

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS, SOCIALES Y DE LA EDUCACIÓN
GIZA, GIZARTE ET HEZKUNTZA ZIENTZIEN FAKULTATEA

Grado en Sociología Aplicada
Soziologia Aplikatua Gradua

Trabajo Fin de Grado
Gradu Bukaerako Lana

Desigualdades sociales en salud: el caso de España

Estudiante: Laura Equisoain Pérez

Tutor/Tutora: Lourdes Lostao Unzu

Departamento/Saila: Sociología y Trabajo Social

Campo/Arloa: Sociología de la salud

Mayo, 2024

Resumen

El presente trabajo refleja una investigación sobre las desigualdades sociales en salud, más concretamente, en el caso de España. Se trata de un fenómeno global que posee un impacto directo en la salud de cada individuo y que cada vez esta más presente en la sociedad. El principal objetivo de esta investigación es conocer cuales son las características de las personas más afectadas, así como la existencia de patrones y determinantes sociales de la salud. Para ello, se ha realizado un análisis de bibliografía y de datos estructurados en tres áreas principales: estado de salud, asistencia sanitaria y determinantes sociales de la salud. Además, dichos datos se van a clasificar según: sexo, nivel de estudios, clase social y nivel de ingresos mensuales.

Palabras clave: Desigualdades sociales; salud; España; clase social; sexo.

Abstract (Required)

This paper reflects a research on social inequalities in health, more specifically, in the case of Spain. It is a global phenomenon that has a direct impact on the health of each individual and is increasingly present in society. The main objective of this research is to know the characteristics of the people most affected, as well as the existence of patterns and determinants. To this end, a literature and structured data analysis has been carried out in three main areas: health status, health care and health determinants. In addition, these data will be classified according to sex, educational level, social class and monthly income level.

Keywords: Social inequalities; health; Spain; social class; sex.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	4
1. MARCO TEÓRICO	5
1.1. Desigualdades sociales en salud	5
1.2. Estudio de las desigualdades sociales en salud	7
1.3. Desigualdades sociales en salud en España	8
2. OBJETIVOS	10
2.1. Objetivo general	10
2.2. Objetivos específicos	10
3. METODOLOGÍA	11
3.1. Criterios de inclusión y exclusión	11
3.2. Motores de búsqueda	12
3.3. Bases de datos consultadas	12
3.4. Otras fuentes de información	13
4. ANÁLISIS DE DATOS	14
4.1. Estado de salud	14
4.1.1. Valoración del estado de salud	14
4.1.2. Enfermedad o problema de salud crónicos	16
4.2. Asistencia sanitaria	18
4.3. Determinantes sociales de la salud	22
CONCLUSIONES	26
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28
ANEXOS	31

INTRODUCCIÓN

A lo largo de este Trabajo de Fin de Grado se va a observar y analizar las diferentes desigualdades sociales en salud en España, ya que, actualmente es un tema polémico, pertinente y crucial para la sociedad.

Las desigualdades sociales en salud son un fenómeno global que impacta negativamente en la calidad de vida y el bienestar de las poblaciones, generando disparidades injustas y evitables en el acceso a la atención médica, los recursos sanitarios y los resultados de salud. Así pues, las desigualdades sociales en salud poseen ciertas consecuencias dentro del ámbito de la salud, las personas sufren diferencias notables en la presencia de enfermedades, además de dificultar ciertas situaciones de diagnóstico o prevención.

Dicho fenómeno posee un impacto tanto a nivel individual, como global. Bien es cierto que, se observan grupos de población que sufren más desigualdades que otros, por ello es necesario estudiar y analizar la situación para poder identificar dichos grupos e implementar intervenciones y soluciones con el objetivo de crear una situación más equitativa, en el ámbito de la salud, para todos los grupos poblacionales.

El acceso a salud debería ser un derecho fundamental para todos y cada uno de los individuos, independientemente de su posición socioeconómica, género, edad...Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en relación con los derechos humanos:

“La accesibilidad requiere que los establecimientos, los bienes y los servicios de salud sean accesibles para todos. La accesibilidad tiene cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y accesibilidad de la información. Esto es especialmente importante para las personas con discapacidades, que a menudo se topan con obstáculos importantes para el ejercicio del derecho a la salud relacionados con la inaccesibilidad a servicios, establecimientos e información sobre salud.” (OMS, 2023)

Estas desigualdades pueden llegar a afectar en la eficiencia del sistema de salud de España, cuando se aumenta la carga de enfermedad en ciertos individuos, puede suponer un notable crecimiento de costos adicionales para el propio sistema.

Por lo que, el estudio de las desigualdades sociales en salud en España puede proporcionar evidencias claras y clave para informar a la sociedad de ello. Cuando la sociedad es consciente de la existencia de problemas, es más fácil que realicen cambios para solventarlos. Aquí es donde entran las políticas públicas, elementos cruciales que pueden contribuir a disminuir las disparidades, hablamos de aquellas políticas que mejoren la atención, el acceso a la atención médica e impulsen estilos de vida saludables en España.

Así pues, este trabajo se centra en el estudio de las desigualdades sociales en salud en España, ya que es necesario que los derechos humanos de todas las personas se vean cubiertos de manera correcta y completa. Además de hacer visible la situación actual en España para así poder realizar cambios en las estructuras y dinámicas de salud.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Desigualdades sociales en salud

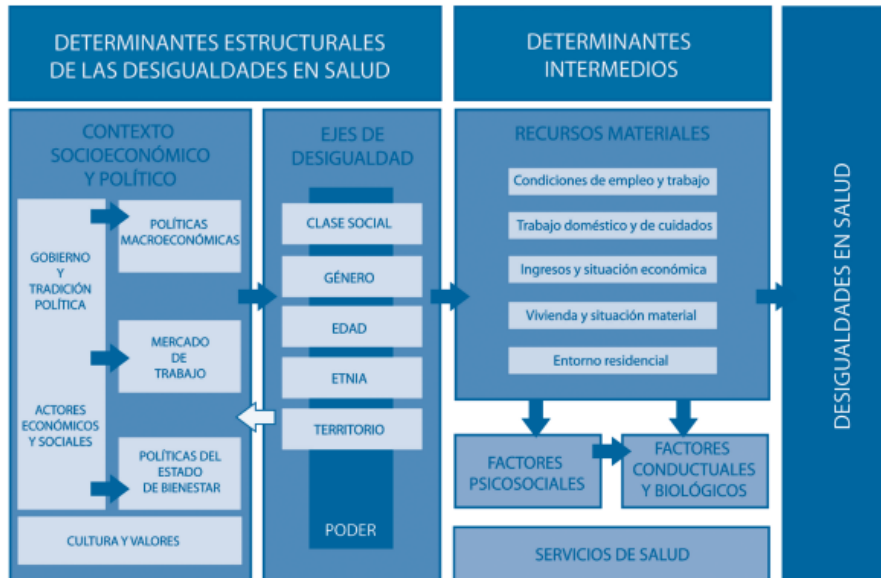
Cuando se habla de desigualdad social en salud se hace referencia a aquellas disparidades que se presentan de manera injusta e inevitable dentro de los niveles de salud de los diferentes grupos que se presentan en la población, grupos que son definidos y diferenciados por diferentes características geográficas, demográficas, sociales o económicas. Estas desigualdades nacen como resultado de determinadas oportunidades y recursos relacionados con el ámbito de la salud, estos recursos y oportunidades de las que venimos hablando se pueden establecer de manera diferente según la posición de los sujetos dentro de la sociedad, hablamos en términos de género, clase social, etnia o ubicación geográfica.

Así pues, numerosos estudios han hecho evidente y han destacado la magnitud de las desigualdades, que se agravan entre los estratos socialmente menos favorecidos. Estas desigualdades tienen consecuencias decisivas, ya que contribuyen a la mortalidad y morbilidad excesivas. Como señalan Almudena Moreno, Lourdes Lostao y Enrique Regidor (2022) en el capítulo 17 (Desigualdades sociales en salud en España) de Sociología de la medicina de Cockerham “Las personas de posición socioeconómica baja muestran mayor mortalidad y frecuencia de problemas de salud que las personas de posición socioeconómica alta”. (p.477)

El desarrollo de la investigación de las desigualdades sociales en salud ha identificado diferentes modelos para poder dar una explicación a las determinadas causas o factores de estas. Aquí es donde se introduce el siguiente modelo, que se divide en dos elementos principales: los determinantes estructurales de las desigualdades en salud y los determinantes intermedios.

Figura 1.

Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud.



Fuente: Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010. Basado en Solar e Irwin y Navarro.

Siguiendo con la Figura 1, podemos observar que los determinantes estructurales hablan del contexto socioeconómico y político, además de la estructura social. Integra también a las políticas macroeconómicas, distribución de poder y recursos, cultura y valores que rigen las diferentes políticas y jerarquías. Por otro lado, encontramos los ejes de desigualdad, donde se presentan: clase social, género, edad, etnia y territorio. Estos ejes de una manera u otra determinan las oportunidades de tener una buena salud y hacen evidentes las diferentes desigualdades sociales en salud, ya que el acceso a los recursos y al poder es desigual.

En cuanto a los determinantes intermedios de la Figura 1, se encuentran los recursos materiales, los factores psicosociales y factores conductuales y biológicos. Dentro de los recursos materiales observamos las condiciones de trabajo y empleo; trabajo doméstico y de cuidados; ingresos y situación económica; vivienda y situación material; y entorno residencial. Así pues, el acceso desigual a los servicios sanitarios puede crear consecuencias más graves para aquellos grupos más desfavorecidos.

Las desigualdades en salud no solo se presentan y afectan a determinados grupos poblacionales, sino que de manera directa o indirecta repercuten en la totalidad de la población. Bien es cierto que, las desigualdades se reproducen a lo largo del ciclo vital de las personas, lo que supone una acumulación de desventajas desde el momento del nacimiento que se presentan de manera clara en salud.

En resumen, a la hora de hablar de desigualdades sociales dentro del ámbito de la salud, hablamos sobre un complejo fenómeno que nace de una determinada interacción entre diferentes determinantes, hablamos de determinantes: intermedios y estructurales. Estos determinantes sociales en salud se ven influenciados por factores socioeconómicos como: sexo, edad, nivel de estudios, clase social, nivel de ingresos...

1.2. Estudio de las desigualdades sociales en salud

El inicio del estudio de las desigualdades sociales en salud se remonta al siglo XIX, dicho estudio da comienzo cuando determinados sujetos cuyo trabajo se centra en el ámbito de la salud (médicos e investigadores) perciben y analizan situaciones y patrones diferentes dentro de los grupos poblacionales. Por ejemplo, un médico inglés llamado John Snow, en 1854 investiga un brote de cólera en la ciudad de Londres, este descubre que dicha enfermedad se origina con la calidad del agua y aquellas condiciones de vida de los determinados sujetos en diferentes áreas de la propiedad.

A lo largo del siglo XX, los epidemiólogos y sociólogos de la medicina exploraron de manera continua las relaciones entre los factores sociales, económicos y ambientales junto a la salud de los grupos poblacionales. En la década de 1960 aparecen diferentes sujetos cuyos hallazgos marcan un punto de inflexión en el estudio, Geoffrey Rose introdujo el concepto de determinantes sociales de la salud. Además, Sir Richard Doll y Sir Bradford Hill identificaron la relación entre el cáncer de pulmón y el tabaquismo.

Durante la década de 1970, las desigualdades sociales en salud pasaron a tener más importancia y a ser más preocupantes para la sociedad, sobre todo con la publicación del Informe Lalonde en Canadá y el Informe Negro en Estados Unidos. Informes que hacen presente la influencia de factores sociales y económicos en la salud de la población, abordan los determinantes sociales de salud desde un enfoque más amplio.

Por último, el Informe Black publicado en 1980 en Reino Unido por el Comité Selecto de Salud Social y Racialmente Desigual del Parlamento Británico, donde se reconocen las siguientes desigualdades: acceso a la atención médica, los resultados entre las minorías étnicas y comunidades negras (Black, 1980).

En definitiva, las desigualdades sociales han sido estudiadas desde principios del siglo XX. Además, una revisión de investigaciones publicada en 1967 fue capaces de mostrar que las personas que forman parte de los estratos socioeconómicos más bajos tienen tasa de mortalidad más altas en determinados países europeos y Estados Unidos (Marmot, 1967). Bien es cierto que, existía una tendencia a creer que dichas disparidades, en un futuro, iban a reducirse e incluso a desaparecer con el propio desarrollo de la sociedad y todo lo que engloba. Cuando se publicó el Informe Black en el año 1980, se observó que las desigualdades sociales en salud se producían de igual manera, independientemente de la existencia de un sistema universal de salud o no (Black, 1980). Así pues, ciertos hallazgos y circunstancias, como las que se han ido mencionando, hicieron visibles las desigualdades, lo que suscitó un gran interés en su conocimiento y análisis.

1.3. Desigualdades sociales en salud en España

En el caso de España el estudio de las desigualdades en salud ha ido experimentando cierto desarrollo notable durante las últimas décadas, en los inicios tuvo poca prioridad política. Bien es cierto que, gracias al informe Black, informe publicado en 1980 en Reino Unido, el reconocimiento de las desigualdades en salud y su relación con factores socioeconómicos empezó a tener mayor reconocimiento e importancia. El informe Black se presenta dentro del contexto de Reino Unido, pero sus resultados fueron conocidos a nivel internacional, como es el caso de España cuyo interés por estudiar y comprender las desigualdades sociales en salud creció de manera considerable.

Respecto al estudio de las desigualdades sociales en salud en España, se observa que en los inicios no fue un tema prioritario, por lo que no suscitó suficiente atención ni interés en su estudio. Bien es cierto que, con el paso de los años, el interés por estudiar las desigualdades sociales en salud creció considerablemente. Así pues, en 1993 se creó la Comisión para el Estudio de las Desigualdades Sociales en Salud, con la intención de investigar más acerca de las disparidades dentro de la población de España. Presentaron un informe el año 1996 tuvo menos impacto de lo esperado, pero estudios posteriores han sido capaces de hacer evidentes desigualdades sociales en salud en España, destacando la posición socioeconómica, género, territorio e inmigración.

Con el estudio de las desigualdades sociales en salud en España se hacen evidentes las diferencias. Por ejemplo, en la esperanza de vida entre las diferentes comunidades autónomas, además de entre los diferentes estratos socioeconómicos. También las desigualdades de género y clase social se hacen obvias en la salud percibida y la prevalencia de enfermedades como obesidad.

En el libro “Sociología de la Medicina” de William C. Cockerham (2022), más concretamente en el capítulo 17: “Desigualdades sociales en salud en España” escrito por Almudena Moreno, Lourdes Lostao y Enrique Regidor, se habla de diferentes medidas para estudiar las desigualdades sociales en salud en España. Presentan las más comunes: nivel educativo, ingresos económicos, indicadores de riqueza y clase social basada en la ocupación, estas categorías se relacionan con la salud de diferentes maneras. En cuanto al nivel educativo, es capaz de proporcionar habilidades y competencias que conduzcan o faciliten conductas saludables o el uso de los servicios sanitarios de manera adecuada. Cuanto más alto es el nivel de ingresos económicos, mayor es la probabilidad de acceder a diferentes recursos de calidad que afectan a la salud, como la vivienda, alimentación o determinados servicios. Así pues, los indicadores de riqueza son capaces de reflejar de qué manera y en qué cantidad se acumulan o se dispone de ciertos recursos a lo largo del tiempo, como es, por ejemplo, el tamaño de la vivienda. Y, por último, la ocupación y la clase social son categorías muy influyentes dentro de las desigualdades en salud, en el caso de España, la mortalidad y percepción negativa de la salud son mayores en las clases sociales más bajas. (Moreno, Lostao & Regidor, 2022).

Ministerio de Sanidad ha elaborado el Informe del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2022, que proporciona datos sobre la salud de la población española y el estado del sistema sanitario. Entre los hallazgos destacados se encuentra que tres de cada cuatro personas valoran como bueno o muy bueno su estado de salud, aunque esta percepción disminuye con la edad y el nivel educativo. Además, se observa una alta calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes. Encontramos también los datos de la Encuesta Europea de Salud en España del año 2020, realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), se encontró que los hombres declaran tener mejor estado de salud que las mujeres. En la población mayor de 15 años, un 79,3% de hombres y un 71,9% de mujeres valoran su estado de salud como muy bueno o bueno (CIS, 2020).

También en el año 1993 se presentó el primer informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) cuya conclusión número 22 señala lo siguiente: “A pesar de que la reducción de las desigualdades en salud constituye el primer objetivo de la política de salud para Europa de la OMS, en España existen muy pocos estudios sobre este tema y no se ha establecido ningún sistema de monitorización que permita valorar tendencias” (SESPAS, 1993).

Como hemos visto, hoy en día, el estudio de las desigualdades sociales en salud en España se ha desarrollado notablemente a lo largo de los años. Los estudios han permitido identificar los ejes de desigualdad, incluyendo: posición socioeconómica, sexo, territorio e inmigración. Las desigualdades varían según el territorio de manera considerable, las comunidades autónomas presentan hasta tres años de diferencia en la esperanza de vida en comparación con las comunidades más pobres.

En resumen, el estudio de las desigualdades sociales en salud en España ha experimentado grandes progresos con el paso del tiempo, bien es cierto que queda mucho por hacer y descubrir. A lo largo de este Trabajo de Fin de Grado se analizarán datos que nos proporcionarán una visión actual y clara sobre las desigualdades sociales en salud en España.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

El objetivo general de este estudio es analizar las desigualdades sociales en salud en España, con el fin de identificar cuáles son los grupos que más sufren disparidades, así como la existencia de patrones y determinantes sociales de la salud.

2.2. Objetivos específicos

En cuanto a los objetivos específicos encontramos los siguientes:

1. Analizar las diferencias en la percepción del estado de salud entre los distintos grupos poblacionales, teniendo en cuenta sexo, clase social y nivel educativo.
2. Identificar las principales causas de las desigualdades sociales en salud, focalizando en factores socioeconómicos, el acceso a servicios de salud y estilos de vida.
3. Conocer los grupos de población más vulnerables según la prevalencia de enfermedades o problemas crónicos teniendo en cuenta variables socioeconómicas.

3. METODOLOGÍA

A la hora de realizar este Trabajo de Fin de Grado se ha realizado una revisión bibliográfica, se han consultado diferentes bases de datos, artículos, informes y libros de manera libre digital y obteniendo los diferentes materiales a través de la biblioteca UPNA. Se han consultado más fuentes de las que incluye este trabajo, con el fin de presentar los datos más útiles y claros para identificar y analizar las desigualdades sociales en salud en España.

Para realizar la búsqueda se han consultado y revisado artículos en inglés y en español, es un tema de investigación que tiene bastante importancia a nivel mundial. Bien es cierto, que el foco de análisis, en este caso, ha sido en aquellos que estaban en español y hablaban sobre España, ya que este Trabajo de Fin de Grado tiene como intención estudiar las desigualdades sociales en salud en España.

Así pues, se ha llevado a cabo una revisión sistemática exploratoria en primer lugar para saber cuál era el volumen de información sobre dicho tema. La gran parte de los datos cuantitativos se ha obtenido a través del Ministerio de Sanidad, dentro de su apartado “Sanidad en datos” y a través del CIS (Centro de Investigaciones Sociológicas). A partir de ahí solo se han incluido dentro del trabajo aquellos artículos y trabajos cuyo acceso fuese completo.

3.1. Criterios de inclusión y exclusión

Por un lado, los criterios de inclusión que se han llevado a cabo a lo largo de este trabajo son los siguientes:

- Artículos que relacionan las desigualdades sociales con la salud.
- Artículos que hablan de las desigualdades sociales en salud en España.
- Estudios que presentan datos sobre morbilidad en relación con las desigualdades sociales en salud en España.
- Investigaciones sobre desigualdades sociales en salud en España.
- Estudios que analizan el impacto de las desigualdades sociales en el contexto de la salud en España.

Por otro lado, los criterios de exclusión aplicados en este Trabajo de Fin de Grado son los siguientes:

- Aquellos estudios que no sean relevantes para el contexto de las desigualdades sociales en salud, en el caso de España.

- Artículos que no poseen rigurosidad científica o cuyas metodologías son cuestionables.
- Informaciones antiguas, dentro del estudio de las desigualdades sociales en salud en España, cuyas conclusiones hayan sido modificadas posteriormente o discutidas.

3.2. Motores de búsqueda

Se ha recurrido al uso de motores de búsqueda, ya que gracias a su sistema informático son capaces de realizar una búsqueda profunda en base a unas determinadas palabras clave, y cuyos resultados pueden llegar a ser muy útiles. Así pues, en este trabajo se han utilizado dos motores de búsqueda diferentes, en los que se ha introducido el tema de interés: “Desigualdades sociales en salud” y “Desigualdades sociales en salud en España”.

Por un lado, encontramos Google Académico, este ha sido el más utilizado y que su acceso y uso son bastante sencillos. Además, se trata de un buscador que obtiene contenido y literatura científico-académica. Puedes llegar a encontrar bases de datos bibliográficas, artículos científicos, tesis, libros, enlaces, libros de conferencias...

Por otro lado, otra de las herramientas que nos han proporcionado desde la propia biblioteca virtual de la UPNA es Sirius. Este motor de búsqueda te permite indagar tanto en los recursos impresos como electrónicos que posee la biblioteca, aquellas bases de datos que poseen suscripción o aquellas que poseen un acceso libre. Las ventajas de Sirius son las siguientes: permite un acceso completo a los diferentes textos disponibles, posee una diversidad de fuentes con las que puedes realizar un contraste y sus herramientas suponen una facilidad a la hora de realizar búsquedas claras y precisas.

3.3. Bases de datos consultadas

A la hora de hablar sobre las bases de datos consultadas a lo largo de este trabajo, encontramos principalmente dos: Dialnet y SciELO. Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica, consultando bases de datos cuyo acceso se podía realizar de forma online.

En cuanto a Dialnet, es un portal científico que ha sido desarrollado por la Universidad de la Rioja, dentro de este portal, forman parte otras bibliotecas de diferentes instituciones tanto a nivel nacional como a nivel internacional. Dialnet ofrece acceso a numerosas publicaciones académicas, científicas, tesis, revistas, libros...

Respecto a SciELO, es una biblioteca virtual que posee numerosas revistas científicas españolas sobre diferentes campos como es, en este caso, el de la salud. SciELO ofrece el acceso abierto a aquellas informaciones que contiene, lo que supone una gran ayuda a la hora de encontrar información relevante para el estudio de las desigualdades sociales en salud en España.

3.4. Otras fuentes de información

En primer lugar, se encuentra el Ministerio de Sanidad: se trata de un organismo responsable de la política sanitaria en España, dentro de su página web se ofrecen datos y estadísticas relacionadas con la salud de la población en España. Además, proporciona información sobre políticas o programas relacionados con la salud pública. Los informes y publicaciones a las que se pueden acceder son de gran utilidad para informar y analizar la situación de la salud en España.

En segundo lugar, observamos el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS): se trata de un organismo público cuya dedicación es la investigación sociológica y de opinión pública dentro de España. Dentro de su página web puedes encontrar una gran variedad de encuestas y estudios realizados sobre diversos temas pertinentes, como en nuestro caso la salud y las desigualdades sociales.

En tercer lugar, hablamos de la Organización Mundial de la Salud (OMS): se trata de una agencia especializada de las Naciones Unidas que es responsable de la salud a nivel internacional. Ofrece información y orientación en cuanto a temas de salud pública, además de estadísticas e informes donde también se habla de las desigualdades sociales en salud.

Por último, encontramos la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS): como su nombre indica, es una sociedad científica española que promueve la salud pública y la gestión sanitaria. A través de esta fuente se pueden encontrar informes y estudios sobre salud pública y administración sanitaria dentro de España.

Además, se ha consultado un libro que ha sido bastante pertinente a la hora de realizar este trabajo. Se trata de “Sociología de la Medicina” de William C. Cockerham (2022), pero sobre todo el capítulo número 17: “Desigualdades sociales en salud en España” escrito por Almudena Moreno, Lourdes Lostao y Enrique Regidor. Presenta de manera clara el panorama actual en salud en relación con las desigualdades sociales y proporciona datos pertinentes, además de conclusiones.

4. ANÁLISIS DE DATOS

A la hora de realizar la búsqueda de datos se ha recurrido a la última Encuesta Nacional de Salud, realizada en 2017 y consultada en la base de datos proporcionada por el INE (Instituto Nacional de Estadística), además se ha utilizado como material de apoyo el capítulo 17: “Desigualdades sociales en salud en España” escrito por Almudena Moreno, Lourdes Lostao y Enrique Regidor, del libro: “Sociología de la Medicina” de William C. Cockerham (2022).

Así pues, para llevar a cabo el análisis de datos se va a realizar una división de tres diferentes apartados: en primer lugar, Estado de Salud, en segundo lugar, Asistencia sanitaria y, por último, Determinantes sociales de la salud. Este análisis proporciona información sobre las posibles disparidades en salud que pueden estar relacionadas con diferentes factores sociales.

4.1. Estado de salud

4.1.1. Valoración del estado de salud

Tabla 2.

Valoración del estado de salud percibido en estos últimos 12 meses según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencias. Según la clasificación de clases sociales proporcionada en los anexos (Anexo 1).

Unidad: Miles de personas

	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO
HOMBRES					
I	842	1.428	312	39	8
II	636	861	189	60	24
III	1.330	2.094	594	167	49
IV	817	1.728	634	163	42
V	1.861	3.457	1.376	391	92
VI	722	1.365	608	157	65
MUJERES					
I	934	1.276	325	68	33
II	615	873	258	69	8
III	1.178	2.081	815	242	50
IV	654	1.309	648	249	75
V	1.664	3.253	1.831	564	188
VI	626	1.545	892	271	104

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), publicada en la página web del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

La Tabla 2. muestra la valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según sexo y clase social, se encuentra lo siguiente:

En el caso de los hombres, aquellos que pertenecen a la clase social V tienen una mayor proporción de percepción de salud regular (1.376 mil), mala (39 mil) y muy mala (92 mil) en comparación con las clases sociales I (percepción de salud regular: 312 mil; percepción de salud mala: 39 mil; percepción de salud muy mala: 8 mil) y II (percepción de salud regular: 189 mil; percepción de salud mala: 60 mil; percepción de salud muy mala: 24 mil). Además, las clases sociales I y II, presentan también una mayor proporción de percepción de salud muy buena (clase social I: 842 mil; clase social II: 636 mil) y buena (clase social I: 1.428 mil; clase social II: 861 mil).

Por otro lado, los datos de las mujeres muestran un patrón similar de desigualdades dentro de la percepción de la salud. En el caso de las mujeres de la clase social V muestran una mayor proporción de percepción de salud regular (1.831 mil), mala (564 mil) y muy mala (188 mil) en contraste con las clases sociales I y II, estas clases sociales presentan mayor proporción de percepción de salud muy buena (clase social I: 934 mil; clase social II: 1.276 mil) y buena (clase social I: 615 mil; clase social II: 873 mil).

Como muestran los datos, tanto en hombres como mujeres, las clases sociales más bajas (V y VI) poseen una tendencia a percibir su estado de salud de manera menos favorable, si se compara con las clases sociales que se encuentran por encima de estas (I, II, III, IV).

Tabla 3.

Valoración del estado de salud percibido en estos últimos 12 meses según sexo y nivel de estudios

Unidad: Miles de personas

	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO
HOMBRES					
Básico e inferior	1.916	4.790	2.356	684	209
Intermedio	1.191	2.167	535	138	36
Superior	1.364	2.795	630	157	33
MUJERES					
Básico e inferior	1.372	4.416	3.081	1.168	364
Intermedio	947	2.141	876	186	50
Superior	1.535	2.914	782	160	59

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), publicada en la página web del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Respecto a la valoración del estado de salud percibido en estos últimos 12 meses según sexo, edad y nivel de estudios, en la Tabla 3. observamos lo siguiente:

Dentro de los datos de los hombres, se observa que aquellos que poseen un nivel de estudios básico o inferior tienen una mayor proporción de percepción de salud regular (2.356 mil), mala (684 mil) y muy mala (209 mil), si se compara con los hombres que poseen niveles de estudios intermedios (regular: 553 mil; mala: 138 mil; muy mala: 36 mil) y superiores (regular: 630 mil; mala: 157 mil; muy mala: 33 mil).

En el caso de las mujeres, se observa una tendencia similar. Aquellas mujeres con un nivel de estudios básico o inferior presentan una mayor proporción de percepción de salud regular (3.081 mil), mala (1.168 mil) y muy mala (364 mil), en contraste con aquellas mujeres que poseen niveles de estudios intermedios (regular: 876 mil; mala: 186 mil; muy mala: 50 mil) y superiores (regular: 782 mil; mala: 160 mil; muy mala: 59 mil).

Además, las mujeres con un nivel de estudios básico o inferior presentan mayor proporción de percepción de salud regular, mala y muy mala en comparación con los hombres que poseen el mismo nivel educativo. En el caso de las mujeres observamos los siguientes datos: percepción de salud regular (3.081 mil), mala (1.168 mil) y muy mala (364 mil); por otro lado, los hombres: percepción de salud regular (2.356 mil), mala (684 mil) y muy mala (209 mil).

En resumen, tanto hombres como mujeres, las personas que presentan un nivel de estudios básico o inferior tienden a percibir su estado de salud de manera menos favorable, si se comparan con los niveles intermedios y superiores de estudios. En el caso de las mujeres que poseen un nivel de estudios básico o inferior presentan mayor desventaja en la percepción de la salud si se compara con los hombres del mismo nivel educativo.

4.1.2. Enfermedad o problema de salud crónicos

Otro de los aspectos a destacar es observar y analizar la población española que posee alguna enfermedad o problema de salud crónicos, para ello se va a presentar el siguiente Gráfico 1 que muestra los datos en base al sexo y los ingresos mensuales de la población a partir los 15 años.

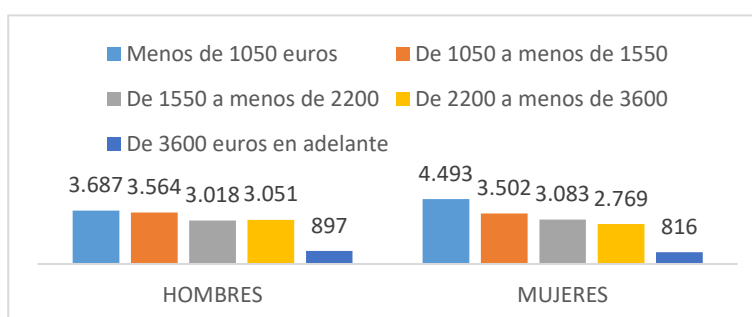
Además de analizar qué población posee alguna enfermedad o problema de salud crónicos, es pertinente analizar la tasa de mortalidad según sexo y nivel de estudios como se hace en el capítulo 17: “Desigualdades sociales en salud en España” escrito por Almudena Moreno, Lourdes

Lostao y Enrique Regidor, del libro: *“Sociología de la Medicina”* de William C. Cockerham (2022). Los resultados muestran que la tasa de mortalidad es mayor en hombres, pero cabe destacar que a medida que el nivel de estudios es mayor, la tasa de mortalidad se reduce, por lo que, aquellas personas que poseen un nivel de estudios primarios o inferiores, tanto en mujeres como en hombres, poseen la mayor tasa de mortalidad.

Gráfico 1.

Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo e ingresos mensuales netos del hogar. Población de 15 y más años.

Unidad: Miles de personas



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), publicada en la página web del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Los datos que muestra el Gráfico 1 sobre la población española con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibidos según sexo e ingresos mensuales presenta lo siguiente:

Aquellos hombres que poseen ingresos mensuales más bajos (menos de 1050 euros) presentan la mayor proporción de población con enfermedades crónicas (3.687 mil). Se observa que cuanto más altos son los ingresos mensuales, la proporción de hombres con enfermedades crónicas disminuye: De 1050 a menos de 1550 (3.564 mil); De 1550 a menos de 2200 (3.018 mil); De 2200 a menos de 3600 (3.051 mil); De 3600 euros en adelante (897).

En el caso de las mujeres, vemos que las que poseen ingresos mensuales más bajos (menos de 1050 euros) poseen mayor proporción de población con enfermedades crónicas (4.493 mil). Se observa que cuanto más altos son los ingresos mensuales, la proporción de mujeres con enfermedades crónicas disminuye: De 1050 a menos de 1550 (3.502 mil); De 1550 a menos de 2200 (3.083 mil); De 2200 a menos de 3600 (2.769 mil); De 3600 euros en adelante (816).

Además, las mujeres con ingresos mensuales más bajos (menos de 1050 euros) presentan mayor población con enfermedades crónicas en comparación con los hombres que poseen el mismo nivel de ingresos: las mujeres presentan 4.493 mil y los hombres 3.687. Bien es cierto que si se observa la categoría más alta de ingresos mensuales (de 3600 euros en adelante) vemos que las cifras muestran que las mujeres presentan menor proporción de población con enfermedades crónicas que los hombres de la misma categoría de ingresos: las mujeres presentan 816 mil y los hombres 897 mil.

Según los datos, tanto en hombres como mujeres, las personas que poseen ingresos mensuales más bajos tienen mayor prevalencia de enfermedades crónicas si se comparan con aquellos que poseen ingresos mensuales más altos.

4.2. Asistencia sanitaria

Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-2021, la satisfacción con el sistema sanitario público es de 6,7 puntos sobre 10. Un 72% de la población manifiesta que funciona bien o muy bien. Además, la valoración del funcionamiento de los diferentes niveles y dispositivos del sistema sanitario público es positiva: atención primaria 7,3 puntos; ingreso y asistencia en hospitales 7,1 puntos; atención especializada ambulatoria 6,8 puntos; y urgencias hospitalares 6,1 puntos.

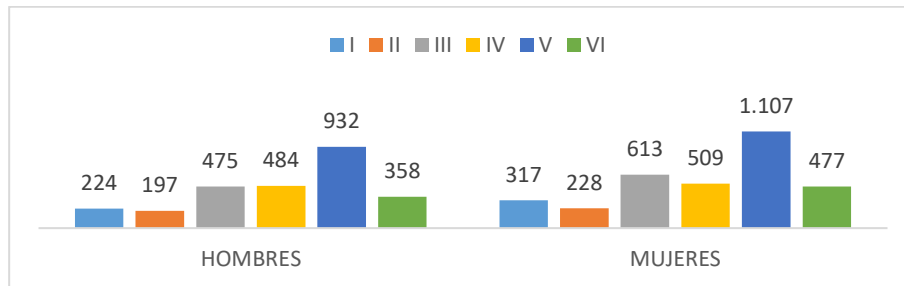
Aunque la valoración del sistema sanitario público sea positiva, también se presentan diferentes problemas como la inaccesibilidad a la propia asistencia sanitaria o la inaccesibilidad declarada a los medicamentos recetados por motivos económicos. El Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2020-2021, también nos muestra que un 2,6% manifiesta problemas de acceso a medicamentos recetados por motivos económicos, bien es cierto que en comparación con el año 2018 (3%) se ha reducido el número de casos.

Así pues, para analizar la inaccesibilidad a la asistencia sanitaria, se presentan tres diferentes gráficos: Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por lista de espera en los últimos 12 meses, según sexo, grupo de edad y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia; Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por lista de espera en los últimos 12 meses, según sexo y nivel de estudios; Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia en los últimos 12 meses según sexo, grupo de edad e ingresos mensuales netos del hogar.

Gráfico 2.

Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por lista de espera en los últimos 12 meses según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia. Población de 15 y más años. Según la clasificación de clases sociales proporcionada en los anexos (Anexo 1).

Unidad: Miles de personas



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), publicada en la página web del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

En cuanto a la demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por lista de espera en los último 12 meses según sexo y clases social basada en la ocupación de la persona de referencia (Gráfico 2.), se observa lo siguiente:

Los hombres que pertenecen a la clase social V (Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as) presentan mayor proporción de población que ha sufrido demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por listas de espera (932 mil). En cambio, vemos que los hombres de la clase social II (Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas) presentan la menor proporción de dicha situación (197 mil).

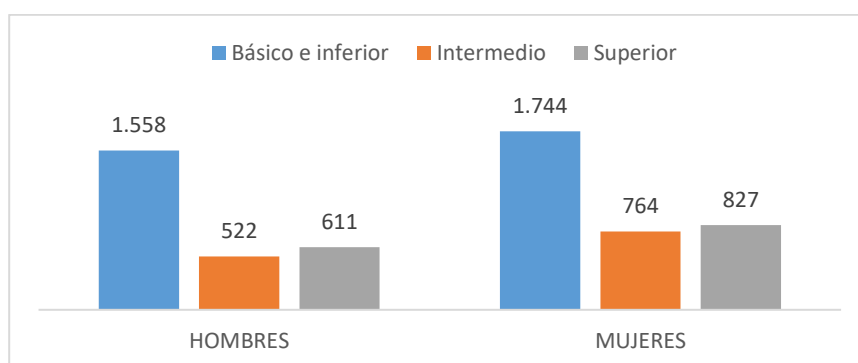
En el caso de las mujeres, se observa un patrón similar. Aquellas que pertenecen a la clase social V (Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as) poseen una mayor proporción de población que ha sufrido demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por listas de espera (1.107mil); en el caso de las mujeres de la clase social II (Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas) muestran la menor proporción de dicha situación (228 mil).

Las mujeres de todas las clases sociales presentan mayor proporción de población que ha sufrido demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por listas de espera en comparación con los hombres de dichas clases sociales. Así pues, las mujeres sufren más demoras o inaccesibilidad a la asistencia médica que los hombres. Aunque las clases, tanto para hombres como para mujeres, más desfavorecidas son: V y VI. En el caso de las mujeres se presentan dentro de la clase social V: 1.107 mil y la clase social VI: 477 mil; los hombres presentan dentro de la clase social V: 932 mil y la clase social VI: 358 mil.

Gráfico 3.

Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por lista de espera en los últimos 12 meses según sexo y nivel de estudios. Población de 15 y más años.

Unidades: miles de personas.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), publicada en la página web del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

También es pertinente analizar de qué manera influye el nivel de estudios en la población de 15 años o más a la hora de sufrir demoras excesivas o inaccesibilidad a la asistencia médica por lista de espera en los últimos 12 meses. Así pues, el Gráfico 3 nos muestra lo siguiente:

Los hombres que poseen un nivel de estudios básico o inferior presentan mayor proporción de población que ha experimentado demoras o inaccesibilidad a la asistencia médica por listas de espera (1.558 mil). Los hombres con un nivel superior de estudios presentan mayores cifras que aquellos con estudios intermedios: hombres con un nivel intermedio de estudios (522 mil); hombres con un nivel superior de estudios (611 mil).

Respecto a las mujeres, se observa que aquellas que poseen un nivel de estudios básico o inferior muestra mayor proporción de población que ha experimentado demoras o inaccesibilidad a la asistencia médica por listas de espera (1.744 mil). Las mujeres con un nivel superior de estudios

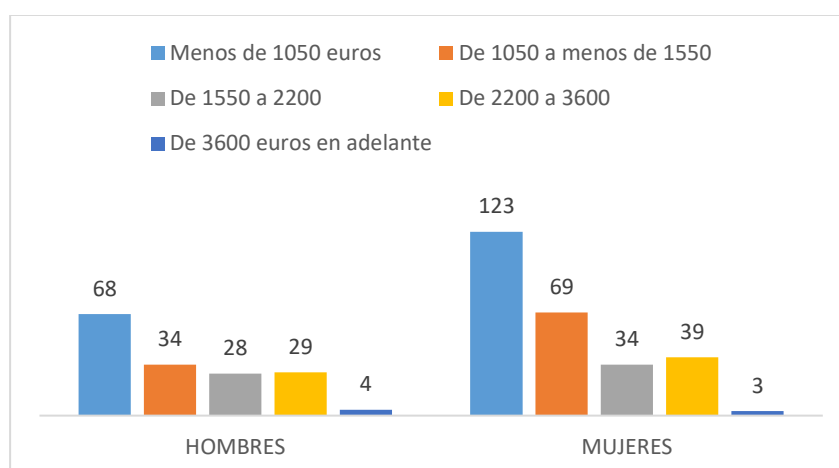
presentan mayores cifras que las mujeres que poseen estudios intermedios: mujeres con un nivel intermedio de estudios (764 mil); mujeres con un nivel superior de estudios (827 mil).

Bien es cierto que las mujeres en todos los niveles de estudios presentan mayor proporción de población que ha sufrido demoras o inaccesibilidad a la asistencia médica por listas de espera si se compara con la situación de los hombres en los mismos niveles educativos. Tanto hombres como mujeres, aquellas personas que poseen un nivel de estudios básico o inferior poseen mayor probabilidad de experimentar demoras o inaccesibilidad a la asistencia médica por listas de espera si se compara con los niveles de estudios intermedios y superiores.

Gráfico 4.

Demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia en los últimos 12 meses según sexo e ingresos mensuales netos del hogar. Población de 15 y más años.

Unidades: miles de personas



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), publicada en la página web del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Otro de los aspectos clave dentro del análisis de la demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia médica, es tener en cuenta las dificultades con el transporte o la distancia. Por ello, se analiza el Gráfico 4 que presenta datos sobre dicho tema según sexo e ingresos mensuales netos del hogar en la población de 15 años y más.

Así pues, los hombres que poseen ingresos mensuales netos del hogar más bajos (menos de 1050 euros) presentan mayor proporción de población que ha sufrido demoras o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia (68 mil). Cabe destacar que a medida

que aumentan los ingresos mensuales, la proporción de hombres que experimentan dicha situación disminuye (De 1050 a menos de 1550: 34 mil; De 1550 a menos de 2200: 28 mil; De 2200 a menos de 3600: 29 mil; De 3600 euros en adelante: 4 mil)

En el caso de las mujeres, ocurre lo mismo. Las que poseen ingresos mensuales netos del hogar más bajos (menos de 1050 euros) poseen mayor proporción de población que ha sufrido demoras o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia (123 mil). Como en el caso de los hombres, a medida que aumentan los ingresos mensuales, la proporción de mujeres que experimentan dicha situación disminuye (De 1050 a menos de 1550: 69 mil; De 1550 a menos de 2200: 34 mil; De 2200 a menos de 3600: 39 mil; De 3600 euros en adelante: 3 mil).

Hay que tener en cuenta que, tanto en el caso de las mujeres como en el de los hombres, la categoría de ingresos mensuales netos de 2200 a menos de 3600 presenta mayores cifras que la categoría de ingresos mensuales netos de 1550 a menos de 2200. Bien es cierto que las mujeres en todas las categorías de ingresos mensuales netos presentan mayor proporción de población que ha experimentado dicha situación que los hombres.

A modo de resumen, las personas que poseen los ingresos mensuales netos del hogar más bajos presentan mayor probabilidad de sufrir demoras o inaccesibilidad a la asistencia médica por dificultades con el transporte o la distancia en comparación con aquellas personas que poseen ingresos más altos.

4.3. Determinantes sociales de la salud

Dentro del estudio de las desigualdades sociales en salud, se deben tener en cuenta otros factores como la exposición a conductas de riesgo para la salud. Se presenta una estrecha relación entre la incidencia de problemas de salud y el riesgo de mortalidad con determinadas conductas que afectan a la salud de manera negativa como: el consumo excesivo de alcohol y tabaco, inactividad, obesidad y el consumo adecuado de alimentos. Así pues, a lo largo de este apartado se va a observar las diferencias de estas conductas según el estatus socioeconómico de la población.

Tabla 4.

Inactividad física en el tiempo libre, obesidad y consumo insuficiente de frutas y verduras en personas mayores de 16 años y mayores. Porcentaje ajustado por edad según sexo y nivel de estudios. Año 2017.

	INACTIVIDAD FÍSICA EN EL TIEMPO LIBRE	OBESIDAD	CONSUMO INSUFICIENTE DE FRUTAS Y VERDURAS
HOMBRES			
Universitarios	31,5	9,0	17,4
Secundarios, 2º ciclo	37,3	12,1	22,9
Secundarios, 1er ciclo	43,4	17,5	26,3
Primarios o inferiores	55,3	21,6	30,5
MUJERES			
Universitarios	24,2	14,2	31,7
Secundarios, 2º ciclo	29,4	16,6	32,2
Secundarios, 1er ciclo	35,6	17,7	35,8
Primarios o inferiores	45,8	18,5	41,6

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Cockerham, W. C. (2022). *Sociología de la medicina* (Cap. 17, p.488)

La Tabla 4, como su propio nombre indica, muestra las diferencias entre sexo y nivel de estudios respecto a los siguientes hábitos: inactividad física en el tiempo libre, obesidad y consumo insuficiente de frutas y verduras. Así pues, las diferencias más importantes son las siguientes:

Respecto a la inactividad física es más frecuente en los grupos con menos nivel educativo, esto se observa tanto en hombres (55,3% aquellos que poseen primarios o inferiores; 31,5% aquellos que poseen universitarios) como en mujeres (45,8% aquellas que poseen primarios o inferiores; 24,2% aquellas que poseen universitarios)

En cuanto a obesidad también se observan diferencias considerables según el nivel de estudios, las personas que poseen menor nivel educativos presentan mayor porcentaje de obesidad. En el caso de las mujeres con estudios primarios o inferiores es de 18,5%, mientras que las que poseen estudios universitarios presentan un 14,2%. En el caso de los hombres, los que poseen estudios primarios o inferiores presentan un 21,6%, mientras que los que poseen estudios universitarios presentan un 9%.

Al igual que los otros dos anteriores hábitos, el consumo ineficiente de frutas y verduras es más frecuente en las personas con menor nivel educativo, destacando las mujeres: 41,6% aquellas que

poseen un nivel de estudios primarios o inferiores y un 31,5% aquellas que poseen estudios universitarios).

Tabla 5.

Consumo de bebidas alcohólicas y tabaco a diario según sexo y nivel de estudios.

Unidades: miles de personas.

	CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS A DIARIO	CONSUMO DE TABACO A DIARIO
HOMBRES		
Básico e inferior	2.546	2.857
Intermedio	769	1.036
Superior	966	964
MUJERES		
Básico e inferior	755	1.784
Intermedio	274	1.030
Superior	436	937

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Nacional de Salud (2017), publicada en la página web del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Tal y como muestra la Tabla 5, el consumo diario de bebidas alcohólicas y tabaco presenta diferencias considerables según el nivel de estudios y el sexo. Así pues, las diferencias más destacables son:

Respecto al consumo diario de bebidas alcohólicas en ambos casos (hombres y mujeres), las personas que poseen un nivel básico e inferior de estudios presentan cifras más altas si se compara con los que poseen un nivel educativo intermedio y superior. En el caso de los hombres, el consumo diario de alcohol en aquellos que poseen estudios básicos e inferior es de 2.546 miles de personas; el grupo que posee un nivel intermedio de estudios presenta la cifra de 769 mil; y los que poseen un nivel superior de estudios son 966 miles de personas. En el caso de las mujeres se observa un patrón similar: presenta 755 miles de personas en el nivel básico e inferior; 274 miles de personas; y 436 miles de personas en el grupo superior. Hay que destacar que el grupo de personas que posee estudios intermedios en ambos casos presenta el menor número de casos.

En cuanto al consumo diario de tabaco, tal como se observa en la Tabla 5, se aprecia una mayor prevalencia en los grupos con menos nivel educativo. En el caso de los hombres, el consumo diario de tabaco es de 2.857 miles de personas dentro del grupo que posee estudios básicos e inferiores; dentro de los que poseen un nivel intermedio de estudios se observa una cifra de 1.036 miles de personas; y 964

miles de hombres son los que poseen un nivel superior de estudios. En las mujeres, el consumo diario de tabaco es de 1.784 miles de personas dentro del grupo que posee estudios básicos e inferiores; dentro de las que poseen un nivel intermedio de estudios se observa una cifra de 1.030 miles de personas; y 937 miles de mujeres son los que poseen un nivel superior de estudios.

En resumen, dentro de este apartado se ha observado que ciertos hábitos de salud (inactividad física, obesidad, consumo insuficiente de frutas y verduras, consumo diario de bebidas alcohólicas y tabaco) poseen una clara asociación entre el nivel educativo y el sexo. A través de estos datos, se ha observado que aquellas personas que poseen un nivel educativo más bajo poseen una mayor prevalencia de estos hábitos que suponen ciertos riesgos para la salud si se compara con aquellas que poseen un nivel de estudios más alto. Por lo tanto, se observa claramente la existencia de desigualdades socioeconómicas dentro de la promoción de la salud.

CONCLUSIONES

Tras realizar el análisis detallado de datos en el apartado anterior, se han observado relevantes desigualdades tanto en la percepción del estado de salud (valoración del estado de salud y enfermedad o problema de salud crónicos), asistencia sanitaria y determinantes de la salud.

En primer lugar, respecto a la autovaloración de salud, se observa que tanto hombres como mujeres cuya clase social es más baja, poseen una tendencia que muestra que su percepción del estado de salud es menos favorable, si se compara con clases sociales más altas. También, se aprecia cierta desigualdad si se compara con el nivel de estudios; aquellas personas que poseen niveles educativos básicos o inferiores presentan mayor proporción de percepción negativa de la salud. A raíz del análisis realizado, podemos observar que existe cierta influencia por parte de las categorías de clase social y nivel de estudios dentro de la propia percepción del estado de salud. Además, si comparamos las diferencias entre hombres y mujeres, las mujeres presentan tendencias a presentar una valoración del estado de salud más negativa que los hombres.

En cuanto a la presencia de enfermedades o problemas de salud crónicos, se observa que las personas que poseen menor nivel de ingresos mensuales poseen mayor prevalencia de enfermedades o problemas de salud crónicos, esto se observa tanto en hombres como mujeres. Las mujeres que poseen menor nivel de ingresos presentan mayor número de casos de enfermedades o problemas de salud crónicos que los hombres con menor nivel de ingresos. Por lo que, los grupos que poseen un nivel de ingresos más bajos registran mayor proporción de población con enfermedades crónicas. De manera general, se observa que el nivel de ingresos mensuales es un factor clave a la hora de identificar los grupos de población que sufren una situación desigual dentro del ámbito de la salud.

En relación con la asistencia sanitaria, se observa que, de manera general, el sistema sanitario público recibe una valoración positiva, pero aun así existen ciertos problemas de accesibilidad, se habla de demoras en la atención médica y dificultades económicas a la hora de acceder a medicamentos recetados. De manera general, las clases sociales más bajas y aquellas personas que poseen un nivel educativo más bajo son las que se ven más afectadas a la hora de acceder a la asistencia sanitaria. Dentro de este apartado, si se analizan los datos comparando todos los factores: clase social, nivel de estudios y sexo, se ve que las mujeres sufren mayores desigualdades dentro de todos los aspectos analizados. En cuanto a la demora excesiva o inaccesibilidad a la asistencia sanitaria por dificultades con el transporte o la distancia se ha comparado con sexo y nivel de ingresos mensuales, en los datos se observa que las mujeres poseen más casos que los hombres en todos los niveles de ingresos y, a nivel general, aquellas personas que poseen el nivel más bajo de ingresos sufren más situaciones de desigualdad respecto a

la asistencia sanitaria.

Respecto al último apartado de análisis, determinantes sociales de la salud se ha analizado la exposición de conductas de riesgo para la salud según el nivel de estudios: inactividad física, obesidad, consumo insuficiente de frutas y verduras y consumo diario de tabaco y alcohol. En todas las conductas se ha presentado el mismo patrón: las personas que poseen menor nivel de estudios presentan más casos en las diferentes conductas lo que supone ciertos riesgos y diferencias para la salud.

En la inactividad física, los hombres presentan un mayor porcentaje que las mujeres en todos los niveles de estudios; en cuanto a obesidad, las mujeres presentan un mayor porcentaje que los hombres salvo en el nivel de estudios primarios e inferiores. Respecto al consumo insuficiente de frutas y verduras, las mujeres presentan mayor porcentaje que los hombres en todos los niveles de estudios. Por último, el consumo diario de alcohol es mayor en hombres que en mujeres en todos y cada uno de los niveles de estudios; respecto al consumo diario de tabaco es mayor en hombres. Se presentan mayores diferencias en entre hombres y mujeres en el consumo diario del alcohol que en el consumo diario de tabaco.

A lo largo de este trabajo de fin de grado, se han identificado importantes disparidades sociales en salud en España, ciertos grupos de población se ven más afectados que otros en cuanto a percepción de salud, prevalencia de enfermedades crónicas, acceso a servicios sanitarios y exposición a conductas de riesgo.

Por ello, se ha analizado de qué manera factores socioeconómicos como la clase social, el nivel de estudios y los ingresos mensuales son determinantes sociales clave para dichas desigualdades, además, se ha interactuado con el sexo para observar cuales son los patrones y los grupos que presentan más diferencias en comparación con otros.

Como se ha podido analizar las mujeres son las que más sufren estas desigualdades, de manera general, todas aquellas personas que pertenecen a una clase social más baja poseen un nivel de estudios inferior o un nivel de ingresos bajo sufren más casos de desigualdad que aquellas personas que no. Este trabajo ha reflejado la necesidad urgente y actual de abordar las desigualdades sociales en salud en España, ya que las diferencias entre grupos de población existen y si no se proponen intervenciones que promuevan la equidad en salud en la sociedad, esta situación a futuro seguirá ocurriendo o, incluso, se agravará.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., & Rabanaque, M. J. (2015). Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012). *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 37-43.
- Almeida-Filho, N. D. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud colectiva*, 16, e2751.
- Barcellos, C., & Buzai, G. D. (2006). La dimensión espacial de las desigualdades sociales en salud: aspectos de su evolución conceptual y metodológica. Departamento de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Luján: Anuario de la División Geografía, 275-92.
- Barreto, M. L. (2017). Desigualdades en salud: una perspectiva global. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 2097-2108.
- Black, D. (1980). *Inequalities in health: report/ of a research working group*.
- Cerda, J., & Valdivia, G. (2007). John Snow, la epidemia de cólera y el nacimiento de la epidemiología moderna. *Revista chilena de infectología*, 24(4), 331-334.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182-189.
- Daponte, A., Bolívar, J., & García, M. M. (2009). Las desigualdades sociales en salud. *Nueva Salud Pública*, 3.
- Dávila-Quintana, C. D., & Lopez-Valcarcel, B. G. (2014). Secuelas a largo plazo de la crisis económica y desigualdades sociales en salud. *Revista Española de Salud Pública*, 88(2), 187-190.
- DOLL, R., & HILL, A. B. (1954). The mortality of doctors in relation to their smoking habits; a preliminary report. *British medical journal*, 1(4877), 1451-1455.
<https://doi.org/10.1136/bmj.1.4877.1451>
- Gray A. M. (1982). Inequalities in health. The Black Report: a summary and comment. *International journal of health services : planning, administration, evaluation*, 12(3), 349-380.
<https://doi.org/10.2190/XXMM-JMQU-2A7Y-HX1E>
- Gumà, J., Treviño, R., & Cámara, A. D. (2015). Posición en el hogar y género. Desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España. *Revista internacional*

de sociología, 73(1), e003-e003.

Hernández-Aguado, I., Cesteros, M. S., & Esteban, P. C. (2012). Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria, 26, 6-13.

Lostao, L., Regidor, E., Calle, M., Navarro, P., & Domínguez, V. (2001). Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/97. Revista española de salud pública, 75, 115-128.

Maestre-Miquel, C., Martínez, D., Polonio, B., Astasio, P., Santos, J., & Regidor, E. (2014). Desigualdades en inactividad física según el nivel de estudios en España, en 1987 y 2007. Atención Primaria, 46(10), 565-572.

Marmot, M. (1967). Socioeconomic status and health. Journal of Epidemiology and Community Health, 21(2), 150-160.

Ministerio de Sanidad. (2022). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2022 [PDF]. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2022/INFORME_ANUAL_2022.pdf

Palomino Moral, P. A., Grande Gascón, M. L., & Linares Abad, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista internacional de sociología, 72(1), 45-70.

Rodríguez, M., & Urbanos, R. (2008). Desigualdades sociales en salud: factores determinantes y elementos para la acción. Elsevier.

Santos Padrón, H. (2011). Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Revista Cubana de salud pública, 37.

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). (1993). Informe sobre la salud pública en España. Madrid: SESPAS.

INE. (n.d.). INEbase / Sociedad / Salud / Encuesta nacional de salud / Resultados. Recuperado de https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175

WHO. (n.d.). Human Rights. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>

EAPN España. (n.d.). EAPN España presenta su informe “La Desigualdad en la Salud”. Recuperado de

<https://www.eapn.es/actualidad/1030/eapn-espana-presenta-su-informe-la-desigualdad-en-la-salud>

ANEXOS

ANEXO 1.

Clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología:

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/ as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as
- VI. Trabajadores/as no cualificados/as

Fuente: INE. (s. f.). Clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/a2017/p01/l0/&file=01002.px&L=0>