

TÍTULO: **EL IMPACTO DEL DESEMPLEO EN LA
SALUD**

Autora: Sandra Castelló Andreu

Nota: La presente investigación fue presentada como
trabajo de fin de Grado en la Facultat d'Infermeria i
Podologia

Universitat de Valencia

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo versa sobre las relaciones del desempleo con la salud a nivel general, en el caso de España, y a nivel micro con las de las propias personas en desempleo ubicadas en un municipio de la provincia de Valencia. Ciertamente, se han publicado muchos trabajos sobre la crisis económica, y sin duda se están preparando muchos otros. Pero este trabajo es distinto de la gran mayoría porque intenta dar respuesta a una pregunta distinta. No se intenta buscar responsables, sino más bien dar respuesta a los damnificados por la crisis económica. En su mayoría, determinados trabajos se preguntan: “¿Cómo ha pasado esto?. Yo, en cambio, me pregunto: “Y ahora, ¿qué hacemos?”.

Obviamente, son preguntas con cierta relación, pero en ningún caso idénticas. Saber qué causa un infarto nos aclara qué tratamiento aplicarle cuando sucede; lo mismo cabría aplicar a las crisis económicas. Y ahora mismo, la cuestión del tratamiento a los miles y miles de perjudicados debería ser lo que más nos preocupara.

En este contexto, la salud es uno de los pilares donde se apoya el bienestar de los individuos y las sociedades. Su mantenimiento es esencial para proteger la vida. Los problemas de salud suelen afectar en una proporción más alta a los grupos vulnerables y marginados de la sociedad como son las personas desempleadas(Chan, 2013). Por ello, no es de extrañar que la mayor preocupación de los españoles sea el desempleo.

Por todas estas razones, no han sido los datos estadísticos del paro, sino la cara oculta del mismo, es decir, el rostro humano de las situaciones a las que afecta como son: la precariedad de muchos de ellos, la creciente aparición de nuevas formas de pobreza y marginación, y la falta de perspectivas laborales las que a su vez producen un fuerte impacto en el deterioro de la salud de las personas en paro, lo que ha constituido la motivación fundamental para la elaboración del presente trabajo.

La intención del proyecto es una contribución con objeto de paliar el impacto pernicioso del desempleo tanto a nivel socioeconómico como sanitario. Por lo tanto, consideramos que la estrecha relación entre desempleo y salud no sólo es cuestión de intuición o de impresiones más o menos afortunadas, sino objeto de análisis científico.

La crisis económica internacional ha cambiado considerablemente los mercados de trabajo. La disminución de la actividad económica ha conducido a España, como a la mayoría de países, a un aumento rápido y masivo de las tasas de paro sobre todo al inicio de la crisis (7,95% tasas de paro en 2008, frente al 25,9% en 2014). Así en nuestro país, desde principios de 2008 hasta 2014, el desempleo ha aumentado en 3,7 millones de personas hasta situarse en cerca de seis millones de desempleados.

La definición de salud se ha convertido en un problema cada vez más complejo, fruto de la interacción de sucesos y ciclos biológicos y psicosociales, que necesita un nuevo tipo de planteamiento de carácter multidimensional. Por ello, son necesarios nuevos paradigmas (Giori, 1994).

En este sentido, el trabajo elaborado y la mayoría de estudios coinciden en concluir que el desempleo tiene un impacto negativo con la salud. Y todo ello, a pesar de que no existan problemas económicos por la relevancia del trabajo en nuestra sociedad. Nos han educado para trabajar y cuando falta el trabajo nos encontramos ante un mundo que para la sociedad no existe y al que no estamos preparados. Así, el trabajo es un referente del sentido personal. La gente percibe que el que no trabaja es porque es un vago y por eso se tiende a estigmatizar a los desempleados aunque esta percepción tiende a disminuir porque existe un paro masivo como el actual. Pero ello no quiere decir que el parado no tenga episodios de desmotivación y baja autoestima al considerar el trabajo como determinante de una escala social.

Además, los recortes en Sanidad no favorecen en nada la atención sanitaria de las personas en desempleo a pesar de que cada día aumenta la preocupación de los españoles por los temas de salud. Así, en febrero de 2007, la Sanidad era la décima preocupación para la sociedad, según el barómetro del CIS. Pero en febrero de 2014 había subido hasta

colocarse la quinta, sólo por detrás del paro, la corrupción, los problemas económicos y los políticos.

El desarrollo del trabajo se estructura en tres partes. En la primera se efectúa una radiografía de la situación de la evolución del mercado laboral, en el periodo 2008-2014, es decir, se analiza la incidencia que ha tenido la crisis económica en el mercado de trabajo profundizando en las diferencias y desigualdades de género; en la segunda se analizan los efectos que el deterioro laboral, en concreto el desempleo, ha generado en el estado de salud de las personas, sobre todo, en el ámbito psicosocial. Para ello, hemos considerado interesante utilizar dos procedimientos con el fin de analizar cuál es el impacto del desempleo en la salud. El primero de ellos, ha consistido en analizar el impacto de la crisis económica en la salud utilizando los datos de la última Encuesta Nacional de Salud (2011-2012) y compararlos con la anterior edición, previa al comienzo de la recesión (2006-2007).

Y el otro procedimiento, a través de entrevistas a las personas desempleadas de un municipio de Valencia y médicos en Centros de Salud.

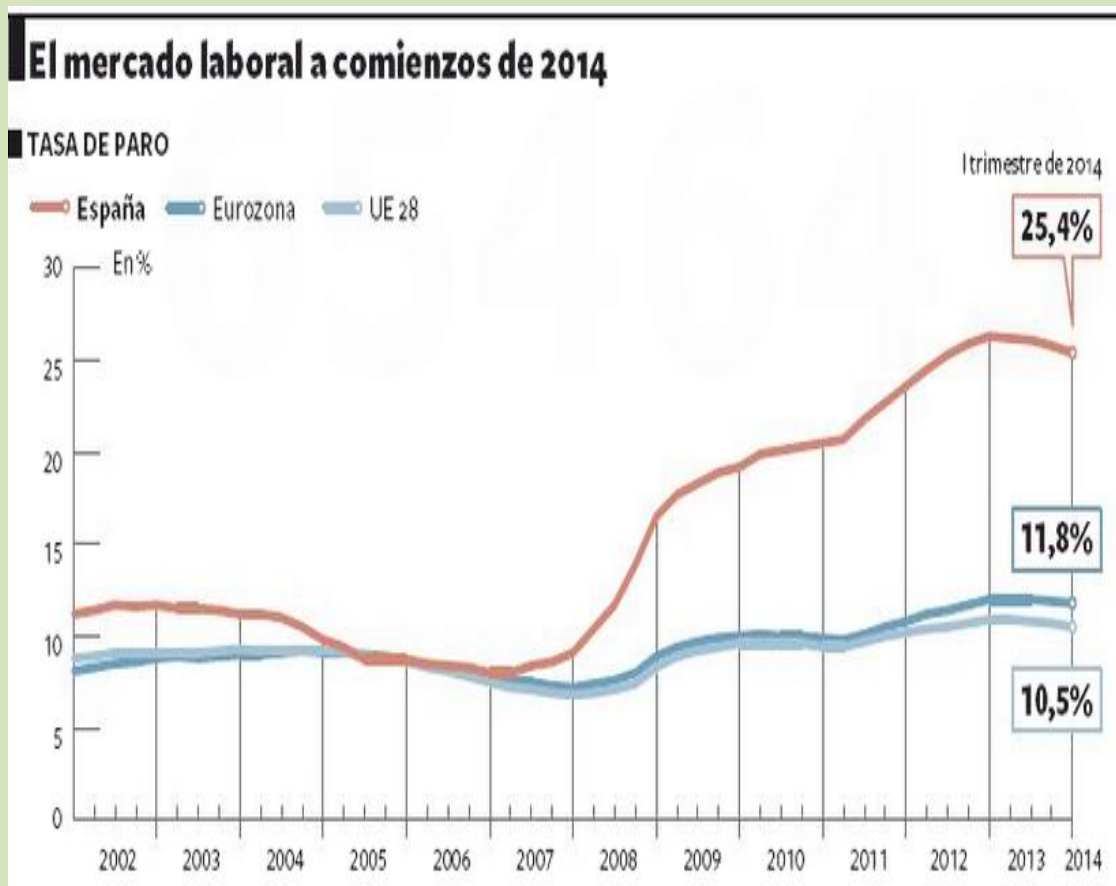
En el tercer apartado, se describen las estrategias socioeconómicas para aliviar las repercusiones en la salud por la crisis del paro, es decir, alternativas para mejorar la salud de las personas desempleadas. Pero debemos advertir que no se encontrarán en este trabajo recetas mágicas y aplicables de un día para otro. Pero el mérito de estas orientaciones inspiradas por ciertas experiencias y reflexiones es proponer un horizonte nuevo que no se limite a lo establecido sino más bien que se adapte a este nuevo contexto económico y sociosanitario.

Todo ello, desde una perspectiva metodológica mixta, que incluye determinados aspectos de los enfoques cuantitativos y cualitativos. De este modo, se ha configurado un proceso que ha tratado de recolectar, analizar y vincular datos desde ambos enfoques.

Para terminar, las políticas públicas deben incluir entre sus prioridades la prevención general, ante el deterioro de la salud en los grupos más vulnerables a los efectos del desempleo, y la prevención específica, ante los riesgos relativos a los trastornos psicológicos (ansiedad y depresión) sobre todo en condiciones tan adversas como las actuales de creciente desigualdad social, recortes en los servicios sanitarios públicos y disminución de las rentas.

1. MARCO TEÓRICO

En la Unión Europea (UE), desde principios de 2008 hasta 2014, el paro ha aumentado en cerca de diez millones hasta situarse en 25,7 millones desempleados el 10,5% de tasa de paro (figura 1).

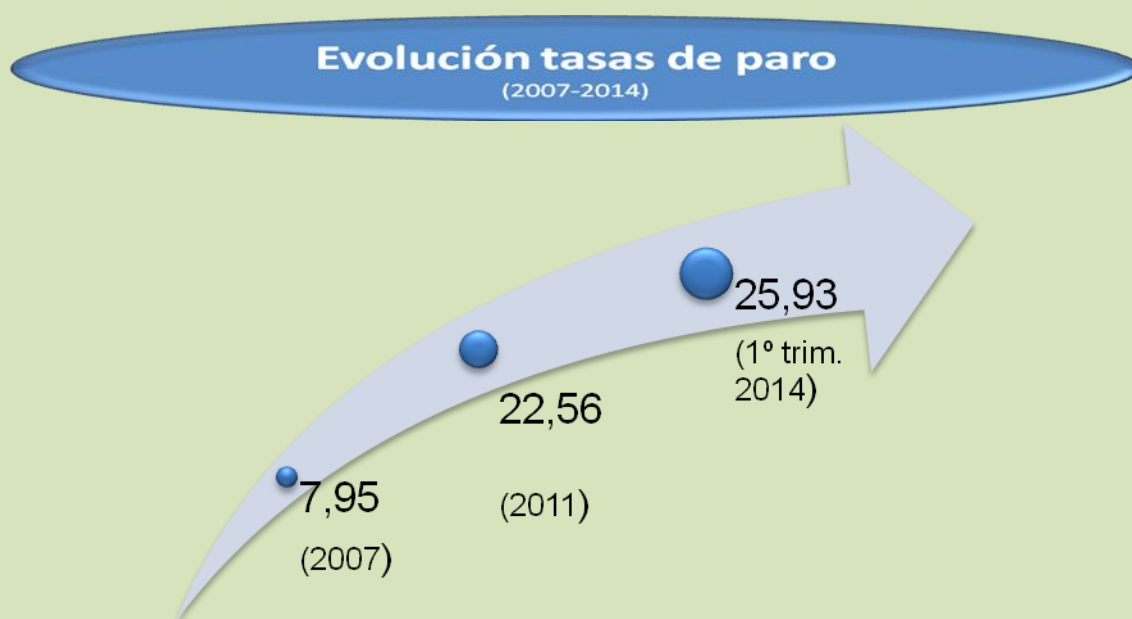


Fuente: Periódico ElPaís

Figura 1

Mientras en España, en el mismo periodo, y según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el desempleo ha aumentado en 3,7 millones de personas y se sitúa en cerca de seis millones de desempleados el 25,9% de tasa de paro.

Además, la evolución de las tasas de paro han experimentado un aumento muy rápido, sobre todo al inicio de la crisis, de 18 puntos porcentuales en el período estudiado (ver figura 2).



Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE

Figura 2

Por otra parte, una buena manera de medir la destrucción de empleo consiste en cuantificar la pérdida producida entre los afiliados ocupados y, en el mismo período, se observa que entre dicho colectivo se ha producido una disminución de más de tres millones, es decir, cotizantes a la Seguridad Social (figura 3).

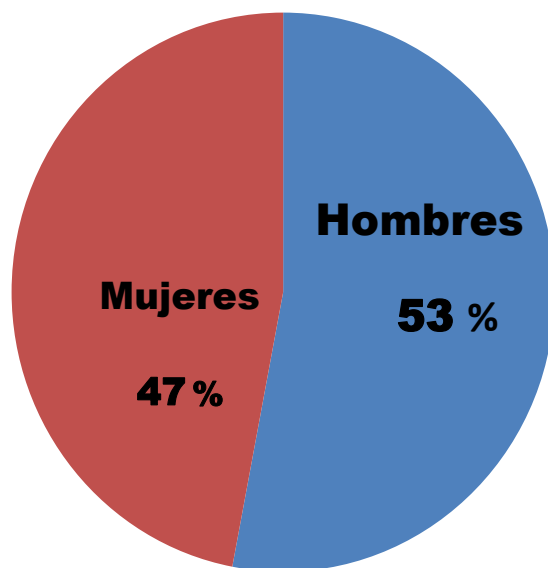


Fuente: Periódico ElPaís

Figura 3

En suma, nuestro país ha contribuido al aumento del desempleo de la UE con casi el 40% del total. Pero su impacto ha sido mayor entre los hombres (2,2 millones, aumento del 191%) que en las mujeres (1,6 millones, aumento del 150%). Hoy, el 53% del paro total son hombres frente al 47% de las mujeres (ver figura 4).

El paro por sexos



Fuente elaboración propia en base a datos del INE

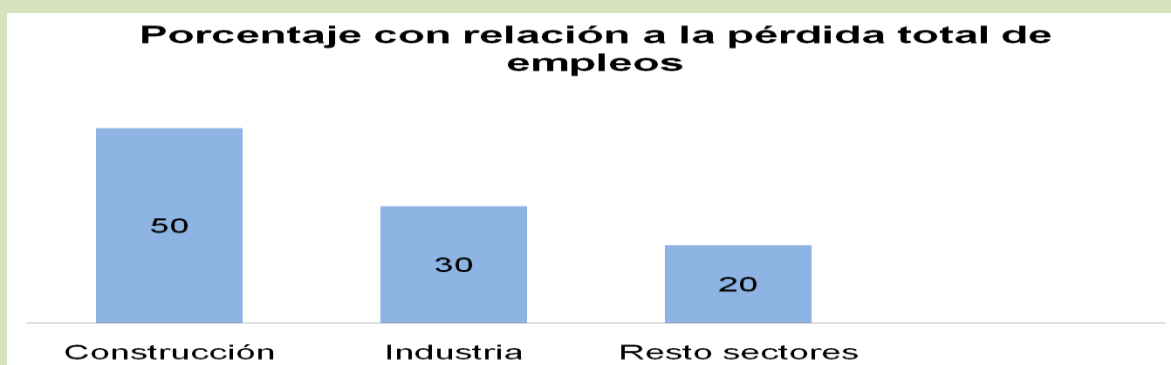
Figura 4

Sin embargo, aunque el desempleo de los hombres ha crecido mucho más, no ha superado la tasa que padecen las mujeres ya que tras seis años de crisis económica la tasa de paro de las mujeres sigue en cabeza: 26,5% para ellas y 25,5% para ellos.

¿Qué ha sucedido en la evolución de la crisis económica actual para que el deterioro del mercado laboral sea mayor entre los hombres que las mujeres?. Ello es debido a dos factores muy importantes. El primero se debe a que el paro de los hombres tiende a ser más sensible a las fluctuaciones de la economía que el de las mujeres. Así, la mayor presencia de los hombres en el empleo total se contempla en los sectores de la construcción y la industria (92% y 75% son hombres, respectivamente), sectores muy castigados por la actual crisis (figura 5).

PÉRDIDA DE EMPLEOS POR SECTORES

(2008-2014)



Fuente: elaboración propia en base a datos del INE

Figura 5

El segundo factor consiste en que las mujeres participan en mayor medida en actividades como: empleadas de hogar (93%), sanidad (78%) y educación (66%), ocupaciones que son menos sensibles a los ciclos económicos (Dervis, 2013).

En este contexto, la historia del trabajo femenino esta construida por tensiones debidas a avances hacia la igualdad, estancamientos y regresiones (Maruani, 2000). A pesar de la participación creciente de las mujeres en la actividad económica persisten importantes desigualdades en materia de paro, de subempleo, de acceso a los empleos y sobre todo en discriminación salarial (Majnoni, 1999).

En efecto al mercado laboral segregado se añade la brecha salarial (Campbell, 1997), una de las grandes diferencias entre mujeres y hombres ya que ha aumentado en España. Ellas ganan un 22,55%, menos de media al año por un trabajo de igual valor (INE).

Por otra parte, las personas que tienen trabajo están expuestas a una serie de riesgos laborales. Así, dada la segregación de género del mercado laboral los hombres y las mujeres están expuestos a riesgos diferentes: ellos más a la naturaleza física, productos tóxicos o derivados de la manipulación manual de cargas; ellas, sobre todo

las trabajadoras manuales, más a un entorno psicosocial adverso (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo).

Sin embargo, las personas desempleadas no están exentas de determinados riesgos. Hay un aspecto importante impulsado por la economía que resulta relevante para el bienestar humano: tener trabajo. Las personas que desean trabajar pero no encuentran un puesto sufren sobre manera, no sólo por la pérdida de ingresos, sino también por la pérdida de confianza en la propia valía.

En este sentido, los problemas del desempleo crean desigualdades, pobreza y marginación con graves riesgos para la salud, sobre todo de salud mental, así como a un incremento de la mortalidad por suicidios. Estudios que relacionan salud y economía han elaborado datos sobre la evolución de los suicidios en diversos países en el periodo de crisis (Stuckler y Basu, 2013). A su vez, la OMS también ha reconocido la vinculación entre ambos fenómenos (WHO, 2011). En resumen, desde el siglo XIX, según los citados autores, se sabe que recesiones y desempleo están ligadas a un riesgo mayor de suicidio {...}. El desempleo es uno de los principales factores de riesgo en la depresión, la ansiedad, el insomnio y las autolesiones.

En el caso de España afirman que 400.000 casos de depresión se han producido por las elevadas tasas de paro y además, los que han perdido su vivienda tienen una probabilidad tres veces mayor de acudir al médico con síntomas de depresión aguda.

Sin embargo, su incidencia va a depender mucho del contexto institucional, especialmente del estado de bienestar con sus mecanismos de protección social a los ciudadanos (Dávila, 2009).

Pero el problema real grave surge cuando las prestaciones por desempleo que habitualmente empiezan cubriendo un 70% de los ingresos perdidos se terminan. Hoy, en nuestro país, la mitad de los desempleados no percibe ningún tipo de prestación económica (Servicio Público de Empleo Estatal). Y cuando esto sucede el desempleo se arrastra, las finanzas familiares se derrumban el ahorro familiar se agota, no se pueden pagar las facturas, la casa se pierde...En definitiva, se produce angustia económica. La

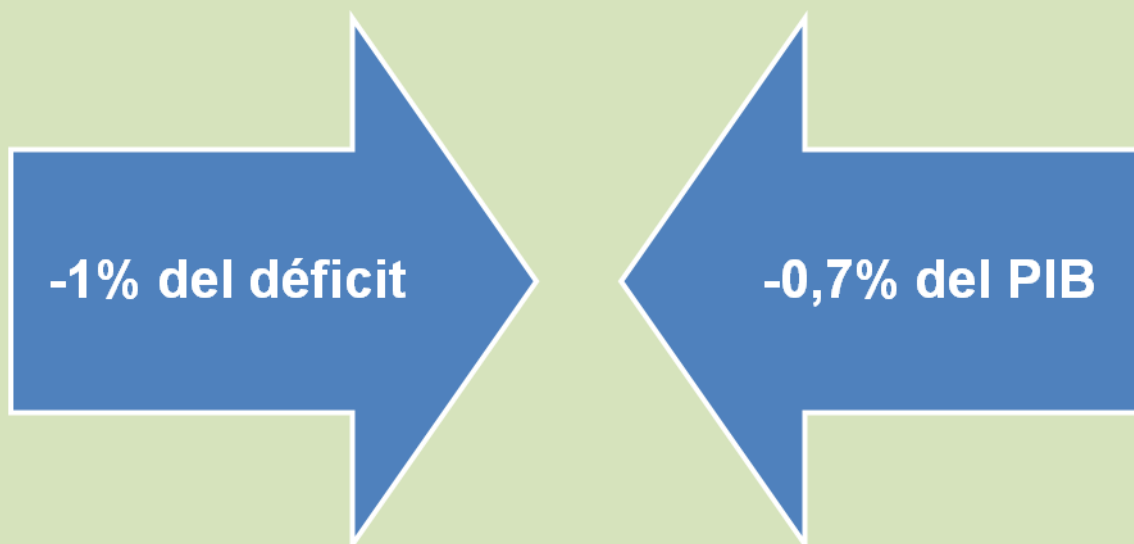
felicidad, es en buena medida, la sensación de tener la propia vida bajo control. (Mastekaasa, 1996).

Por ello, se deteriora la sensación de control cuando se ansía trabajar pero los meses pasan sin hallar empleo; cuando la vida que has ido construyendo se está derrumbando porque se termina el dinero. A todo ello, hay que añadir la «ruptura» que supone con el mundo de relaciones, con la carencia de nodos sociales y de un rol ante los demás cuya situación puede propiciar trastornos afectivos o psicofisiológicos con episodios de ansiedad y depresión.

En este contexto, el desempleo constituye un riesgo muy importante para la salud, tanto física como mental, ya que incrementa la mortalidad por todas las causas, a nivel infantil y perinatal, así como los suicidios, según la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública, lo que se traduce en un aumento del gasto sanitario. En concreto, en la ciudad de Valencia, los médicos de primaria detectan cien nuevos casos de depresión al mes (+50% sobre el año anterior) con mayor incidencia entre las mujeres alcanzando el 77% del total (Las Provincias, 7 enero 2014). Además, en 2011 (último dato oficial), los españoles consumían un 8% más de ansiolíticos que al final de la bonanza, según un informe de la Agencia Española del Medicamento (ElPaís, 27 diciembre 2013).

Por lo tanto, a medida que crece el desempleo, agravado por las deficiencias en las redes de protección social y los recortes presueltarios en sanidad se generan problemas muy serios de deterioro tanto a nivel económico como de salud. En concreto, una reducción del déficit público del 1% debido a los recortes respuestarios genera una reducción del Producto Interior Bruto del 1% (figura 6).

Impacto de la reducción del déficit sobre el PIB



Fuente: elaboración propia en base a datos del FMI

Figura: 6

La literatura existente sobre el tema refleja que el malestar que genera el paro varía en función de variables como su duración, la edad, nivel de estudios, clase social, posición ocupada en el grupo familiar o las redes sociales de que dispone cada individuo.

En resumen, lo dicho hasta aquí de la lacra del paro en España contrasta con los principales documentos y normativas vigentes que recogen el derecho al trabajo de toda persona. De este modo, la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamada, en 1948, por Naciones Unidas recoge en el artículo 23 el derecho de toda persona al trabajo. Así: Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

Artículo 23.3 Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la

dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

2. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD: VARIACIONES DE SALUD ESPAÑA Y COMUNIDAD VALENCIANA (2006-2012)

Seis años después del inicio de la recesión, la Encuesta Nacional de Salud describe un empeoramiento de la salud mental y autopercebida e incluso un aumento de los suicidios.

Así, los resultados de la evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo revelan un aumento de las patologías crónicas: hipertensión arterial, colesterol elevado, obesidad y diabetes todos ellos factores de riesgo cardiovascular continúan su tendencia ascendente. Desde 1993, la hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%. Además a destacar que la ansiedad/depresión afecta al 14,6% de la población española.

El nivel socioeconómico muestra una clara relación con el estado de salud autopercebido. Según se desciende en la escala social, basada en la ocupación, se observa una caída en la valoración positiva del estado de salud, que pasa de 86,5% en la clase I U (Directores, Gerentes) a 68,5% en la clase VI (trabajadores sin cualificar).

En el caso concreto de la salud mental, basada según la ocupación, las estadísticas demuestran que a niveles inferiores (trabajadores semicualificados y no cualificados) su estado de salud es inferior a los niveles superiores (Directos, Gerentes, ocupaciones intermedias y supervisores).

En España los trastornos de salud mental (depresión, ansiedad y problemas mentales) han empeorado con la crisis económica. De este modo, desde que comenzó la crisis hasta 2012 se registra un incremento del 23%. Las edades más afectadas son aquellos segmentos superiores a los 35 años.

Pero la salud mental en España es peor entre las personas en desempleo (el doble) que entre la población ocupada. Así, la media es de 1,06 para la población ocupada frente al 2,10 de las personas en desempleo (los valores oscilan entre 0 y 12 puntos). Cualquier otro indicador de salud mental sucede lo mismo generalmente es el doble peor entre los parados que entre los ocupados. A idénticos resultados llegan Karsten, P. y Moser, Klaus.

A nivel de estudios sucede lo mismo las personas sin estudios universitarios tienen peor salud que las personas con niveles de estudio universitarios.

Por otra parte, si analizamos las estadísticas a través del INE de la Comunidad Valenciana se extraen idénticas conclusiones. Pero en algunos casos se obtienen resultados mucho peores como ha sucedido en la salud mental. Así, se observa que el incremento en la Comunidad Valenciana (27%) de enfermos de salud mental (depresión y ansiedad) ha sido muy superior al resto de España (23%).

3. LAS ENTREVISTAS

Tras cada dato concerniente al mercado de trabajo, se esconde una invisible retahíla de historias vitales llenas de desesperación lucha y dolor. Por ello, primeramente lo que procede es escuchar y leer todas las entrevistas y podremos extraer una primera conclusión: que las personas en desempleo lo suelen pasar generalmente bastante mal. Para la gran mayoría es una auténtica travesía del desierto.

3.1. Metodología de las entrevistas

La metodología utilizada ha sido la elaboración de una muestra aleatoria entrevista abierta con preguntas previamente semiestructuradas en torno a varios temas sociales y de salud. Todo ello, a través de la elaboración de una muestra aleatoria de la que se ha extraído que la gran mayoría ya reunían la condición de parados de larga duración.

Dichas preguntas han sido dirigidas a parados de larga duración (más de doce meses en desempleo). Pero cuál ha sido la sorpresa que, al confeccionar una muestra aleatoria, la gran mayoría (92%) ya reunían dicha característica.

Por otra parte, hay que hacer constar que de los veinticinco entrevistados no son en términos cuantitativos representativos del conjunto de la población desempleada, sino que se ha pretendido destacar las entrevistas que contienen los datos más relevantes. Además, algunas personas en paro se han mostrado dispuestas a sincerarse en la entrevista mientras otras se han mostrado menos explícitas. No todas las personas cuando se habla en términos de salud están dispuestas a decir la verdad. Hay gente que no acepta muy bien lo que le pasa.

En este contexto, el estudio ha partido de las 12 personas (8 varones y 4 mujeres) que se han considerado las más representativas. Sin embargo el trabajo de campo ha consistido en muchos más entrevistados que se han omitido porque no proporcionaban la información suficiente para el fin de este trabajo. A las personas entrevistadas las hemos dividido en dos bloques: desempleados que van al médico y los que no van al médico.

De las doce personas escogidas, inicialmente cuatro están tomando tranquilizantes o antidepresivos. De todo ello, es fácil deducir que el resto de personas están soportando indicios claros de angustia, ansiedad y temor a lo que pueda pasar en un futuro. Buena prueba de ello es que ocho personas (mayoritariamente varones) visitan al médico y cuatro no, posiblemente, por falta de autoestima.

Se estima que la gran mayoría toma algún tipo de medicación pero no lo reconocen. No todo el mundo ante temas de salud se desnuda fácilmente.

Por último, Se entrevista a un Psicólogo del Centro de Salud de un municipio de Valencia. Dice que sería un error pensar que la crisis económica está afectando a todos por igual:

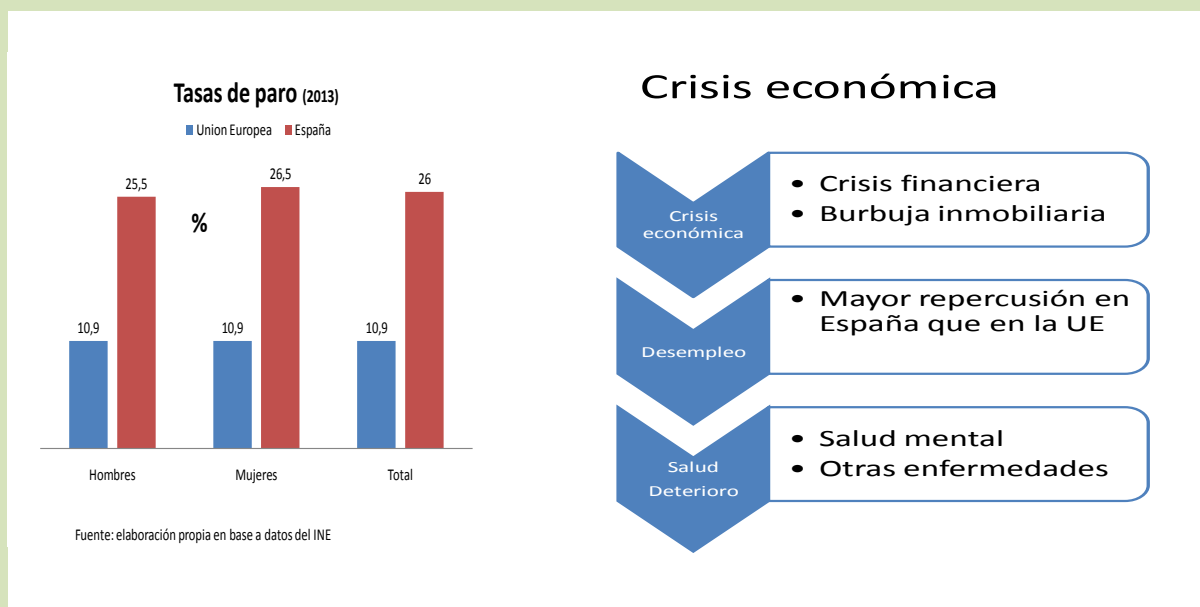
“Se están detectando trastornos adaptativos en pacientes que están desempleados y, sobre todo, desde 2009 asisten más pacientes a raíz de la crisis económica”.

4. RESULTADOS

A pesar de que se partía de la hipótesis de que tradicionalmente las crisis económicas, en términos de desempleo, en España repercuten en mayor medida en las mujeres ha quedado demostrado, tras la elaboración del presente trabajo, que la actual crisis económica se ha cebado más en los hombres que en las mujeres por la mayor presencia de los hombres en el empleo en los sectores de la construcción y la industria (92% y 75% son hombres, respectivamente), sectores muy castigados por la actual crisis.

La crisis económica ha incidido fundamentalmente en:

- En el desempleo junto a la precariedad del mercado laboral.
- La creciente aparición de nuevas formas de pobreza y marginación.
- La mayor tasa de desempleo de larga duración produce una mayor incidencia de los problemas de salud tanto físicos, emocionales y funcionales. A destacar: depresiones, suicidios, mortalidad cardiovascular, peor salud autopercebida, migrañas, trastornos del sueño, consumo de alcohol y tabaco lo que conlleva un mayor uso de medicamentos.



Fuente: elaboración propia

Figura 7

En la figura 7, lado izquierdo, se observa que las tasas de paro de España son

siempre más del doble de la UE por sexos y en el conjunto de ambos sexos. Hay que destacar que la tasa de paro de las mujeres en España supera a los hombres y al conjunto de ambos sexos. Y en el lado derecho se describe las secuencias de la crisis económica.

Por otra parte, de las entrevistas se han podido extraer los resultados siguientes (ver tabla 1 y 2):

De los entrevistados el 92% son parados de larga duración.

El 67% van al médico y el 33% no va al médico.

El 67% toma algún tipo de medicación para la ansiedad y 33% ninguna medicación.

El 75% padece algún síntoma de ansiedad, estrés o insomnio.

Comportamiento de los entrevistados frente al médico y los medicamentos

Van al médico	No van al médico	Toman medicación	No toman medicación
67%	33%	67%	33%

Fuente: elaboración propia

Tabla: 1

Patologías en % población entrevistada

Estrés, ansiedad e insomnios	Depresión	Aumento peso	Aumento consumo alcohol	Ictus	Cefaleas y otras patologías
75%	9%	17%	8,50%	8,50%	25%

Fuente: elaboración propia

Tabla: 2

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El impacto de la crisis económica en el desempleo ha afectado más a los hombres que a las mujeres. **(según datos de la EPA y las entrevistas)**. Pero a pesar de ello, las tasas de paro continúan siendo más elevadas en las mujeres que en los hombres y con salarios más precarios y más obligaciones en casa.

Por eso, las mujeres son más sensibles a los recortes del Estado del bienestar y, por consiguiente, de los servicios públicos. En concreto, el frenazo de la Ley de la Dependencia ha sido muy pernicioso para ellas porque muchas abandonan sus trabajos para cuidar de sus mayores lo que se traduce en un grupo más vulnerable para la salud que los hombres.

Las consecuencias que se han podido extraer de todos los análisis efectuados son las siguientes:

- 1) El desempleo constituye un riesgo muy importante para la salud, tanto física como mental, incrementando la mortalidad al aumentar factores de

riesgo (tabaquismo, alcohol y drogas). Se ha calculado que un aumento del 3% de la tasa de paro conllevaría más de 10.000 muertes en Europa. (Freyer-Adam, 2011). ***Así, se refleja en la encuesta de salud elaborada por el INE: en España los trastornos de salud mental (depresión, ansiedad y problemas mentales) han empeorado con la crisis económica. De este modo, desde que comenzó la crisis hasta 2012 se registra un incremento del 23%. Las edades más afectadas son aquellos segmentos superiores a los 35 años. De las entrevistas se desprende que una gran mayoría aumenta el consumo del tabaco.***

2) Las repercusiones psíquicas del desempleo son muy importantes y aumentan con el tiempo, van desde trastornos del sueño, depresiones (pérdida de autoestima, sentimientos de inseguridad y de fracaso, degradación social, sentimiento de culpa) (Lennon, 1996) y migrañas (Le H et al, 2011)., llegando incluso al suicidio (un millón de personas anuales en el mundo (OMS, 2013). ***Según la encuesta nacional de salud en España la salud mental de las personas en desempleo es peor (el doble) que entre las personas ocupadas. Además, los entrevistados manifiestan este tipo de patologías.***

3) Aumento de patologías cardiovasculares en Europa, (5,4 muertes por cada 100.000 habitantes) aumento de hipertensión arterial y de colesterol (Stucler, 2009) y enfermedad de Crohn (Nerich, 2010).

Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud la evolución de algunos de los principales trastornos crónicos y factores de riesgo revelan un aumento de las patologías crónicas: hipertensión arterial, colesterol elevado, obesidad y diabetes todos ellos factores de riesgo cardiovascular que continúan su tendencia ascendente. La hipertensión ha pasado del 11,2% al 18,5%, la diabetes del 4,1% al 7,0% y el colesterol elevado del 8,2% al 16,4%. Además a destacar que la ansiedad/depresión afecta al 14,6% de la población española.

En efecto, muchos entrevistados manifestaron que el desempleo les provocaba desmotivación y, por lo tanto, se encontraban menos activos que antes con el consiguiente aumento de peso y colesterol. Y al mismo

tiempo al disminuir sus ingresos se ven obligados a consumir productos de menor calidad lo que supone un peor nivel nutricional.

4) Peor salud autopercebida (en poblaciones con peor salud tienen mayores tasas de desempleo).

Según la Encuesta Nacional de Salud seis años después del inicio de la recesión, describe un empeoramiento de la salud mental y autopercebida e incluso un aumento de los suicidios. Además todos los entrevistados manifiestan tener más ansiedad que antes de la crisis económica sobre todo en los mayores de 45 años al tener mayores cargas familiares (mayoría con hijos e hipotecas a pagar).

Así lo avala el directivo del centro de empleo: entre 44 y 50 años existe un gran problema por qué ya son personas que llevan trabajando mucho tiempo, y el hecho de estar desempleado les afecta más, porque la persona tiene más cargas y les resulta mucho más difícil adaptarse a las nuevas circunstancias debido a que aparecen problemas económicos, emocionales, de pareja.

5) La utilización de los servicios sanitarios se incrementa con el desempleo (más consultas, hospitalizaciones y consumo de medicamentos), debido a la mayor prevalencia de problemas de salud lo que se traduce en un aumento del gasto sanitario. ***A idénticas conclusiones se llegan tras las declaraciones de los entrevistados que van más al médico actualmente que antes de la crisis. El psicólogo del centro de salud también llega a idénticas afirmaciones: desde 2009 asisten más pacientes a raíz de la crisis económica. Así, mismo un Doctor consultado especialista en salud laboral detecta un mayor deterioro de salud física y mental.***

6) Aunque los cálculos del impacto del desempleo sobre la mortalidad y la esperanza de vida no son precisos, utilizando la metodología ya publicada puede calcularse que el desempleo producirá en nuestro país un exceso de

mortalidad entre 1.500 y 4.000 personas /año y una disminución de la esperanza de vida (se calcula un 0,3% de disminución por cada 3% de incremento del paro).

7) La situación de desempleo, igual que cualquier otro suceso estresante, es vivida e interpretada de manera diferente por cada persona, de acuerdo con una serie de circunstancias individuales: tipo de recursos psicológicos de que dispone y evaluación individual de los propios recursos de cada persona para enfrentarse al problema (Goldney, 1996). ***Según la encuesta nacional de salud el nivel socioeconómico muestra una clara relación con el estado de salud autopercebida de las personas.***

De todas las entrevistas se puede deducir que cada desempleado reacciona de distinta forma en función de sus propios recursos tanto económicos como sociales y de sus propias circunstancias vitales, llegando a necesitar en la mayoría de los casos ayuda profesional y medicación.

8) Las entrevistas reflejan una mayor incidencia del deterioro de la salud entre los hombres que entre las mujeres. El trabajo es para los hombres un ámbito muy importante en la construcción de su identidad, de un sentido de sí mismos que les permite realizar proyectos y aspiraciones individuales y familiares. Por eso, el hombre en su rol tradicional de proveedor familiar presenta más problemas de autoestima y las mujeres de ansiedad. Así, acuden más hombres a las consultas con síntomas de tristeza abandono de actividades e irritabilidad.

9) Del total de entrevistas se deduce una serie de fases psicológicas por las que atraviesan las personas desempleadas. En concreto, en los parados de larga duración se ha podido observar una vía común por la que transcurre el estado de ánimo de estas personas que se podría sintetizar del modo siguiente:

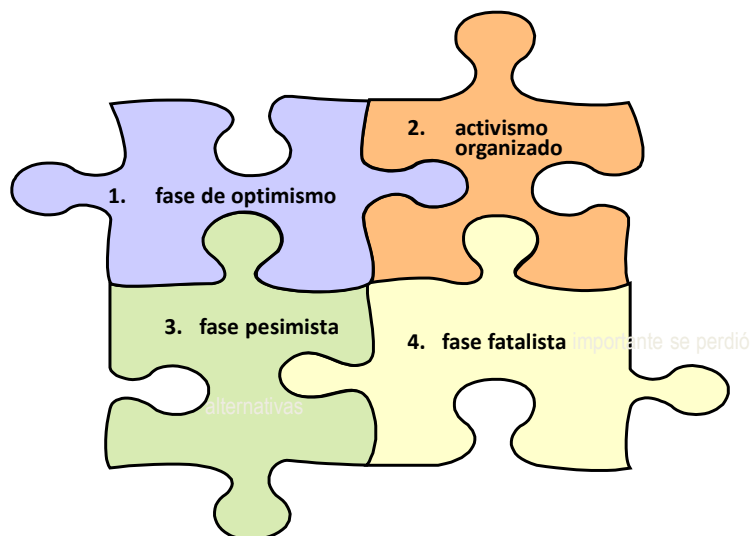
El hecho de quedarse sin trabajo supone un acontecimiento traumático provocando: estupor, incredulidad, desorientación e irritación. Primeramente y se inicia una **“fase de optimismo”** caracterizada por el deseo de unas merecidas vacaciones, retomar contacto con la familia, en definitiva poder hacer aquello que trabajando no se puede. En esta fase hay quién manifiesta que su salud y estado de ánimo es mejor que cuando trabajaba. Diríamos que su situación es la de estar parado.

Posteriormente comienza la etapa de **“activismo organizado”**, que es también una fase optimista, es decir, empieza a considerarse como desempleado: búsqueda de empleo, repartir CV, consultas a contactos, formación, mayor actividad física, mayor implicación en tareas domésticas, es decir, es una ansiedad estimulante. En definitiva, es como un descanso activo.

Sin embargo, a medida que transcurre el tiempo y los procesos de búsqueda de trabajo no dan los resultados esperados se entra en una nueva etapa **“fase pesimista”** en que el optimismo empieza a diluirse: idealización del trabajo perdido, inseguridad ante el retorno a la actividad ocupacional, lo que todo ello se traduce en una infravaloración de la propia persona (melancolía, ansiedad, irritabilidad, insomnio y conflictividad familiar) que les conduce a acudir al médico aunque sin saber lo que les sucede.

Por la propia experiencia en este trabajo y según otros expertos [Buendia, 1990, p.28] la mayoría de entrevistados se situarían en la citada fase y que son conscientes de que a través de su propia voluntad se pueden mantener en esta fase sino caen en el pozo. Pero unos pocos si que tiran la toalla y entran en la **“fase fatalista”** que se caracteriza por una aceptación resignada de la condición de parado. Así, se pierde la confianza en la formación, en el caso de que se haya podido acceder a ella, la búsqueda de trabajo es cada vez más esporádica: del activismo se pasa a la pasividad (ocio forzado). Excepcionalmente algunas personas presentan ideas de suicidio (figura 8)

Los momentos característicos de una etapa de transición en el desempleo



Fuente : elaboración propia

Figura 8

Como punto a destacar, a la pregunta de *que si encontraran un trabajo mejoraría su salud*, todos los entrevistados que se encuentran en situación de desempleo coinciden en manifestar que sin duda su salud mejoraría. Lo que induce a reflexionar que trabajo y salud van de la mano.

RECOMENDACIONES

Por último, una vez identificado el problema y sus causas estamos en condiciones de elaborar una serie de propuestas y recomendaciones con el fin de mejorar la salud de los desempleados, son las siguientes:

1) Para disminuir el impacto del desempleo en la salud es conveniente la existencia de una adecuada red de protección social. Ello, puede paliar la gravedad de las respuestas psicológicas y de salud de los desempleados. Así, en España la familia continúa siendo el soporte económico en la ayuda a las personas en paro. La mayoría de entrevistados aseveran que el apoyo familiar les ha servido para amortiguar la crisis.

En este sentido, es deseable la creación de un Gabinete para ofrecer ayuda, consejo y asesoramiento sobre su estado de salud ofreciendo los recursos existentes y realizar seguimientos en consultas de enfermería.

Este programa requeriría una formación específica a nivel de personal de enfermería con un enfoque tanto sanitario como biopsicosocial. Además, esto implica que la enfermera debe estar capacitada para escuchar a las personas en paro para conocer sus problemas

2) Diseñar estrategias de Políticas Activas de Empleo (formación, orientación y planes de creación de empleo) junto con Políticas de Salud Pública para paliar el impacto del desempleo en la salud. Según todos los entrevistados mejoraría su salud con un trabajo. Por ello, se deberían crear empleos de utilidad pública. Y además aumentar los recursos económicos para la formación con el fin de reciclar a las personas procedentes del sector de la construcción que son la gran mayoría de los desempleados. Así, se ha quedado reflejado en las entrevistas.

3) Las prestaciones económicas por desempleo (políticas pasivas de empleo) evitan o reducen el deterioro de la salud pero sus consecuencias negativas en la salud se centran más en las personas sin prestaciones. En concreto, el 50% de los parados no perciben ningún tipo de prestación económica (SEPE) lo que quiere decir que los gastos por prestación por desempleo caen pero a cambio mucha gente entra en pobreza severa. En este sentido, se debiera aumentar la tasa de cobertura de los desempleados.

4) Proponer una cartera de servicios sanitarios y sociales común para promover el bienestar social. Para ello, es conveniente ampliar la Ley de Dependencia para promocionar condiciones de vida saludables con el diseño de programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación (enfoque biopsicosocial). De este modo, la enfermera tendría un trato más próximo con

la problemática del parado a nivel de domicilio con el fin de vigilar si sus hábitos de salud son los adecuados (higiene, alimentación, toma de constantes vitales y uso adecuado de la medicación).

5) Detectar los procesos psicológicos y físicos por los que atraviesan los desempleados a través de entrevistas de salud en atención primaria y posteriores reconocimientos. Para ello, se realizaría un convenio entre el Ministerio de Sanidad y Servicio Público de Empleo Estatal con el objeto de diseñar un estudio longitudinal prospectivo para detectar quienes desarrollan algún tipo de enfermedad. Se podría empezar primeramente por aquellas personas que no perciben ningún tipo de prestación económica (50% del total de parados) abordándose desde la atención primaria.

El programa consistiría en un colectivo de enfermeras que a través de entrevistas y valorando el estado general de las personas desempleadas se obtendría datos concernientes a la salud del paciente tanto física como mental. Y a esas personas, desde los centros sanitarios, se les reclamaría para su tratamiento individualizado.

Las propias enfermeras desde los centros de salud efectuarían un seguimiento del estado anímico, tensión arterial, niveles de colesterol y control de peso y sobre todo, controlar el tipo de tratamiento que está llevando cada individuo y según el caso se le derivaría al especialista correspondiente. Así, la detección de los problemas de salud derivados del desempleo tendrían un tratamiento más eficiente y se evitaría un deterioro de la salud mucho mayor.

REFERENCIAS

Ariño, D., et al (2011). ¿Se puede evaluar la perspectiva de género en los proyectos de investigación?. *Gaceta Sanitaria*, 25 (2), p. 146-150.

Buendía, J. (2010) *El impacto psicológico del desempleo*. Murcia: Universidad de Murcia.

Buendía, J. (1990) *Anales de psicología*. Murcia: Universidad de Murcia, p.28.

Cabrero, J. y Richart, M. (2000). *Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería*. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante.

Campbell, R. (1997). *Economía laboral*. Madrid: McGraw-Hill.

Chan, M. *Impacto de la crisis financiera y económica mundial en la salud*. Alemania. 1 abril 2009. Declaración de la Directora General de la OMS [20 diciembre de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/financial_crisis_200904011/es/

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. (CECOVA). *Código Deontológico de la Enfermería Española*. [consultado el 12 diciembre 2013]. Disponible en: http://www.portalcecova.es/es/profesional/deontologia_cas.pdf

Dávila, C. (2009). Crisis económica y salud. *Gaceta Sanitaria*, núm. 23. P. 4.

Dervis, K. (2013). El nuevo contrato social. *Proyect Syndicate*, nº7, p. 1-3

Diccionario de Medicina Océano-Mosby (1996). Barcelona: Océano.

Diccionario Médico (1998). 4ª ed. Barcelona: Elsevier.

Donati, P. (1994). *Manual de sociología de la salud*. Madrid: Diaz de Santos, p.17-18

Encuesta de Población Activa. [base de datos]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística [2013, 15 de diciembre]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiBD/menu.do?L=0&divi=EPA&his=1&type=db>

Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo [2013, 3 de mayo]. Disponible en : http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PERIODICAS/Rev_INSHT/2013/72/SST_72_enlaces.pdf

España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales [internet], Boletín Oficial del Estado. 10 de noviembre e 1995, núm. 269, pp 32590-32611 [consultado 1 Diciembre 2013]. Disponible en: <http://www.boe.es/legislacion/legislacion.php> [2013]

España. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia [internet], Boletín Oficial del Estado, 15 de diciembre de 2006, núm, 299, pp 44142-44156 [consultado 2 Diciembre 2013]. Disponible en : <http://www.boe.es/legislacion/legislacion.php> [2013]

Ferrer, V., Carmona, M. y Soria, V. (2012). *El trabajo de fin de grado*. Madrid: McGraw-Hill.

Freyer-Adam, J. (2011). Health risk factors self.rated health among job-sekers. *EMC Public Health* p.22 .

Freyer- Adam J, et all (2011): Health risk factors and self-rated health among job-seekers. *BMC Public Health*; 11: p. 659-68.

Freyssinet, J. (2000). *Les marches du travail en Europe*. Paris: La Decouverte.

Giori, D. (1994) "Edad, salud y curso de la vida". En: Donati, P. *Manual de Sociología de la Salud*. Madrid: Díaz de Santos, p.71

Goldney, R. (1996). Unemployment and health. *Australian and New Zealand* p. 309-311.

Grau, A y Rubio, LL. (2013). *Investigación Social aplicada a Ciencias de la Salud. Guía para elaborar proyectos de investigación*. Valencia: Tirant lo Blanch.

Le H et all (2011). Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population-based cross-sectional study. *Headache Pain*. (12), p.157-72.

Jin RL et all, (1995). The impact of unemployment on health: a review of the evidence. *Cam Med Assoc J* (153), p. 528-40.

Lennon, M. (1996). Work and unemployment as stressors. *Social Contexts and systems*, (90) p. 294-296.

Majnoni, B. (1999). *Igualdad entre hombres y mujeres*. Paris: La documentation française.

Mastekaasa, A. (1996). Unemployment and Health: selection effects. *Journal of community and Applied Social Psychology* (130), p.189-205.

Nerich, V. (2010). Fine-scale geographic variations of inflammatory. *Inflammatory Bowel Disease*, (95), p. 813-21

Servicio Público de Empleo Estatal. [base de datos]. Madrid. [2013, 18 diciembre].

Disponible en:

http://www.sepe.es/contenido/estadisticas/datos_avance/datos/index.html

Stucler, D. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe. *The Lancet*, (142), 315.23.

Watkins, J. (1992. 18 de noviembre). Unemployment and health. *World Health*, p.18-19.