

Estado de Salud y Endeudamiento al Consumo: Un Análisis de la Población Sénior en España

ÁREA: 1
TIPO: Aplicación

AUTORES

**Christopher
Ferreirós-
Rodríguez¹**

Universidade
de Santiago de
Compostela, Spain
christopher.ferreiros@
rai.usc.es

**Sara Fernández-
López**

Universidade
de Santiago de
Compostela, Spain
sara.fernandez.lopez@
usc.es

Lucía Rey-Ares

Universidade
de Santiago de
Compostela, Spain
lucia.rey.ares@usc.es

1. Autor de contacto:
Departamento de
Economía Financiera y
Contabilidad, Facultad de
Ciencias Económicas y
Empresariales, Universidade
de Santiago de Compostela,
Avda. do Burgo, s/n.
C.P. 15782, Santiago de
Compostela (A Coruña),
España.

*Health Status and Consumer Debt: An Analysis of the Senior Population in Spain
Estado de Saúde e Endividamento ao Consumo: Uma Análise da População Sénior na Espanha*

Este estudio analiza si el estado de salud determina la tenencia de deuda al consumo en una muestra de 1.619 individuos mayores de 50 años en España durante el periodo 2021–2022. Nuestros resultados evidencian que un mayor número de dolencias crónicas se asocia positivamente con la tenencia de préstamos otorgados por instituciones financieras, mientras que una percepción negativa del estado de salud aumenta la probabilidad de recurrir al endeudamiento a través de tarjetas de crédito. Estos hallazgos subrayan la necesidad de mejorar la planificación financiera de los hogares con el fin de mitigar las vulnerabilidades financieras derivadas de posibles deterioros o shocks de salud.

This study examines whether health status determines the holding of consumer debt in a sample of 1,619 individuals over the age of 50 in Spain during the period 2021–2022. Our results show that a higher number of chronic conditions is positively associated with the holding of loans granted by financial institutions, while a negative perception of health status increases the likelihood of resorting to credit card debt. These findings highlight the need to improve household financial planning in order to mitigate financial vulnerabilities arising from potential health shocks or deteriorations.

Este estudo analisa se o estado de saúde determina a posse de dívida ao consumo em uma amostra de 1.619 indivíduos com mais de 50 anos na Espanha durante o período de 2021–2022. Nossos resultados evidenciam que um maior número de doenças crônicas está positivamente associado à posse de empréstimos concedidos por instituições financeiras, enquanto uma percepção negativa do estado de saúde aumenta a probabilidade de recorrer ao endividamento por meio de cartões de crédito. Esses achados ressaltam a necessidade de melhorar o planejamento financeiro das famílias a fim de mitigar as vulnerabilidades financeiras decorrentes de possíveis deteriorações ou choques de saúde.

DOI
10.58416/GCG.2026.V20.N2.02

RECIBIDO
05.04.2025

ACEPTADO
16.08.2025

1. Introducción

En países con sistemas de salud privados, la carga financiera derivada de problemas de salud es asumida por los hogares, salvo que cuenten con un seguro que cubra parte, o la totalidad, de los gastos sanitarios. Como resultado, el nivel de endeudamiento del hogar puede aumentar (Himmelstein et al., 2009), derivando, en ocasiones, en situaciones de quiebra o impago (Christy et al., 2013; Richard et al., 2018; Wiltshire et al., 2021).

En España, el sistema de salud es público y garantiza una cobertura sanitaria universal para toda la población (Consejo Económico y Social España, 2024). Ahora bien, las limitaciones en la cartera de servicios de la sanidad pública han contribuido a un aumento del gasto privado en salud sin precedentes, hasta representar en 2021 el 28,3% del gasto total en este concepto, situándolo por encima de la media de la Unión Europea (Bernal-Delgado et al., 2018; CES España, 2024).

La literatura ha analizado ampliamente la cuestión de si el endeudamiento de las personas condiciona su estado de salud (Houle y Keene, 2015). Ahora bien, la relación en la dirección opuesta, es decir, si un deterioro en el estado de salud condiciona el nivel de endeudamiento del hogar, ha recibido una atención significativamente menor (Ssebagala, 2019). Los pocos estudios que abordan esta perspectiva suelen señalar una asociación positiva entre problemas de salud y el endeudamiento.

Estos hallazgos se centran principalmente en el contexto de los Estados Unidos (Lewin-Epstein y Semyonov, 2016), mientras que el ámbito europeo y, en particular el español, ha recibido poca atención. Además, el endeudamiento se ha aproximado principalmente a través de indicadores de morosidad o situaciones de tensión financiera derivadas de un endeudamiento excesivo. Sin embargo, no es necesario llegar a situaciones extremas, como la morosidad, para que los problemas de salud contribuyan a un mayor nivel de endeudamiento del hogar, ya sea a través de préstamos con instituciones financieras (Babiarz et al., 2013; Kim et al., 2012; Xiao y Yao, 2020) o mediante el uso de tarjetas de crédito (Xiao y Yao, 2020). Estos tipos de deuda, no obstante, han sido analizados en escasas ocasiones.

Para abordar estas lagunas en la literatura, este estudio analiza la relación entre el estado de salud y la deuda al consumo de los hogares, medida a través de préstamos con instituciones financieras y el uso de tarjetas de crédito, contribuyendo así a la literatura en dos aspectos clave. En primer lugar, pocos son los trabajos que analizan la relación entre salud y endeudamiento al consumo, especialmente cuando éste se mide considerando el uso de tarjetas de crédito. En segundo lugar, dicha relación no se ha explorado, hasta la fecha, en el contexto español. Analizar este país resulta particularmente relevante debido al notable incremento del gasto privado en salud (Bernal-Delgado et al., 2018; CES España, 2024) y al progresivo envejecimiento de su población (OECD/European Commission, 2024); dos factores que pueden agravar los problemas de salud y aumentar su impacto sobre las finanzas de los hogares.

PALABRAS CLAVE

Estado de salud,
deuda al consumo,
préstamos con
instituciones
financieras,
tarjetas de crédito,
SHARE.

KEYWORDS

Health status,
consumer debt,
loans from financial
institutions, credit
cards, SHARE.

PALAVRAS-CHAVE

Estado de saúde,
dívida ao consumo,
empréstimos
com instituições
financeiras, cartões
de crédito, SHARE.

Códigos JEL
G51, I12, I19

A partir de la introducción, el estudio se estructura de la siguiente forma. El segundo apartado resume la revisión de la literatura y plantea la hipótesis de investigación. El tercer epígrafe describe la muestra y los datos, así como los métodos empleados. El cuarto apartado detalla y discute los resultados de los análisis descriptivos y multivariantes. Finalmente, el estudio concluye con la síntesis de los principales resultados y con recomendaciones orientadas a mejorar la situación financiera de los hogares que enfrentan problemas de salud.

2. Revisión de la Literatura e Hipótesis

La relación entre el estado de salud y la situación financiera de los hogares ha sido objeto de múltiples estudios (Houle y Keene, 2015), a menudo enfocados en cómo la situación financiera condiciona la salud. Ahora bien, son escasos estudios que abordan esta relación en la dirección opuesta, esto es, analizando cómo los problemas de salud pueden actuar como determinantes del endeudamiento de los hogares. La **Tabla 1** resume los principales trabajos que han investigado esta perspectiva.

Tabla 1 - Revisión de la literatura

<i>Variable dependiente (endeudamiento)</i>	<i>Estudios</i>	<i>Variable independiente (salud)</i>
Fragilidad, vulnerabilidad, tensión financiera; Sobreendeudamiento; Resiliencia	Brown y Taylor (2008) ²	Estado (subjética)
	Choi y Yoo (2022)	Gastos médicos
	Jung et al. (2022) ³	Shock
	Nguyen et al. (2025)	Shock
	Ssebagala (2019)	Shock
	Xie y Wu (2024) ²	Estado (subjética)
	Yao et al. (2023) ^{1*}	Estado (subjética)
Morosidad e impago	Bakkeli y Drange (2024)	Salud mental (objetiva) Salud física (objetiva) Shock
	Batty et al. (2020) [*]	Seguro de salud
	Becker et al (2022) [*]	Estado (objetiva)
	Grafova (2012) [*]	Shock
	Harper et al. (2018) [*]	Estado (objetiva)
	Himmelstein et al. (2009) [*]	Determinantes sociodemográficos
	Houle y Keene (2015) [*]	Estado (subjética y objetiva)
Xiao y Yao (2014) [*]	Estado (subjética)	
Deuda hipotecaria	Lewin-Epstein y Semyonov (2016) ¹	Estado (subjética)
	Xiao y Yao (2020) ^{2*}	Estado (subjética)

Deuda al consumo	Babiarz et al. (2013) ^{1*}	Shock
	Kim et al. (2012) ^{1*}	Estado (objetiva)
	Lewin-Epstein y Semyonov (2016) ¹	Estado (subjética)
	Xiao y Yao (2020) ^{2*}	Estado (subjética)
Deuda médica	Christy et al. (2013) ^{2*}	Seguro de salud
	Mathur (2012) ^{2*}	Estado (subjética)
	Richard et al. (2018) [*]	Estado (subjética)
	Wiltshire et al. (2021) ^{3*}	Seguro de salud

Notas: ¹Estos estudios tienen como objetivo estimar un indicador *ex ante* del endeudamiento de los hogares como consecuencia de shocks de salud. ²En estos estudios, los problemas de salud se trataron como una variable de control. ³Estos estudios analizan el endeudamiento de los hogares como un determinante del estado de salud y las enfermedades mentales. *Estos estudios se han centrado en el caso de Estados Unidos.

De los 23 estudios referenciados, solo ocho analizan casos fuera del contexto estadounidense. También son pocos los trabajos que han considerado la deuda al consumo (Babiarz et al., 2013; Kim et al., 2012; Lewin-Epstein y Semyonov, 2016; Xiao y Yao, 2020) o mediante el uso de tarjetas de crédito (Xiao y Yao, 2020), frente a los que analizan situaciones como los impagos, las quiebras o el sobreendeudamiento. Este enfoque puede limitar los hallazgos de la literatura, ya que la ausencia de morosidad o estrés financiero no implica que los hogares no hayan aumentado sus niveles de endeudamiento como consecuencia de la aparición o el agravamiento de problemas de salud. Más aún, únicamente el trabajo de Xiao y Yao (2020) considera las deudas contraídas mediante tarjetas de crédito. Ahora bien, en los últimos años, el uso de estas tarjetas por parte de los hogares ha aumentado de forma considerable (Banco de España, 2024).

Además, son pocos los trabajos que miden el estado de salud en términos tanto objetivos como subjetivos. En general, los shocks de salud se asocian con mayores problemas de tensiones financieras y sobreendeudamiento (Brown y Taylor, 2008; Jung et al., 2022; Nguyen et al., 2025; Ssebagala, 2019), deuda al consumo (Babiarz et al., 2013) y morosidad e impago (Bakkeli y Drange, 2024; Grafova, 2015). Por su parte, un estado de salud malo se asocia también positivamente con la deuda al consumo (Kim et al., 2012), la deuda médica (Richard et al., 2018), así como con posibles situaciones de morosidad e impagos (Bakkeli y Drange, 2024; Becker et al., 2022; Houle y Keene, 2015; Richard et al., 2018; Xiao y Yao, 2014; Xiao y Yao, 2020).

La hipótesis del ingreso permanente de Friedman (1957) y la hipótesis del ciclo de vida de Ando y Modigliani (1963) ayudan a comprender cómo los hogares toman decisiones de endeudamiento en respuesta a shocks adversos. Estas teorías postulan que los hogares buscan suavizar su consumo a lo largo del tiempo y se endeudarán para compensar la pérdida de ingresos o el aumento de los gastos que pueden ser debidos, entre otros motivos, a problemas de salud (Babiarz et al., 2013; Kim et al., 2012).

Por un lado, los problemas de salud pueden derivar en una situación de incapacidad laboral -temporal o permanente- de la persona afectada, llevando a situaciones como la pérdida de empleo, la reducción de las horas de trabajo, o la necesidad de asumir trabajos de menor remuneración (Brown y Taylor, 2008). Cuando los ingresos disminuyen, las familias se pueden ver forzadas a recurrir a préstamos para hacer frente a sus obligaciones financieras (Jung et al., 2022; Lewin-Epstein y Semyonov, 2016). Además, la reducción de ingresos también limita la capacidad de ahorro, lo cual incrementa la vulnerabilidad financiera del hogar ante situaciones inesperadas (Brown y Taylor, 2008; Jung et al., 2022; Ssebagala,

2019). Es más, dicha reducción de ingresos puede incluso derivar en situaciones de morosidad e impago, como resultado de la pérdida de capacidad de los hogares para hacer frente a las deudas contraídas (Becker et al., 2022; Grafova, 2012; Harper et al., 2018; Houle y Keene, 2015; Xiao y Yao, 2014).

Por otro lado, los problemas de salud acarrear un incremento significativo en los gastos de los hogares (Richard et al., 2018). Este aumento no se limita a los costes directos, tales como medicamentos, hospitalizaciones o cirugías (Richard et al., 2018; Yao et al., 2023), sino que también incluye costes indirectos, tales como las adaptaciones en el hogar u otros ajustes necesarios para afrontar las nuevas condiciones de salud (Kim et al., 2012). Además, suelen surgir gastos adicionales relacionados con el cuidado de las personas enfermas, ya que puede ser necesario la contratación de personal externo para apoyar en las tareas de la vida diaria o proporcionar atención médica de forma continua (Himmelstein et al., 2009). Como consecuencia del aumento de los costes directos e indirectos asociados a los problemas de salud, los hogares pueden verse obligados a recurrir al endeudamiento para hacerles frente (Himmelstein et al., 2009; Kim et al., 2012).

A partir de los argumentos anteriores, se propone la siguiente hipótesis de investigación:

Hipótesis: La presencia de problemas de salud en el hogar se relaciona positivamente con un mayor nivel de deuda al consumo.

3. Metodología

3.1. La Muestra y los Datos

Los datos utilizados en este estudio provienen de la novena edición de la *Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, más conocida como SHARE)*², que constituye la fuente más completa para el análisis de las relaciones entre salud y endeudamiento en el contexto europeo (SHARE-ERIC, 2024). Esta novena edición recoge datos correspondientes al periodo 2021-2022, que son los más recientes disponibles hasta la fecha.

La encuesta forma parte del proyecto SHARE y pretende, entre otros objetivos, construir un panel de estudio que proporcione información detallada sobre el estado de salud, la situación financiera y las características socioeconómicas de personas mayores de 50 años en varios países europeos (Börsch-Supan et al., 2013). En la encuesta SHARE se realiza una armonización *ex ante* para garantizar tanto la representatividad nacional como la comparación internacional (Börsch-Supan et al., 2013). Además, se aplican, *ex post*, pesos ponderados para corregir posibles diferencias entre la muestra y la población, ajustando por distintas variables sociodemográficas (Börsch-Supan et al., 2005), lo que garantiza la representatividad de los datos.

Para el presente análisis, se seleccionaron los datos referidos a España, dando lugar a una muestra inicial de 2.192 personas. No obstante, se optó por acotar el análisis a las personas de 80 años o menos,

en tanto que el acceso al crédito al consumo, en especial mediante el uso de tarjetas de crédito (Banco de España, 2024), se ve limitado a medida que aumenta la edad, como consecuencia de la reducción de ingresos tras la jubilación y de una mayor reticencia por parte de las entidades prestamistas (Gibson y Rochford, 2008; Lee et al., 2007). Como resultado, la muestra final está constituida por un total de 1.619 personas.

3.2. Las Variables

El endeudamiento al consumo se ha medido a través de dos variables dicotómicas que toman el valor 1 cuando la persona entrevistada (y/o su pareja) tiene/n préstamos de bancos u otras entidades de financiación (deuda al consumo) o deudas en tarjetas de crédito/establecimientos comerciales (deuda tarjeta). Ambas variables toman el valor 0 en caso de que los hogares carezcan de tales deudas, las cuales excluyen las hipotecas o deudas sobre terrenos, propiedades o empresas.

Los problemas de salud se han medido a través de dos variables. La primera hace referencia al número de condiciones de salud crónicas (condiciones crónicas) del encuestado, tomando valores que van desde 0 (ninguna condición crónica) hasta 4 (4 o más condiciones crónicas). La segunda variable denota el estado de salud general auto reportado por la persona entrevistada (estado de salud general), medido a través de una escala Likert con valores de 1 (excelente) a 5 (malo). Mientras que la primera variable mide el estado de salud de forma objetiva, esto es, basándose en un diagnóstico médico, la segunda lo hace de forma subjetiva, al basarse en la propia percepción de la persona entrevistada.

Además, se han utilizado un conjunto de variables de control que la literatura reconoce como posibles determinantes del endeudamiento al consumo. La **Tabla 2** presenta dichas variables junto con sus respectivas definiciones.

Tabla 2 - Descripción de las variables de control

<i>Factor</i>	<i>Variable</i>	<i>Definición</i>
Demográfico	Género	Variable dicotómica que toma el valor 1 si la persona encuestada es hombre y 0 si es mujer.
	Edad	Edad en años.
	Estado civil	Variable categórica relativa al estado civil de la persona encuestada: (1) casada o en pareja; (2) divorciada o separada; (3) soltera; y (4) viuda.
Económico	Situación laboral	Variable categórica referida a la situación laboral de la persona encuestada: (1) jubilada; (2) empleada por cuenta ajena o cuenta propia; (3) desempleada; (4) enferma o incapacitada permanente; (5) ama de casa; y (6) otro caso.
	Ingresos	Logaritmo natural del ingreso neto anual recibido por el hogar.
	Educación	Años de educación que ha superado la persona encuestada.

3.3. La Especificación del Modelo

Para analizar si los problemas de salud se relacionan con la deuda al consumo se han utilizado regresiones probit binomiales. La Ecuación 1 presenta la estructura básica de las estimaciones:

$$\text{Probabilidad (Y=1)} = \Phi (\beta_0 + \beta_1 \text{Estado de Salud}_i + \beta_2 \text{Variables de control}_i) \quad [\text{Ec.1}]$$

La variable dependiente, Y_i , representa la probabilidad de que el individuo i tenga deuda al consumo (préstamos con bancos o mediante tarjetas de crédito). *Estado de salud* denota las dos variables independientes referidas a la salud de la persona, que son introducidas en los modelos de forma alternativa. Para mitigar el sesgo por variables omitidas se incorporan las variables de control (*Variables de control*) especificadas en la **Tabla 2**. La transformación de los resultados del modelo a una escala de probabilidad se logra mediante la función de distribución normal estándar (Φ) (Long y Freese, 2014).

Antes de estimar los distintos modelos, se han calculado los factores de inflación de la varianza (VIF) para evaluar la posible existencia de problemas de multicolinealidad entre las variables independientes. El valor VIF más alto encontrado (1,50) resultó considerablemente menor que el punto de referencia de 6 (Hair et al., 1998), lo cual descarta una dependencia lineal significativa entre las variables predictoras.

4. Resultados Empíricos

4.1. Análisis Descriptivo

La **Tabla 3** presenta los principales estadísticos descriptivos de la muestra para las variables de análisis. Los datos muestran que tan solo el 4,05% de la muestra tiene préstamos al consumo, y un porcentaje aún más reducido, del 1,20%, declara tener deudas asociadas a tarjetas de crédito.

Tabla 3 - Estadísticos descriptivos

	Observaciones	Porcentaje
Deuda al consumo	1.581	4,05%
Deuda tarjeta	1.581	1,20%
Condiciones crónicas	1.607	
0 (Ninguna)	614	38,21%
1	462	28,75%
2	290	18,05%
3	167	10,39%
4 (4 o más)	74	4,60%
Estado de salud general	1.604	
(1) Excelente	101	6,30%

(2) <i>Muy bueno</i>	286	17,83%
(3) <i>Bueno</i>	626	39,03%
(4) <i>Regular</i>	434	27,06%
(5) <i>Malo</i>	157	9,79%
Género: hombre	1.619	42,25%
Edad (años)	1.619	66,5 (8,35)
Estado civil	1.609	
(1) <i>Casado o en pareja</i>	1.164	72,34%
(2) <i>Separado/divorciado</i>	121	7,52%
(3) <i>Soltero</i>	157	9,76%
(4) <i>Viudo</i>	167	10,38%
Situación laboral	1.595	
(1) <i>Jubilado</i>	658	41,25%
(2) <i>Empleado (cuenta propia o ajena)</i>	408	25,58%
(3) <i>Desempleado</i>	78	4,89%
(4) <i>Enfermo o incapacitado permanente</i>	52	3,26%
(5) <i>Amo de casa</i>	371	23,26%
(6) <i>Otro</i>	28	1,76%
Ingresos ¹ (euros)	1.619	19.235 (15.547,16)
Años de educación (años)	1.496	10,36 (5,66)

Notas: Para las variables continuas se muestra el valor medio y su desviación típica entre paréntesis. ¹La variable ingresos no se muestra en términos logarítmicos.

Un total de 993 personas, lo que representa un 61,79% de la muestra, presenta alguna condición crónica. De ellas, prácticamente la mitad (46,53%) padece una enfermedad crónica diagnosticada. El 63,15% de la muestra considera que su estado de salud es bueno, muy bueno o excelente, mientras que el restante 36,85% considera que su estado de salud es regular o malo.

Las variables de control revelan que las mujeres representan el 57,75% de la muestra. La media de edad ronda los 66 años. El estado civil muestra una clara predominancia de personas que conviven en pareja; un 72,34% frente al 27,66% de hogares en los que la persona encuestada se encuentra separada/divorciada, soltera o viuda.

En términos medios, las personas entrevistadas acumulan más de 10 años de educación formal, siendo la situación laboral predominante la jubilación (41,25% de la muestra). La segunda situación laboral más frecuente es la de empleado/a por cuenta propia o ajena (25,58%), y la tercera, amo/a de casa (23,26%). Por último, el ingreso medio neto de los hogares de la muestra es de 19.235 euros anuales³.

La **Tabla 4** presenta la matriz de correlación de las variables empleadas en el modelo. Los datos muestran que las variables que presentan un mayor coeficiente de correlación son aquellas referidas a la salud.

Tabla 4 - Matriz de correlación

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
<i>Deuda al consumo (1)</i>	1									
<i>Deuda tarjeta (2)</i>	0,076	1								
<i>Condiciones crónicas (3)</i>	0,039	0,031	1							
<i>Género (4)</i>	-0,024	0,011	0,091	1						
<i>Estado de salud general (5)</i>	-0,007	0,070	0,407	-0,008	1					
<i>Edad (6)</i>	-0,127	-0,120	0,322	0,030	0,227	1				
<i>Estado civil (7)</i>	0,027	0,027	0,029	-0,129	0,043	0,084	1			
<i>Situación laboral (8)</i>	0,004	0,028	-0,011	-0,456	0,091	-0,062	0,071	1		
<i>Ingresos (9)</i>	0,054	0,011	0,031	0,051	0,009	0,033	-0,095	-0,211	1	
<i>Años de educación (10)</i>	0,047	-0,024	-0,202	0,017	-0,215	-0,423	-0,017	-0,137	0,092	1

Notas: La matriz muestra el grado de correlación entre las variables. Su diagonal contiene valores iguales a la unidad, al representar la correlación de cada variable consigo misma. El resto de celdas están sombreadas de forma proporcional al nivel de correlación: cuanto más oscuro el sombreado, mayor es la correlación entre las variables.

4.2. Análisis Multivariante

La **Tabla 5** presenta los efectos marginales medios estimados usando modelos de regresión *probit*. Para cada una de las variables dependientes (*deuda al consumo* y *deuda tarjeta*) se han estimado dos modelos que alternativamente introducen las variables referidas al número de *condiciones crónicas* (M1-M2) y al *estado de salud general* (M3-M4).

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis de investigación planteada, al evidenciar una relación positiva entre la tenencia de problemas de salud y el endeudamiento al consumo. Esta evidencia es consistente con la encontrada en trabajos previos (Babiarz et al., 2013; Kim et al., 2012; Xiao y Yao, 2020), sugiriendo que la tenencia de problemas crónicos de salud, así como la percepción de un peor estado de salud, contribuyen al endeudamiento del hogar.

Ahora bien, esta relación no se observa de forma consistente en todos los modelos econométricos plantados, sino que varía en función de las variables de estudio consideradas en el análisis. Así, el número de condiciones crónicas de salud se asocia positivamente con una mayor probabilidad de incurrir en préstamos con instituciones financieras. La **Figura 1(a)** muestra como la probabilidad estimada de tener deuda con instituciones financieras para una persona con 4 o más condiciones crónicas (12,08%) multiplica aproximadamente por cinco la de una persona sin ninguna condición crónica (2,53%). Por el contrario, el número de condiciones crónicas no parece determinar el uso de deuda mediante tarjetas de crédito.

Tabla 5 - Deuda al consumo y estado de salud: regresiones probit (efectos marginales medios)

		M1	M2	M3	M4
		Deuda al consumo	Deuda tarjeta	Deuda al consumo	Deuda tarjeta
<i>Condiciones crónicas</i>		0,017*** (0,005)	0,003 (0,002)		
<i>Estado de salud general</i>				0,007 (0,011)	0,012* (0,005)
<i>Género</i>		-0,009 (0,011)	0,001 (0,006)	-0,004 (0,011)	0,003 (0,006)
<i>Edad</i>		-0,001 (0,009)	-0,005* (0,002)	-0,001 (0,009)	-0,005* (0,002)
<i>Edad²</i>		-0,000 (0,000)	0,000 (0,000)	-0,000 (0,000)	0,000 (0,000)
<i>Estado civil</i> [Categoría de referencia: (1) En pareja]	(2) Separado / divorciado	0,058* (0,028)	0,022 (0,017)	0,058* (0,028)	0,020 (0,016)
	(3) Soltero	-0,012 (0,014)	0,008 (0,009)	-0,011 (0,015)	0,009 (0,010)
	(4) Viudo	0,050† (0,029)	0,013 (0,019)	0,050† (0,028)	0,015 (0,019)
<i>Situación laboral</i> [Categoría de referencia: (1) Jubilado]	(2) Empleado (cta, propia o ajena)	0,044† (0,023)	-0,004 (0,008)	0,035† (0,021)	-0,004 (0,008)
	(3) Desempleado	0,089† (0,052)	-0,010* (0,004)	0,071 (0,047)	-0,010** (0,004)
	(4) Enfermo o incapacitado permanente	0,053 (0,045)	0,029 (0,021)	0,068 (0,050)	0,021 (0,018)
	(5) Amo de casa	0,005 (0,018)	-0,008 (0,006)	0,007 (0,019)	-0,008 (0,006)
	(6) Otro	0,000 (0,000)	-0,005 (0,006)	0,000 (0,000)	-0,006 (0,005)
	<i>Ingresos</i>	0,010** (0,004)	0,002† (0,001)	0,010** (0,004)	0,002+ (0,001)
<i>Años de educación</i>		-0,001 (0,001)	-0,001 (0,001)	-0,001 (0,001)	-0,001 (0,001)
<i>Observaciones</i>		1.433	1.458	1.433	1.458
<i>Pseudolikelihood</i>		-210,52	-70,20	-217,97	-68,71
<i>Wald X² (g.l.)</i>		66,17 (13)	107,88 (14)	56,21 (13)	136,65 (14)
<i>R² Mcfadden</i>		0,133	0,242	0,102	0,258
<i>Criterio de Akaike (g.l.)</i>		450,38 (14)	170,146 (15)	463,94 (14)	167,42 (15)
<i>Hosmer-Lemeshow X² (8 g.l.)</i>		3,13	6,00	5,63	1,79

Notas: ***, **, * y † indican significatividad estadística al 0,1%, 1%, 5% y 10%, respectivamente. g.l. hace referencia a grados de libertad. Entre paréntesis se muestran los errores estándar robustos.

En cambio, la autopercepción de un mal estado de salud se relaciona positivamente con la deuda en tarjetas de crédito. La **Figura 1(b)** muestra que las personas que perciben su salud como mala tienen una probabilidad de un 2,71% de disponer de este tipo de deuda; lo que equivale a una probabilidad ocho veces superior que la de quienes consideran que gozan de una salud excelente (0,29%). La evidencia empírica, por el contrario, no permite confirmar la existencia de una relación entre la percepción de un mal estado de salud y la deuda con instituciones financieras.

Estas diferencias pueden deberse tanto a la naturaleza de las variables relativas al estado de salud como a las características de los diferentes tipos de deuda al consumo. Así, las condiciones crónicas de salud requieren habitualmente cuidados constantes y predecibles, por lo que las personas pueden “planificarlos” y recurrir a los préstamos bancarios que, con carácter general, ofrecen mejores condiciones que las tarjetas de crédito. En cambio, las personas que perciben que su salud es mala pueden enfrentarse a gastos imprevistos, para los que la opción de usar la tarjeta de crédito representa una opción de financiación más accesible y rápida que la obtención de préstamos bancarios.

Con respecto a las variables de control, la edad resulta estadísticamente significativa en los modelos que analizan la deuda con tarjeta de crédito. Los efectos marginales medios indican que, en promedio, un incremento de 1 año en la edad reduce en un 0,5% la probabilidad de tener deuda en tarjetas de crédito.

Asimismo, ciertas situaciones familiares parecen determinar la tenencia de préstamos con instituciones financieras. Así, en comparación con las personas que viven en pareja, estar en una situación de separación/divorcio o de viudedad se asocia con un aumento, de entre el 5% y el 5,8%, en la probabilidad de tener un préstamo con entidades financieras.

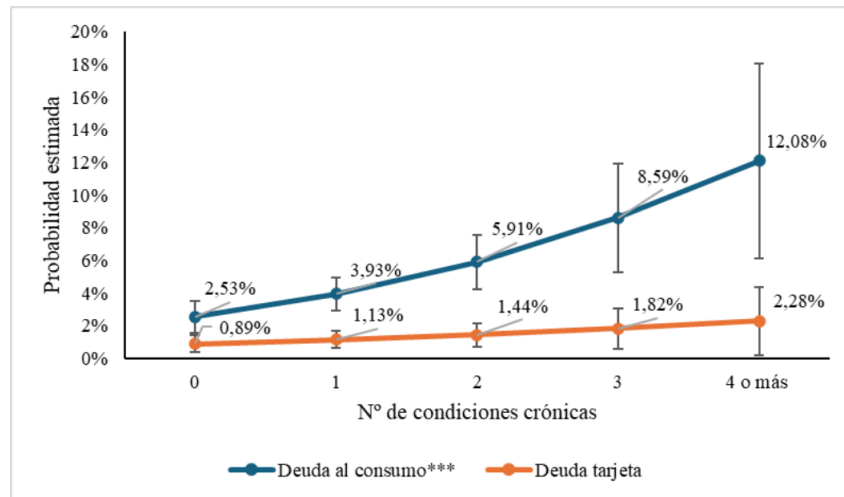
La situación laboral también determina la tenencia de deudas al consumo. En comparación con las personas jubiladas, las empleadas tienen una probabilidad un 4,4% mayor de tener préstamos con instituciones financieras, cifra que aumenta hasta un 8,9% en el caso de las personas desempleadas. Sin embargo, la situación de desempleo reduce la probabilidad del uso de deuda a través de tarjetas de crédito un 1% respecto a las personas jubiladas.

Por su parte, los efectos marginales estimados para los ingresos indican que aumentos en el nivel de ingresos del hogar se asocian con incrementos en la probabilidad de disponer de deuda, tanto mediante préstamos bancarios como mediante tarjetas de crédito, siendo mayor el incremento en el caso de los primeros.

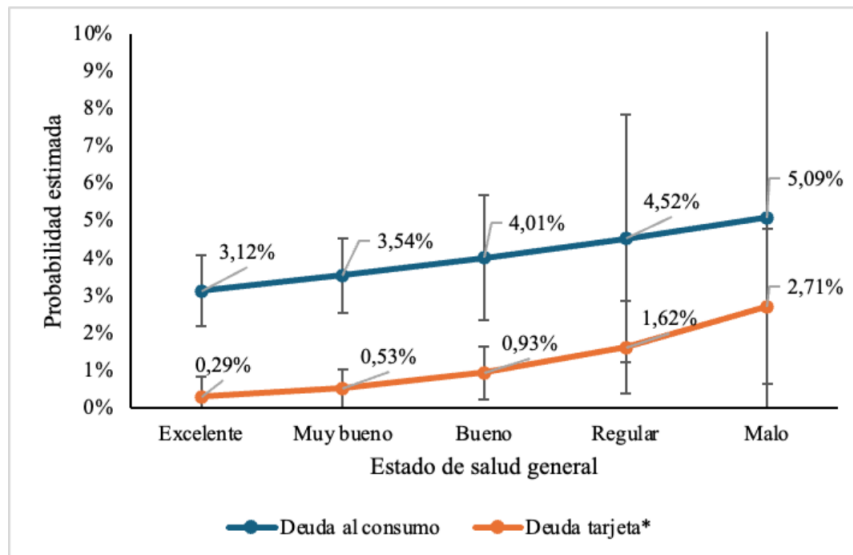
Finalmente, el género y los años de educación no parecen relacionarse con las deudas al consumo.

Figura 1 - Probabilidad estimada de tener deudas al consumo según el número de condiciones crónicas que se padecen y el estado de salud general auto percibido

(a) Número de condiciones crónicas



(b) Estado de salud general auto percibido



Notas: ***, **, * y † indican significatividad estadística al 0,1%, 1%, 5% y 10%, respectivamente.

5. Conclusiones

La relación entre la tenencia de problemas de salud y los niveles de endeudamiento se está convirtiendo en un tema de gran importancia, especialmente en poblaciones envejecidas. A medida que las personas envejecen, es más probable que enfrenten problemas de salud, al mismo tiempo que su capacidad de generar ingresos se reduce. Dada la creciente preocupación por el binomio deuda-salud, en esta investigación exploramos esta relación en la población sénior de España en el periodo 2020-21, considerando tipos de deudas poco exploradas hasta el momento, como los préstamos con instituciones financieras y aquellos mediante tarjetas de crédito.

Los resultados obtenidos confirman, en términos generales, la existencia de una relación positiva entre los problemas de salud y el endeudamiento al consumo. Ahora bien, mientras el número de condiciones crónicas se asocia positivamente con una mayor probabilidad de incurrir en préstamos bancarios, la auto percepción de un mal estado de salud se asocia positivamente con un mayor uso de las deudas mediante tarjetas de crédito.

Estas diferencias pueden deberse tanto a la naturaleza de las variables relativas a problemas de salud como a las características de los diferentes tipos de deuda al consumo. En este sentido, las dolencias crónicas suelen requerir cuidados continuos, por lo que las personas ya los incluyen en su planificación de gastos, pudiendo recurrir a los préstamos bancarios que, en comparación con las tarjetas de crédito, ofrecen mejores condiciones en términos de tasas de interés y plazos. En cambio, la percepción de una mala salud puede llevar a las personas a realizar gastos imprevistos donde la opción de usar la tarjeta de crédito es más accesible y rápida como alternativa de financiación que el préstamo bancario.

A partir de estos hallazgos, se pueden extraer dos recomendaciones principales. En primer lugar, los hogares deberían considerar la contratación de seguros que les permitan reducir el riesgo financiero ante situaciones de salud adversas. En segundo lugar, los hogares han de realizar una planificación financiera que garantice un nivel de ahorros suficiente que les permita afrontar gastos médicos imprevistos, sin necesidad de recurrir en exceso a deudas al consumo. Esta capacidad de previsión contribuye a reducir la vulnerabilidad financiera de los hogares antes shocks relacionados con el estado de salud.

Por último, el estudio presenta tres limitaciones fundamentales que podrían ser consideradas en futuras investigaciones. Así, la encuesta SHARE se centra en los hogares cuyo cabeza de familia tiene 50 o más años, por lo que el estudio de la relación entre la tenencia de problemas de salud y la deuda al consumo no ha podido ser abordado de forma exhaustiva entre la población con menos de 50 años. Además, el estudio se ha centrado exclusivamente en España, lo que limita la posibilidad de extrapolar los resultados a otros países, incluso a aquellos con sistemas sanitarios similares, y más aún a contextos con modelos de salud sustancialmente diferentes. Por otro lado, la recopilación de los datos analizados en esta investigación se llevó a cabo en un periodo aún marcado por los efectos de la pandemia de COVID-19, lo que podría haber influido en algunas de las relaciones observadas. Esta circunstancia representa una limitación, pero, de cara a un futuro, la publicación de datos de la siguiente edición de la encuesta otorgará la oportunidad de realizar análisis longitudinales. De esta forma, se podrá analizar en profundidad si el contexto pre y post pandémico ha tenido un impacto significativo en las relaciones encontradas en esta investigación.

Referencias

- Ando, A.; Modigliani, F. (1963), "The life cycle hypothesis of saving: aggregate implications and tests", *The American Economic Review*, 53(1), 55-84. <https://doi.org/10.7551/mitpress/1923.003.0005>
- Babiarz, P.; Widdows, R.; Yilmazer, T. (2013), "Borrowing to cope with adverse health events: Liquidity constraints, insurance coverage, and unsecured debt", *Health economics*, 22(10), 1177-1198. <https://doi.org/10.1002/hec.2877>
- Bakkeli, N.Z.; Drange, I. (2024), "Relationship between payment problems and health: A nation-wide register study in Norway", *Sociology of Health & Illness*, 46(7), 1364-1399. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13755>
- Banco de España. (2024, febrero), "Estadísticas sobre pagos: primer semestre de 2023. España", Banco de España. <https://www.bde.es/ff/webbe/GAP/Secciones/SalaPrensa/NotasInformativas/24/presbe2024-11.pdf>
- Batty, M.; Gibbs, C.; Ippolito, B. (2022), "Health insurance, medical debt, and financial well-being", *Health economics*, 31(5), 689-728. <https://doi.org/10.1002/hec.4472>
- Becker, N.V.; Scott, J.W.; Moniz, M.H.; Carlton, E.F.; Ayanian, J.Z. (2022), "Association of chronic disease with patient financial outcomes among commercially insured adults", *JAMA Internal Medicine*, 182(10), 1044-1051. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.3687>
- Bergmann, M.; Wagner, M.; Börsch-Supan, A. (Eds.) (2024), "SHARE Wave 9 Methodology: From the SHARE Corona Survey 2 to the SHARE Main Wave 9 Interview", Munich: SHARE-ERIC. https://share-eric.eu/fileadmin/user_upload/Methodology_Volumes/SHARE_Methodenband_WEB_Wave9.pdf
- Bernal-Delgado, E.; García-Armesto, S.; Oliva, J.; Martínez, F.; Repullo, J.; Peña-Longobardo, L.; Ridaio-López, M.; y Hernández-Quevedo, C. (2018), "Spain: Health System Review", *Health systems in transition*, 20(2), 1-179. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30277216/>
- Börsch-Supan, A.; Brandt, M.; Hunkler, C.; Kneip, T.; Korbmacher, J.M.; Malter, F.; Schaas, B.; Stuck, S.; Zuber, S. (2013), "Data Resource Profile: the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)", *International Journal of Epidemiology*, 42(4), 992-1001. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt088>
- Börsch-Supan, A.; Hank, K.; Jürges, H. (2005), "A new comprehensive and international view on ageing: introducing the 'Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe'", *European Journal of Ageing*, 2(4), 245-253. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0014-9>
- Brown, S.; Taylor, K. (2008), "Household debt and financial assets: Evidence from Germany, Great Britain, and the USA", *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 171(3), 615-643. <https://doi.org/10.1111/j.1467-985X.2007.00531.x>
- Choi, H.; Yoo, J. (2023), "Effects of Various Medical Expense Characteristics on the Occurrence of Household Debt Burden", *International Journal of Consumer Studies*, 47(1), 177-188. <https://doi.org/10.1111/ijcs.12817>
- Christy, K.; Hampton-Stover, E.; Shobe, M.; Hammig, B. (2013) "Perceived Health Status and Health Insurance Status: Protective Factors Against Health-Related Debt?", *Social Work in Health Care*, 52 (6), 525-537. <https://doi.org/10.1080/00981389.2012.742481>
- Consejo Económico y Social España. (2024, marzo), "El sistema sanitario: Situación actual y perspectivas para el futuro (Informe núm. 01/2024)", Departamento de Publicaciones, Consejo Económico y Social España. https://www.ces.es/documents/10180/5299170/INF_012024.pdf
- EpData. (2025, febrero), "Las pensiones en España, en datos", EpData. Recuperado el 9 de marzo de 2025, de <https://www.epdata.es/datos/pensiones-graficos-datos/20/espana/106>
- Friedman, M. (1957), "A Theory of the Consumption Function", *National Bureau of Economic Research*, N. 63, Princeton University Press, Nueva York.
- Gibson, F.; Rochford, F. (2008), "Emerging consumer credit issues for older Australians", *University of Western Sydney Law Review*, 12, 73-102.
- Grafova, I. B. (2015), "Financial status and chronic conditions onset among non-elderly adults", *Review of Economics of the Household*, 13, 53-72. <https://doi.org/10.1007/S11150-012-9172-7>
- Harper, A.; Baker, M.; Edwards, D.; Herring, Y.; Staeheli, M. (2018), "Disabled, poor, and poorly served: Access to and use of financial services by people with serious mental illness", *Social Service Review*, 92(2), 202-240. <https://doi.org/10.1086/697904>
- Hair, J.; Anderson, R.; Tatham, R.; Black, W. (1998), "Multivariate data analysis", (4th ed), Prentice Hall, New Jersey.

- Himmelstein, D.U.; Thorne, D.; Warren, E.; Woolhandler, S. (2009), "Medical Bankruptcy in the United States, 2007: Results of a National Study", *The American Journal of Medicine*, 22(8), 741-746. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2009.04.012>
- Houle, J.N.; Keene, D.E. (2015), "Getting sick and falling behind: health and the risk of mortgage default and home foreclosure", *J. Epidemiol Community Health*, 69(4), 382-387. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204637>
- Instituto Nacional de Estadística. (2024), "Encuesta de Estructura Salarial (EES) Año 2022. Datos Definitivos". Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_Cyid=1254736177025ymenu=resultadosyidp=1254735976596#_tabs-1254736195109
- Jung, H.; Kwon, Y.D.; Nob, J.W. (2022), "Financial burden of catastrophic health expenditure on households with chronic diseases: financial ratio analysis", *BMC health services research*, 22(1), 568. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07922-6>
- Kim, H.; Yoon, W.; Zurlo, K.A. (2012), "Health shocks, out-of-pocket medical expenses and consumer debt among middle-aged and older Americans", *Journal of Consumer Affairs*, 46(3), 357-380. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6606.2012.01236.x>
- Lee, Y.G.; Lown, J.M.; Sharpe, D.L. (2007), "Predictors of holding consumer and mortgage debt among older Americans", *Journal of Family and Economic Issues*, 28, 305-320. <https://doi.org/10.1007/S10834-007-9055-X>
- Lewin-Epstein, N.; Semyonov, M. (2016), "Household debt in midlife and old age: A multinational study", *International Journal of Comparative Sociology*, 57(3), 151-172. <https://doi.org/10.1177/0020715216653798>
- Long, J.S.; Freese, J. (2014), "Regression models for categorical dependent variables using Stata (3rd ed)", College Station, TX: Stata Press.
- Mathur, A. (2012), "Health expenditures and personal bankruptcies". <https://doi.org/10.4236/health.2012.412192>
- Nguyen, L.D.; Nguyen, T.T.; Nguyen, T.T.; Grote, U. (2025), "Health shock and indebtedness: Does having access to health insurance reduce the reliance on borrowing as a shock coping strategy?", *Applied Economic Perspectives and Policy*, 47(2), 823-862. <https://doi.org/10.1002/aep.13495>
- OECD/European Commission (2024), "Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle", OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- Richard, P.; Patel, N.; Lu, Y.C.; Alexandre, P. (2018), "Self-reported health status and medical debt", *Journal of Financial Counseling and Planning*, 29(1), 36-44. <https://doi.org/10.1891/1052-3073.29.1.36>
- SHARE-ERIC (2024), "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 9. Release version: 9.0.0", SHARE-ERIC, Data set. <https://doi.org/10.6103/SHARE.w9.900>
- Ssebagala, R.A. (2019), "Poor health as a precursor to consumer debt distress in South Africa", *Development Southern Africa*, 36(4), 519-536. <https://doi.org/10.1080/0376835X.2019.1585230>
- Wiltshire, J.; Liu, E.; Dean, C.A.; Colato, E.G.; Elder, K. (2021), "Health insurance literacy and medical debt in middle-age Americans", *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 5(4), e319-e332. <https://doi.org/10.3928/24748307-20211102-01>
- Xiao, J.J.; Yao, R. (2014), "Consumer debt delinquency by family lifecycle categories", *International Journal of Bank Marketing*, 32(1), 43-59. <https://doi.org/10.1108/IJBM-02-2013-0007>
- Xiao, J.J.; Yao, R. (2020), "Debt types and burdens by family structures", *International Journal of Bank Marketing*, 38(4), 867-888. <https://doi.org/10.1108/IJBM-07-2019-0262>
- Xie, Z.; Wu, Y. (2024), "The impact of digital finance on household over-indebtedness: Evidence from the China Household Finance Survey", SSRN. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.4953653>
- Yao, R.; Xu, Y.; Zhang, J. (2023), "Financial resilience of two-worker households from a health perspective", *Journal of Consumer Affairs*, 57(3), 1258-1280. <https://doi.org/10.1111/joca.12525>

 Notas

Agradecimientos: “This paper uses data from SHARE Wave 9 (DOI: 10.6103/SHARE.w9.900). See Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details. The SHARE data collection has been funded by the European Commission, DG RTD through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) and Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782, SHARE-COVID19: GA N°101015924) and by DG Employment, Social Affairs and Inclusion through VS 2015/0195, VS 2016/0135, VS 2018/0285, VS 2019/0332, VS 2020/0313, SHARE-EUCOV: GA N°101052589 and EUCOVII: GA N°101102412. Additional funding from the German Federal Ministry of Education and Research (01UW1301, 01UW1801, 01UW2202), the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGH_A_04-064, BSR12-04, R01_AG052527-02, R01_AG056329-02, R01_AG063944, HHSN271201300071C, RAG052527A) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-eric.eu)”.

2 En concreto, el trabajo de campo comenzó en octubre de 2021 y concluyó en octubre de 2022.

3 Respecto a la pensión media de jubilación en España en el año 2022, de aproximadamente 15.049,97 euros anuales (EpData, 2025), resulta un 27,8% superior.
