que se hayan formado o de las que hayan pasado a formar parte las personas de la muestra del primer ciclo, así como las personas que sin formar parte del panel inicialmente habitan en estos hogares.

Tamaño de la muestra: 76.500 hogares para todos los países de la UE y aproximadamente 8.000 hogares en España.

Procedimiento de muestreo: Se toma como definición censal de hogar familiar, considerándose como unidad primaria de muestreo la sección censal, y como unidad última de muestreo el hogar familiar principal, incluyéndose en la muestra todos los residentes en los hogares principales seleccionados. La selección de las unidades primarias, dentro de la muestra general de la que se ha obtenido, se ha realizado en cada estrato con probabilidad proporcional al tamaño. La selección de la muestra de viviendas en cada sección se ha realizado mediante un muestreo sistemático con arranque aleatorio.

Programme for International Students Assessment (PISA)

Institución responsable: OCDE.

Año: 2006.

Ámbito: 57 países (30 de la OCDE y 27 asociados).

Universo: estudiantes de 15 años en el centro educativo.

Tamaño de la muestra: En el caso de España fueron evaluados unos 20.000 alumnos. Además de la muestra estatal, existe muestra representativa de diez Comunidades Autónomas.

Procedimiento de muestreo: En todos los países a excepción de uno, muestreo bietápico estratificado. La recogida de datos consiste en: a) una prueba de dos horas de duración para la que se preparan 13 cuadernos distintos, con el contenido parcialmente solapado según la técnica de muestreo matricial, para que se cubra un campo más amplio de contenido, pero sin superar las dos horas de prueba individual, b) un cuestionario de datos personales y familiares de los alumnos, junto a opiniones y actitudes sobre los estudios y el centro escolar, y c) un cuestionario para el director del centro.

Juventud en España

Institución responsable: Instituto de la Juventud (INJUVE).

Año: 2008.

Ámbito: Nacional.

Universo: Población de ambos géneros comprendida entre 15 y 29 años de edad, ambos inclusive, residente en todo el territorio nacional.

Tamaño de la muestra: 5.000 entrevistas.

Procedimiento de muestreo: Muestreo trietápico estratificado.

Error muestral: Para un nivel de confianza del 95.5% (dos sigmas), y $p=q=50$, el error para el conjunto de la muestra en el supuesto de una distribución proporcional es de $\pm 1.41\%$, pero dada la aporportionalidad de la muestra nacional el error, a este nivel y bajo los criterios de definición arriba descritos, es de $\pm 1.5\%$.

Encuesta de Calidad de Vida en el Trabajo (ECVT)

Institución responsable: Ministerio de Trabajo e Inmigración.

Año: 2007.

Ámbito: Nacional.

Universo: Población ocupada de 16 y más años que reside en hogares familiares.

Tamaño de la muestra: 8.974 ocupados.

Procedimiento de muestreo: Muestreo trietápico estratificado.

Encuesta sobre la Participación de la Población Adulta en las Actividades de Aprendizaje (EADA)

Institución responsable: Instituto Nacional de Estadística, Eurostat.

Año: 2007.

Ámbito: Nacional.

Universo: adultos de 25 a 74 años que viven en hogares familiares.

Tamaño de la muestra: 24.030 adultos.

Procedimiento de muestreo: Tipo de muestreo bietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las personas de edades entre 25 y 74 años, ambas inclusive, que tienen su residencia habitual en las viviendas principales de la sección.

Encuesta de Estructura Salarial

Institución responsable: Instituto Nacional de Estadística.

Año: 2006.

Ámbito: Nacional.

Universo: trabajadores por cuenta ajena cuya remuneración tenga forma de salario

Tamaño de la muestra: 261.309 trabajadores.

Procedimiento de muestreo: El procedimiento de selección aleatoria de unidades corresponde a un muestreo bietápico estratificado, donde las unidades de primera etapa son las cuentas de cotización a la Seguridad Social, mientras que las de segunda etapa son los trabajadores.

ANNEXO 2. Indicadores de exclusión económica y laboral por Comunidad Autónoma

Pobreza por CCAA (umbral español)

Comunidad Autónoma	Umbral Español	Umbral Autonómico	Número de casos
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	20,9%	17,2%	2.547
PRINCIPADO DE ASTURIAS	13,8	19,1	1.564
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	13,6	17,1	916
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	11,6	17,5	1.737
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	6,3	17,6	1.188
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	19,4	18,9	1.010
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	14,0	20,7	1.461
COMUNIDAD DE MADRID	13,3	20,0	2.272
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	22,6	20,1	2.262
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	28,1	18,3	1.692
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	39,3	18,2	1.472
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	13,4	18,2	3.753
COMUNIDAD VALENCIANA	16,3	15,9	2.632
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	16,0	23,1	1.227
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	29,2	16,9	4.430
REGIÓN DE MURCIA	25,4	19,3	1.762
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	39,6	30,7	461
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA	26,2	29,2	406
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	26,8	19,8	1.794
Total	19,7		34.586

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007.

Pobreza personas de 0 a 15 por CCAA

Comunidad Autónoma	Umbral Español	Umbral Autonómico	Número de casos
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	26,3%	22,4%	309
PRINCIPADO DE ASTURIAS	14,5	18,9	170
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	20,4	26,0	121
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	11,4	15,0	246
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	6,4	19,0	206
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	26,7	26,7	139
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	12,6	17,2	205
COMUNIDAD DE MADRID	19,3	25,9	356
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	25,6	23,1	266
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	31,5	21,5	257
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	49,4	20,2	225
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	14,5	19,2	629
COMUNIDAD VALENCIANA	16,8	16,8	414
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	20,6	30,5	219
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	30,3	16,2	760
REGIÓN DE MURCIA	34,2	26,4	348
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	46,3	34,2	121
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA	37,8	42,7	111
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	34,3	26,8	316
Total	23,1		5.418

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007.

Pobreza personas de 16 a 35 por CCAA

Comunidad Autónoma	Umbral Español	Umbral Autonómico	Número de casos
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	16,9%	14,8%	619
PRINCIPADO DE ASTURIAS	13,8	17,7	361
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	10,1	12,9	222
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	9,1	13,1	418
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	4,1	13,3	318
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	15,3	15,3	276
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	11,2	17,5	332
COMUNIDAD DE MADRID	10,6	14,9	546
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	15,8	14,5	523
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	17,5	12,4	448
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	32,3	16,5	390
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	10,5	13,9	926
COMUNIDAD VALENCIANA	11,6	11,4	712
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	13,1	18,8	295
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	26,8	16,7	1.179
REGIÓN DE MURCIA	19,6	16,7	523
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	40,0	27,8	141
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA *	20,3	24,0	97
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	19,8	14,5	489
Total	16,1		8.815

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007.

* Basado en menos de 100 casos.

Pobreza personas de 65 y más años por CCAA

Comunidad Autónoma	Umbral Español	Umbral Autonómico	Número de casos
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	27,0%	20,6%	573
PRINCIPADO DE ASTURIAS	17,5	25,3	368
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	20,2	24,8	205
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	15,6	28,4	315
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	11,4	26,7	196
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	30,5	27,8	192
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	22,6	32,4	295
COMUNIDAD DE MADRID	16,7	28,2	408
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	33,8	29,2	529
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	50,5	28,7	320
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	51,8	19,8	306
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	19,4	29,0	666
COMUNIDAD VALENCIANA	27,7	25,5	440
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	18,8	29,3	205
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	39,4	21,3	748
REGIÓN DE MURCIA	34,1	20,2	233
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA *	33,4	33,4	64
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA *	36,0	36,0	52
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	38,4	25,2	274
Total	28,0		6.389

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007.

* Basado en menos de 100 casos.

Privación material de bienes básicos por CCAA

Comunidad Autónoma	1	2	3	4	5	6	7	8
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	42,9%	1,3%	11,5%	0,7%	0,1%	7,7%	0,8%	2,7%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	34,3%	2,3%	2,4%	0,0%	0,3%	5,9%	0,1%	2,5%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	35,6%	0,2%	3,6%			4,6%		2,9%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	17,7%	0,4%	3,6%	0,2%	0,0%	2,9%		2,9%
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	17,9%	0,4%	1,4%	0,0%	0,2%	4,3%		2,5%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	23,8%	2,6%	4,8%	0,3%		8,8%		3,2%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	22,7%	0,4%	1,1%	0,3%	0,2%	2,6%	0,0%	2,1%
COMUNIDAD DE MADRID	24,0%	1,2%	3,3%			6,2%		4,6%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	33,6%	0,9%	2,9%	0,3%	0,3%	4,5%	0,1%	2,3%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	35,1%	1,5%	7,7%	0,3%	0,1%	8,8%	0,1%	1,9%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	44,1%	0,7%	5,1%	0,2%	0,1%	9,8%		4,1%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	31,1%	3,2%	5,5%	0,2%		5,4%	0,2%	3,2%
COMUNIDAD VALENCIANA	35,1%	2,5%	6,1%	0,1%	0,1%	9,1%	0,0%	4,8%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	25,4%	1,0%	7,7%	0,1%		6,1%	0,4%	3,8%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	52,5%	2,7%	13,9%	0,7%	0,2%	12,7%	0,4%	6,0%
REGIÓN DE MURCIA	47,2%	1,7%	14,9%	0,4%	0,1%	15,8%	0,1%	4,7%
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	48,6%	7,9%	18,7%	3,5%		22,9%	0,6%	16,7%
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA	45,4%	3,4%	17,2%	0,3%	1,7%	19,5%	0,2%	7,4%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	48,5%	6,5%	7,4%	0,6%	0,2%	9,1%	0,2%	6,1%
Total	36,0%	2,1%	7,2%	0,3%	0,1%	7,9%	0,2%	4,1%

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de los datos de ECV_2007.

1. El hogar no puede permitirse pagar unas vacaciones fuera de casa, al menos una semana al año.
2. El hogar no puede permitirse una comida de carne, pollo o pescado (o equivalente) al menos cada dos días.
3. El hogar no puede permitirse mantener la vivienda con una temperatura adecuada durante los meses de invierno.
4. El hogar no tiene teléfono (incluido móvil) porque no puede permitírselo.
5. El hogar no tiene televisor en color por no poder permitírselo.
6. El hogar no tiene ordenador por no poder permitírselo.
7. El hogar no tiene lavadora por no poder permitírselo.
8. El hogar no tiene coche por no poder permitírselo.

Privación objetiva por CCAA

Comunidad Autónoma	1	2	3	4
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	4,5%	3,1%	1,7%	26,4%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	4,2%	1,3%	3,0%	21,0%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	8,0%	0,7%	1,5%	14,2%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	5,3%	3,7%	0,4%	18,1%
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	10,7%	4,7%	2,6%	13,5%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	8,5%	1,7%	2,5%	21,6%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	5,6%	2,9%	0,6%	10,6%
COMUNIDAD DE MADRID	5,8%	4,4%	2,0%	25,1%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	6,7%	2,8%	2,2%	21,1%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	8,0%	2,0%	1,7%	27,0%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	3,5%	2,0%	0,8%	28,4%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	6,4%	3,9%	1,6%	27,9%
COMUNIDAD VALENCIANA	6,7%	3,8%	2,3%	26,3%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	11,2%	5,6%	2,6%	22,5%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	8,6%	5,4%	2,7%	41,6%
REGIÓN DE MURCIA	9,6%	6,0%	5,5%	35,5%
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	5,6%	15,2%	2,0%	57,9%
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA	9,9%	2,8%	1,4%	42,6%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	9,8%	6,0%	3,5%	51,8%
Total	7,0%	4,1%	2,1%	29,0%

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007.

1. Se han producido retrasos en el pago de la hipoteca o del alquiler del hogar en los últimos doce meses.
2. Se han producido retrasos en el pago de facturas de la electricidad, agua, gas, etc. en los últimos 12 meses.
3. Se han producido retrasos en el pago de compras aplazadas o de otros préstamos (deudas no relacionadas con la vivienda) en los últimos 12 meses.
4. El hogar no tiene capacidad para afrontar gastos imprevistos.

Privación subjetiva por CCAA

Comunidad Autónoma	1	2	3
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	26,2%	45,2%	53,5%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	19,6%	36,3%	47,6%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	20,4%	45,8%	51,3%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	19,8%	41,2%	39,8%
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	13,3%	32,6%	31,0%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	20,8%	36,1%	50,6%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	11,8%	33,7%	31,1%
COMUNIDAD DE MADRID	26,2%	49,0%	56,8%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	18,8%	41,4%	49,9%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	29,7%	50,2%	48,7%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	25,7%	41,0%	54,4%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	27,2%	50,1%	56,5%
COMUNIDAD VALENCIANA	26,2%	49,0%	55,2%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	19,8%	45,0%	44,8%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	33,2%	55,5%	56,8%
REGIÓN DE MURCIA	33,0%	51,3%	57,0%
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	40,3%	68,0%	84,8%
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA	24,6%	49,1%	61,8%
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	40,9%	65,2%	60,9%
Total	27,0%	48,8%	54,0%

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007.

1. El hogar tiene dificultad o mucha dificultad para llegar a fin de mes.
2. Los gastos totales de la vivienda (incluyendo seguros, electricidad, comunidad, etc.) suponen una carga pesada para el hogar.
3. Los desembolsos por compras a plazos o por devolución de préstamos no relacionados con la vivienda suponen una carga pesada para el hogar.

Ingresos mínimos para llegar a fin de mes por CCAA

Comunidad Autónoma	Ingresos mínimos que necesita el hogar para llegar a fin de mes
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	1.882 €
PRINCIPADO DE ASTURIAS	1.918 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	2.098 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	2.036 €
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	2.057 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	1.868 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	1.951 €
COMUNIDAD DE MADRID	2.477 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	1.916 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	2.145 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	1.653 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	2.420 €
COMUNIDAD VALENCIANA	2.157 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	2.343 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	1.992 €
REGIÓN DE MURCIA	2.139 €
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA	2.104 €
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA	2.325 €
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	2.173 €
Total	2.155 €

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007.

Salario bajo por CCAA

Comunidad Autónoma	Porcentaje de personas con salario bajo*
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	31,3%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	27,5
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA **	25,1
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	19,8
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	23,8
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA **	18,7
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	20,1
COMUNIDAD DE MADRID	21,5
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	25,4
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	27,3
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	38,5
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	21,3
COMUNIDAD VALENCIANA	25,3
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	19,2
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	33,0
REGIÓN DE MURCIA	25,7
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA **	17,9
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA **	23,4
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	34,9
Total	25,8

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007.

* Se considera salario bajo a aquellos salarios que se sitúan por debajo del 66% de la mediana de salario en España.

** Basado en menos de 100 casos.

Jornadas de larga duración por CCAA

Comunidad Autónoma	Porcentaje de personas que trabaja más de 48 horas semanales
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	24,4%
PRINCIPADO DE ASTURIAS	25,4
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA *	20,2
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO *	9,7
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA *	15,5
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA *	13,7
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	22,8
COMUNIDAD DE MADRID	15,6
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	13,2
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	21,3
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	18,7
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	15,2
COMUNIDAD VALENCIANA	19,1
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS *	15,4
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	18,3
REGIÓN DE MURCIA	21,1
CIUDAD AUTÓNOMA DE CEUTA *	11,1
CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA *	13,5
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	14,7
Total	17,3

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECV_2007.

* Basado en menos de 100 casos.

Trabajar por turnos por CCAA

Comunidad Autónoma	Porcentaje de personas que trabaja por turnos	Número de casos
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	17,0%	407
PRINCIPADO DE ASTURIAS	19,1	246
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	19,6	209
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	16,7	396
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	23,9	243
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	13,9	165
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	14,4	284
COMUNIDAD DE MADRID	12,5	754
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	15,0	300
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	13,4	359
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	13,0	247
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	14,7	2.063
COMUNIDAD VALENCIANA	15,7	483
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	17,9	279
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	17,9	756
REGIÓN DE MURCIA	13,3	278
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	21,7	313
Total	15,8	7.782

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECVT_2007.

Nota: No existen casos suficientes en Ceuta y Melilla para incluir el valor del indicador de estas Ciudades Autónomas.

Trabajar en horario nocturno por CCAA

Comunidad Autónoma	Realiza un trabajo en horario nocturno ^(a)	Número de casos
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	14,3%	407
PRINCIPADO DE ASTURIAS	12,2	246
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	13,4	209
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	10,6	396
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	18,5	243
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	10,9	165
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	13,7	284
COMUNIDAD DE MADRID	12,9	754
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	10,3	300
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	9,2	359
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	15,0	247
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	11,2	2.063
COMUNIDAD VALENCIANA	9,9	483
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	11,8	279
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	13,8	756
REGIÓN DE MURCIA	10,8	278
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	13,4	313
Total	12,2	7.782

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECVT_2007.

Nota: a) Se considera trabajo nocturno cuando el ocupado realice no menos de tres horas de su trabajo diario o al menos una tercera parte de su jornada anual entre las 22:00 horas y las 6:00 horas.

b) No existen casos suficientes en Ceuta y Melilla para incluir el valor del indicador de estas Ciudades Autónomas.

Trabajar los fines de semana por CCAA

Comunidad Autónoma	Porcentaje de personas que realiza algún trabajo los fines de semana			Número de casos
	Siempre	A veces	Nunca	
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA	24,6%	32,4%	43,0%	407
PRINCIPADO DE ASTURIAS	17,9	30,5	51,6	246
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA	23,4	31,6	45,0	209
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE PAÍS VASCO	10,4	31,1	58,6	396
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	12,8	37,9	49,4	243
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA RIOJA	24,8	24,2	50,9	165
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN	17,6	34,2	48,2	284
COMUNIDAD DE MADRID	14,9	28,1	57,0	754
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN	28,0	33,7	38,3	300
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA-LA MANCHA	22,6	28,4	49,0	359
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA	27,1	28,3	44,5	247
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CATALUÑA	18,5	30,2	51,3	2.063
COMUNIDAD VALENCIANA	19,3	30,8	49,9	483
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ILLES BALEARS	26,9	24,4	48,7	279
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA	22,6	32,5	44,8	756
REGIÓN DE MURCIA	16,5	35,6	47,8	278
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANARIAS	24,0	32,6	43,5	313
Total	19,8	30,8	49,4	7.782

Fuente: Elaboración CIIMU a partir de datos de ECVT_2007.

Nota: No existen casos suficientes en Ceuta y Melilla para incluir el valor del indicador de estas Ciudades Autónomas.

**Centro de Información
de la Obra Social de Caixa Catalunya**

La Pedrera de Caixa Catalunya
Provença 265, bajos
08008 Barcelona
Teléfono: 902 400 973

obrasocial.caixacatalunya.com/inclusion-social

CAIXA CATALUNYA
OBRA SOCIAL

