

## Diez años de mejoras en la salud y los hábitos de las generaciones nacidas entre 1945 y 1969 en España

Jeroen Spijker, Centre d'Estudis Demogràfics

Los estudios de salud y de las tendencias de comportamiento en salud generalmente se basan en tasas ajustadas o específicas por edad en un momento determinado. Por el contrario, la perspectiva de cohorte o generación de nacimiento no es tan utilizada. Este hecho no permite observar si, a edad igual, las condiciones de salud de la población mejoran o empeoran entre las cohortes más recientes. Para cubrir este vacío, en este número de *Perspectives Demogràfiques*, examinamos la evolución del estado de salud de las generaciones nacidas en España entre 1945 y 1969. Los resultados muestran que los indicadores de salud se han mantenido relativamente estables con tendencia a mejorar entre los años 2006-07 y 2014-17 a pesar de haber experimentado una crisis económica y haber cumplido 10 años más. Ahora bien, la evolución ha sido desigual en función del nivel de instrucción, la situación ocupacional y el sexo. La salud de los hombres con trabajo y más formación, así como la de las mujeres nacidas en los años sesenta, no se vio afectada por los cambios económicos. Por otro lado, los más desfavorecidos son los hombres con menor nivel de instrucción nacidos entre 1945 y 1959 a medida que llegan a la edad de jubilación y las mujeres con trabajo y bajo nivel de instrucción, probablemente debido a su doble carga. El estado de salud de las mujeres ocupadas es siempre peor que el de los hombres, independientemente de su nivel educativo.

### LAS GENERACIONES ESPAÑOLAS DE LA TRANSICIÓN DEMOCRÁTICA (1946-69)

Las generaciones españolas nacidas entre 1946 y 1969 vivieron en su juventud el paso de la dictadura a una democracia, la entrada en la Unión Europea y de otros cambios económicos y sociales. Fueron pioneras en adoptar nuevas formas familiares y jugaron un papel importante en la legalización de la contracepción (1978), el divorcio (1981) y el aborto (1985). Un factor importante detrás de estos cambios fue la expansión educativa a partir de finales de los años 60, especialmente entre las mujeres que salían con desventaja. Paralelamente, la entrada de las mujeres al mercado laboral (Tabla 1) ha disminuido (sin suprimir) las diferencias de género en la división de roles y en estilos de vida. De hecho, estas generaciones han sido protagonistas de importantes cambios en sus actitudes ante la salud, a menudo con efectos contrapuestos. Han promovido y adoptado estilos de vida más saludables y, sin embargo, han perjudicado su salud con el consumo de drogas, tabaco, accidentes de tráfico y relaciones sexuales con múltiples parejas. De hecho, buena parte de la mortalidad de la población de 20 a 39 años en las últimas décadas del siglo XX vino marcada por el incremento del riesgo de morir por causas relacionadas con los hábitos y estilos de vida, accidentes de tráfico, VIH/sida y, en menor medida, los suicidios y las causas relacionadas con las drogodependencias (Spijker and Blanes-Llorens 2009).

**TABLA 1.** Características socioeconómicas y de salud según generación (edades 40-69)

	1945-49			1950-54			1955-59			1960-64			1965-69		
	06-07	09-11	14-17	06-07	09-11	14-17	06-07	09-11	14-17	06-07	09-11	14-17	06-07	09-11	14-17
<b>Hombres</b>															
<b>Estatus socioeconómico</b>															
Educación más alta	32,7	32,1	31,3	39,3	38,4	38,9	46,4	44,7	44,9	49,4	51,9	50,4		54,9	54,7
Trabaja	60,8	37,4	3,7	80,9	66,8	30,6	87,6	75,5	61,0	89,8	79,0	73,6		78,9	78,6
<b>Indicadores de salud</b>															
No tiene buena salud	43,8	39,1	36,8	36,5	33,5	37,1	26,5	27,7	34,5	22,6	21,9	29,0		18,0	24,0
Riesgo mala salud mental	16,0	15,0	13,1	15,9	18,2	11,1	15,6	21,2	16,4	13,8	19,4	15,7		18,6	16,3
Obesidad	22,2	25,5	22,5	24,6	24,8	27,3	22,5	21,9	22,5	15,9	22,2	22,1		18,4	20,5
Fumador	31,7	25,8	19,0	38,6	30,9	23,5	42,4	37,4	31,6	41,4	40,8	33,7		40,8	35,6
<b>Mujeres</b>															
<b>Estatus socioeconómico</b>															
Educación más alta	21,7	23,2	20,7	33,0	31,6	30,8	41,2	40,8	43,8	51,6	49,2	52,7		58,4	58,3
Trabaja	30,1	21,3	2,8	46,2	40,3	23,0	57,6	55,0	46,9	66,2	61,4	58,3		64,2	63,4
<b>Indicadores de salud</b>															
No tiene buena salud	52,8	47,5	48,5	46,8	44,8	44,7	37,7	34,7	40,8	32,5	29,0	35,2		22,5	28,2
Riesgo mala salud mental	28,6	26,0	19,0	25,6	30,9	21,1	25,6	26,8	23,8	24,3	25,7	26,2		26,1	20,0
Obesidad	23,3	21,4	25,7	21,2	21,0	24,7	15,3	18,8	18,6	13,9	13,6	18,2		13,5	15,0
Fumador	12,2	10,3	8,9	19,0	18,2	15,4	32,2	29,3	25,1	35,5	34,9	28,9		35,3	29,0

**Nota:** Análisis basados en datos de las Encuestas Sanitarias Nacionales y Europeas (ENSE y EESE). Las categorías de educación se agregaron en las variables "educación más alta" (bachillerato/formación profesional/universidad) y "educación más baja" (analfabeto/primaria/secundaria 1er ciclo). El empleo se divide en "trabajar" y "no trabajar". Para reducir las fluctuaciones en los resultados, se han agrupado los datos de 2009 y 2011-2 y de 2014 y 2017. No tener buena salud: A partir de la pregunta: "¿diría que su estado de salud ha sido "muy bueno", "bueno", "regular", "malo", "muy malo" en los últimos 12 meses? se han agrupado las últimas tres respuestas en la categoría "no tener buena salud". Riesgo de tener mala salud mental: Se considera que las personas tienen riesgo de mala salud mental cuando obtienen una puntuación de 3 o más sobre un máximo de 12, a partir de las 12 preguntas en la encuesta que valoraba el estado mental durante los últimos 30 días. Obesidad: Tener un índice de masa corporal de 30 o más. Fumador: Si fuma (a diario o no a diario). Para esta tabla, nivel educativo y los datos de empleo están extraídos de la EPA (Q2 para 2007, 2010 y 2016) ya que en las encuestas de salud son menos consistentes.

## TENDENCIAS EN SALUD DURANTE LAS FLUCTUACIONES MACROECONÓMICAS

Las generaciones aquí estudiadas vivieron los años de la crisis económica (2008-14) con más de cuarenta años, lo que generó preocupaciones sobre cómo la crisis afectaría a su estado de salud. Aunque puede parecer contra intuitivo, varios estudios han constatado cambios favorables en la salud autopercebida y en los comportamientos de salud, tales como un aumento de las horas de sueño y ejercicio físico por el hecho de disponer de más tiempo libre, menos consumo de alimentos no saludables, de tabaco o alcohol debido a las restricciones presupuestarias (Karanikolos et al. 2013). Incluso, hay estudios que muestran como la mejora, durante los años de recesión, de la mortalidad total y de la mortalidad por causas como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, ha sido más rápida que durante la posterior recuperación económica (Regidor et al. 2019). Por el contrario, el riesgo de mala salud mental y el de suicidio en particular son más reactivos al contexto económico adverso (Bartoll et al. 2014; y Tabla 1). Aunque las diferencias sociales se redujeron durante la última crisis económica (Spijker et al. 2018), las clases sociales más desfavorecidas como las personas paradas, las poco instruidas o con trabajos poco cualificados tenían peor salud y menor esperanza de vida.

## TENDENCIAS Y DIFERENCIAS SOCIOECONÓMICAS EN LA SALUD AUTOPERCIBIDA DESDE UNA PERSPECTIVA DE COHORTE

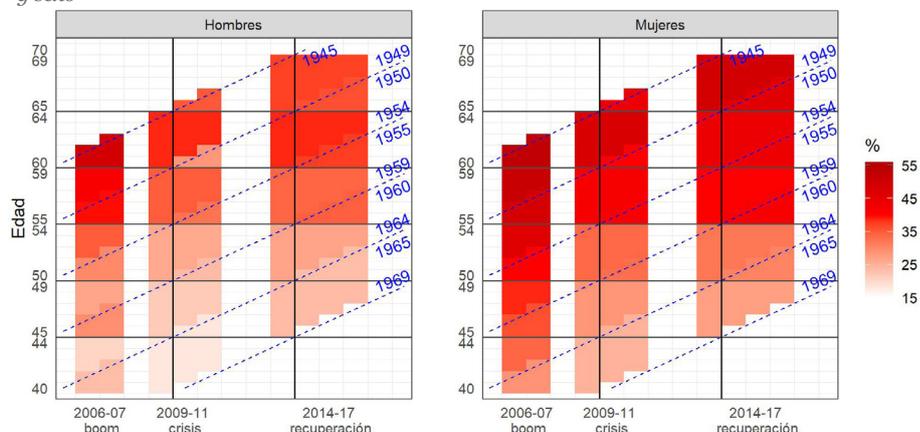
Si bien sabemos que, en general, la salud mejoró durante la crisis económica para los adultos en edad de trabajar, ¿qué sabemos de los cambios en las cohortes? ¿y qué ha pasado desde la crisis económica? A partir de los datos más recientes, analizamos, por las generaciones nacidas entre 1945 y 1969, las tendencias en salud autopercebida según el año de nacimiento, edad y sexo. Teniendo en cuenta las conocidas diferencias socioeconómicas en salud, también analizamos las tendencias de estas generaciones por nivel educativo y su relación con la actividad económica. Además, consideramos otros indicadores de salud. Los datos provienen de dos encuestas transversales y armonizadas: las Encuestas Sanitarias Nacionales y Europeas (olas 2006-07, 2009, 2011-12, 2014 y 2017). En la Tabla 1 se definen las variables utilizadas en el análisis.

La Figura 1 resume de forma gráfica la mejora generalizada en los niveles de salud autopercebida. Los tonos más intensos indican peor salud que los tonos más claros. A edad igual, la salud autopercebida mejoró ligeramente en los años

de crisis (2009-11) y se ha mantenido igual durante los años siguientes (2014-17) (eje horizontal). Como es sabido, a más edad, la salud autopercebida empeora en todos los períodos (eje vertical). Por el contrario, la perspectiva generacional (eje diagonal) adoptada en este trabajo permite ver que hay cohortes que mejoran con la edad. El caso más evidente es el de las cohortes de hombres nacidos entre 1945 y 1949. Estos experimentan una ligera mejora en los niveles de salud autopercebida entre los 55 y 70 años, probablemente debido a los efectos “positivos” en la salud de la crisis y de la jubilación, suficientes para contrarrestar los efectos normalmente “negativos” de la edad. Es un resultado que coincide con estudios anteriores que destacan la adopción de mejores estilos de vida, menos estrés laboral y más tiempo para dedicarse a actividades físicas como factores explicativos (Regidor et al. 2019).

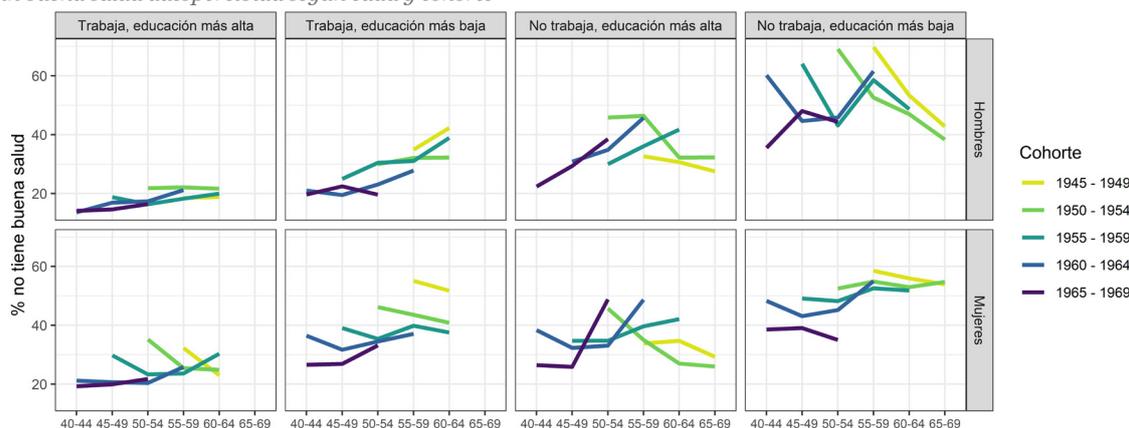
La Figura 2 muestra cómo han variado estas tendencias en función del grupo socioeconómico. Los datos constatan un fuerte gradiente educativo: a mayor nivel educativo, mejor salud. También muestran diferencias en función de la situación ocupacional: las personas ocupadas reportan mejor salud que las desempleadas, especialmente entre los hombres. Por cohortes, observamos estabilidad o una mejora en el tiempo, evidente en el caso de los hombres y las mujeres ocupadas: a la misma edad, las cohortes más recientes tienen mejor salud. La evolución es más errática entre los desocupados. La proporción de hombres ocupados de educación superior sin buena salud es muy baja, por ejemplo, sólo representa un 14% entre los hombres de 40 a 44 años, nacidos el 1965-69, pero aumenta lentamente con la edad y sin diferencias generacionales importantes hasta el 20% aproximadamente para las personas de 55 a 59 años. En cuanto a las mujeres pasa lo mismo, la crisis redujo considerablemente su proporción “sin buena salud” en las cohortes de 1945-59 hasta niveles similares a hombres y en las cohortes más jóvenes. La disminución de las diferencias de cohortes también

FIGURA 1. Proporción que no tiene buena salud autopercebida según edad, periodo, cohorte y sexo



Fuente: ENSE/EESE. Interpretación: En este diagrama de Lexis se pueden identificar posibles efectos de edad, periodo y cohorte en una variable concreta. Las cohortes de nacimiento se mueven a lo largo del eje diagonal, la edad es el eje vertical y el tiempo del calendario en el eje horizontal, correspondiente a los años en que se realizaron las encuestas (véase también la Tabla 1). El color denota el valor de la variable, no tener una buena salud autopercebida, que oscila entre el 15% (blanco) y el 55% (rojo oscuro).

FIGURA 2. Sin buena salud autopercibida según edad y cohorte



Fuente: ENSE/EESE.

se observa entre los trabajadores con menos formación, sobre todo en el caso de las mujeres, que observaron mejoras entre el 2006-07 y el 2009-11.

Sin embargo, hay dos resultados a destacar: el empeoramiento de la salud entre los hombres trabajadores con menos formación que se acercan a la edad de jubilación y entre mujeres con las mismas condiciones pero nacidas en los años sesenta. Esto también se observa entre los hombres y mujeres nacidos entre 1955 y 1969 que no trabajan, pero tienen como mínimo estudios secundarios. De hecho, estas generaciones ni siquiera experimentaron mejoras en la salud durante la crisis. En cambio, la salud de las cohortes no ocupadas mejoró notablemente, independientemente de su nivel de educación (excepto las mujeres con formación poco cualificada).

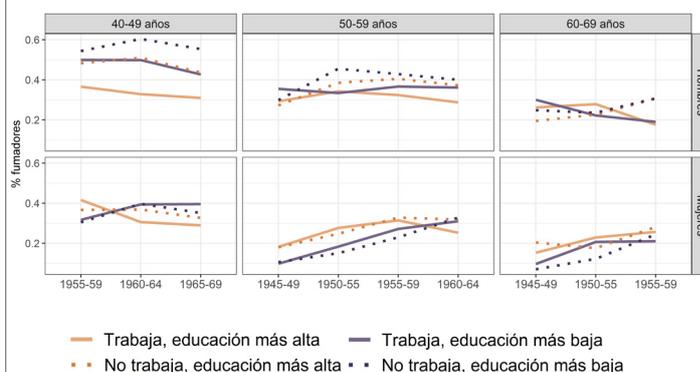
Los factores conductuales son, en parte, los causantes de estas diferencias socioeconómicas. Por ejemplo, las diferencias son muy preocupantes en el caso de los fumadores (Figura 3). Las tasas de consumo de tabaco entre los trabajadores masculinos con más formación han disminuido en todas las edades estudiadas, en las cohortes sucesivas nacidas después de 1950, mientras que en las otras categorías se produjo más tarde o no llegó a pasar. En cuanto a las mujeres, el tabaquismo era residual entre la generación de 1945-49, sobre todo entre las menos instruidas, pero ha ido creciendo entre las generaciones más recientes y tiende a converger con los niveles de tabaquismo masculinos. No obstante, durante la última década, la tasa de tabaquismo sólo ha disminuido entre los trabajadores con más formación nacidos en la década de 1960, que ahora tienen tasas inferiores a los desempleados con educación superior y a los menos formados.

### SALUD VERSUS GÉNERO, PRECARIEDAD LABORAL Y (PRE) JUBILACIÓN

Si bien la salud autopercibida en el conjunto de las cohortes de 1945-69 fue notablemente similar en 2006-07 y 2014-17, a pesar de haber envejecido unos 10 años, hay muchos matices en cuanto a las diferencias

entre hombres y mujeres, a determinadas cohortes, grupos de edad y combinaciones de nivel educativo y estado de ocupación. Por ejemplo, la proporción sin buena salud de hombres que trabajan con educación superior es muy baja, pero aumenta con la edad cada cohorte. Sin embargo, su salud sigue siendo mejor que la de las mujeres con más formación que también trabajan. Mientras las mujeres más jóvenes de estas generaciones son más activas en el mercado de trabajo que las cohortes anteriores, la distribución del trabajo doméstico apenas ha cambiado y, como consecuencia, tampoco su doble carga. Además, es más probable que las mujeres tengan un trabajo inseguro, unos sueldos más bajos y que estén más expuestas a la presión emocional que los hombres, sobre todo si también son cuidadores de un pariente con dependencia. Dicho esto, las diferencias de género en salud casi han desaparecido entre los trabajadores más jóvenes con más alta calificación. Pero la salud de los trabajadores con menos educación, especialmente las mujeres, también mejoró y las diferencias en salud educativa entre los trabajadores disminuyeron. Una explicación es que desde la recesión económica ha habido una reducción de las horas extraordinarias, del estrés laboral y como resultado, más tiempo para la actividad física. El elevado porcentaje de trabajadores con una formación baja y sin buena salud cuando

FIGURA 3. Fumadores por generaciones, sexo, edad, actividad y nivel educativo



Fuente: ENSE/EESE.



se acercan a la edad de jubilación (hasta el 55% entre las mujeres de 55 a 59 años nacidas el 1945-49) es, sin embargo, preocupante. Se pensaría que la independencia económica a través de los sueldos debería mejorar el empoderamiento de las mujeres para que un trabajo remunerado se asocia a niveles más elevados de autoestima, estrategias de decisión y agencia (OECD 2012). Sin embargo, para mujeres mayores de educación inferior, trabajar es a menudo una necesidad y más aún durante la crisis económica, sobre todo si ella es la única persona que ingresa dinero en el hogar.

En cambio, tanto la desaparición del estrés laboral como la adopción de estilos de vida más saludables son factores que podrían explicar las mejoras en salud observadas entre los hombres sin trabajo nacidos en 1945-54 a partir de los 60 años. Otra explicación a tener en cuenta es que la composición de los no ocupados se vuelve mucho más heterogénea durante una crisis económica. Cuando hay empleo casi lleno (como el 2006-07; véase la Tabla 1), no trabajar es mucho más probable que sea por razones de salud. Mientras que durante una crisis económica despiden trabajadores con una formación elevada (y a menudo más sanos). Dicho esto, la salud entre los “menos educados” sin trabajo es una gran preocupación: -entre el 60% de los hombres de 55 a 59 años (nacidos a finales de los años cincuenta y finales de los años sesenta) con estas características no tenían una buena salud el 2014-17-, lo que sugiere que el trabajo, la incertidumbre y los problemas financieros asociados tienen un efecto notable en la salud. De hecho, la salud auto-percibida de estos hombres era más pobre que la cohorte de 1945-54, mayoritariamente jubilada. Entre las mujeres, esta tendencia es menos marcada, en parte, porque en una proporción importante son las amas de casa que como sabemos, tienen un nivel de salud similar a las trabajadoras (Esteban-Gonzalo et al. 2018).

## ¿CÓMO SERÁ LA SALUD ENTRE LAS COHORTES NACIDAS EN LOS AÑOS SESENTA CUANDO LLEGUEN A LA EDAD DE JUBILACIÓN?

Las mejoras de salud observadas entre las cohortes más recientes, especialmente entre las mujeres, continuarán por tres razones: 1. Las cohortes más jóvenes tienen una mejor educación y la educación tiene un efecto protector sobre la salud. 2. Las cohortes femeninas más jóvenes tienen un índice de participación en la actividad económica mayor. El empleo no sólo tiene un efecto protector sobre la salud, sino que abre las puertas a las pensiones contributivas de cara a la jubilación y esto las hace menos dependientes económicamente del estado y/o de sus parejas/familia. 3. Mejoras de las conductas de salud entre las cohortes más jóvenes. Dicho esto, es preocupante la falta de convergencia en las diferencias socioeconómicas en los comportamientos de salud de las cohortes más jóvenes, especialmente en la obesidad y el tabaquismo.

Por lo tanto, recomendamos que las políticas públicas sigan promoviendo un vida sana y el reforzamiento de la protección social de las poblaciones vulnerables, pero también sería recomendable que otras políticas públicas contribuyesen a una mayor equidad social en la salud de las cohortes en edad de trabajo. También es imprescindible mantener un sistema educativo asequible que reduzca el abandono escolar y fomente la educación post obligatoria desde la perspectiva de salud de la población, ya que reduce los comportamientos perjudiciales para la salud a largo plazo y facilita el uso eficaz de los servicios sanitarios. Pero la educación también hace aumentar la participación laboral y, como hemos visto, son los más formados que trabajan los que tienen con diferencia mejor salud. Por lo tanto, asegurar un empleo seguro y flexible es importante, en particular para los que tienen menos formación, para los que les quedan pocos años de jubilación y para las mujeres con una doble carga de trabajo.

### Referencias bibliográficas

Bartoll, X.; Palència, L.; Malmusi, D.; Suhreke, M.; Borrell, C. (2014). “The evolution of mental health in Spain during the economic crisis”. *European Journal Public Health*, 24(3): 415-418.

Esteban-Gonzalo, S.; Aparicio M.; Esteban-Gonzalo, L. (2018). “Employment status, gender and health in Spanish women”. *Women & health*, 58: 744-758.

Karanikolos, M.; Mladovsky, P.; Cylus, J. et al. (2013). “Financial crisis, austerity, and health in Europe”. *Lancet*, 381: 1323-1331.

OECD (2012). *Women's economic empowerment*. Paris: The OECD DAC Network on Gender Equality. Available from: <http://www.oecd.org/social/gender-development/47561694.pdf>.

Regidor, E.; Ronda, E.; Tapia, Granados J. A.; Viciano-Fernández, F. J.; de la Fuente, L.; Barrio, G. (2019). “Trends in disease mortality

before and during the Great Recession in individuals employed in Spain in 2001”. *European Journal Public Health*, 29 (5):954-959.

Spijker, J.; Bayona, J.; Medina, A.; Menacho, T. (2018). *Atles de salut de la població de 50 i més anys a Catalunya*. Bellaterra: Centre d'Estudis Demogràfics. <http://cedsaluticrisi.uab.cat/atlas/>.

Spijker, J.; Blanes-Llorens, A. (2009). “Mortality in Catalonia in the context of the third, fourth and future phases of the epidemiological transition theory”. *Demographic Research*, 20: 129-168.

### Cita

Jeroen Spijker (2019) “Diez años de mejoras en la salud y los hábitos de las generaciones nacidas entre 1945 y 1969 en España”. *Perspectives Demogràfiques*, 17: 1-4 (ISSN: 2696-4228). DOI: [10.46710/ced.pd.esp.17](https://doi.org/10.46710/ced.pd.esp.17).

### ISSN

ISSN 2696-4228

### DOI

<https://doi.org/10.46710/ced.pd.esp.17>

### Editores

Andreu Domingo y Albert Esteve (Centre d'Estudis Demogràfics)

### Correspondencia dirigida a

Jeroen Spijker  
[jspijker@ced.uab.es](mailto:jspijker@ced.uab.es)

### Créditos

Gráficos: Anna Turu  
Maquetación: Xavier Ruiz Vilchez

### Agradecimientos

Esta investigación ha recibido financiación del Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades, programa “Ramón y Cajal” (RYC-2013-14851). Se llevó a cabo en el marco

del proyecto RecerCaixa “Análisis demográfico de las desigualdades socioeconómicas de la salud en Cataluña en el contexto de la última crisis económica: género, generación y territorio” (2015 ACUP 00108) dirigido por J. Spijker.

### Enlace url

<http://ced.uab.es/es/difusion/butlletiperspectives-demografiques>

### Contacto

Centre d'Estudis Demogràfics.  
Calle de Ca n'Altayó, Edificio E2  
Universitat Autònoma de Barcelona  
08193 Bellaterra / Barcelona  
España  
Teléfono: +34 93 5813060  
E-mail: [demog@ced.uab.es](mailto:demog@ced.uab.es)  
Web: <http://ced.uab.es/es/>

