

Desigualdad social y salud en España: ¿Cómo influyen en la salud y en el uso de los servicios sanitarios la clase social, el nivel educativo y la situación laboral?

YOLANDA GONZÁLEZ-RÁBAGO

Universidad del País Vasco
yolanda.gonzalezr@ehu.es

IZASKUN CUARTANGO

Universidad del País Vasco
izaskun.cuartango@ehu.es

AMAIA BACIGALUPE

Universidad del País Vasco
amaia.bacigalupe@ehu.es

Resumen

La capacidad de las personas de desarrollar su potencial de salud está determinada por los determinantes sociales de la salud, cuya desigual distribución genera desigualdades en la salud entre grupos socialmente, demográficamente o geográficamente definidos. El objetivo del artículo es analizar el estado de las desigualdades en la salud de la población española según su clase social ocupacional, nivel educativo y situación laboral, utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 para la población de 25 y más años. Se calcularon prevalencias estandarizadas de las variables de salud y de uso de servicios según las tres variables socioeconómicas en hombres y mujeres. Para medir la asociación entre la situación laboral y las variables de salud se calcularon Odds Ratios, mediante modelos de regresión logística, y en el caso de la clase social y el nivel de estudios se calculó el Índice Relativo de Desigualdad. Los resultados muestran que la clase social y el nivel de estudios marcan importantes desigualdades tanto en el estado de salud como en el uso de servicios. Asimismo, las personas desempleadas tienen peor estado de salud general y peor salud mental que aquellas con empleo. Estos resultados muestran la necesidad de seguir investigando sobre las desigualdades en salud y de promover políticas sociales que ayuden a reducirlas.

Palabras clave: *Salud, servicios sanitarios, clase social, nivel de estudios, desempleo, España.*

Social inequality and health in Spain: How do social class, educational level and employment status influence health and healthcare service use?

Abstract

The ability of people to develop their potential for health is determined by the social determinants of health, and their unequal distribution generates inequalities in health between groups socially, demographically or geographically defined. The aim of this article is to analyze the health inequalities in the Spanish population according to occupational social class, educational level and employment status, using data from the Spanish National Health Survey 2011-2012 and considering the population 25 years old and over. Standardized prevalences of variables of health and healthcare service use were calculated for the three socioeconomic variables in men and women. To measure the association between the employment status and health variables Odds ratios were calculated, using logistic regression models, and in the case of the educational level the Relative Index of Inequality was calculated. The results show that social class and educational level mark significant inequalities in both health status and service use. Also, the unemployed have poorer general health and worse mental health than those employed. These results show the need for further research on health inequalities and the promotion of social policies to help reduce them.

Keywords: *Health, health services, social class, educational level, unemployment, Spain.*

1. Introducción

1.1. La desigualdad social: ¿qué es y cómo se manifiesta?

La desigualdad social ha sido una característica inherente a todas las colectividades sociales desde que las sociedades nómadas pasaron a ser sedentarias, abandonando un primer comunismo primitivo en el que la cooperación entre todos los miembros era un elemento indispensable para garantizar la supervivencia (Kerbo, 2004). Sin embargo, a medida que las sociedades se han ido complejizando a lo largo de la historia, éstas han ido construyendo sistemas organizados de distribución desigual de sus bienes y recompensas materiales y simbólicas, generando estructuras sociales altamente jerarquizadas. En este sentido, Kerbo (2004) entiende por desigualdad social aquella condición por la cual las personas tienen un acceso desigual a los recursos, servicios y posiciones que las sociedades

valoran de forma diferente. Cuando, además, las desigualdades se sistematizan e institucionalizan, éstas generan potentes sistemas de estratificación social, que determinan, explican y legitiman ideológicamente quién recibe qué recursos, por qué medios y por qué razón (Crompton, 1997). El debate académico y social en torno al concepto de desigualdad social ha sido amplio y sigue generando polémica alrededor de su origen y su justificación social, ya que todo sistema de estratificación social requiere de un armado argumentario de significados compartidos que logre explicar la existencia de un nivel de desigualdad social, en ocasiones, verdaderamente escandaloso. En la actualidad, el 1% de la población con más ingresos en EEUU concentra un nivel de riqueza 20 veces superior al que le correspondería en función de su peso en la población, siendo en España 10 veces superior (OCDE, 2014). Además, las desigualdades de renta se vienen incrementando constantemente desde la década de los ochenta, a partir del giro neoliberal del sistema capitalista, el cual acabó con una tendencia descendente de las desigualdades de renta, especialmente evidente a partir de la Segunda Guerra Mundial (Atkinson et al, 2011).

Sin embargo, las desigualdades de renta o monetarias no agotan el espectro de las posibles expresiones de la desigualdad social en las sociedades complejas de hoy en día. Al contrario, Goran Therborn ha realizado recientemente una propuesta conceptual para visibilizar los diferentes tipos de desigualdad existentes, tratando a su vez de identificar las interacciones que se producen entre ellos, sus mecanismos productores y las estrategias para su reducción. Básicamente, cita tres tipos de desigualdad social (Therborn, 2013):

- a. La desigualdad vital hace referencia a las desigualdades, socialmente construidas, en las opciones de vida de las personas y su capacidad de desarrollar una vida saludable plena, fundamentalmente, en lo referente a la desigualdad en la mortalidad, la esperanza de vida, la esperanza de vida en buena salud y cualquier otro indicador de salud. La desigualdad vital se manifiesta a lo largo del recorrido biográfico de las personas, aunque aquella desigualdad que ya emerge durante los primeros años de vida –incluso durante la etapa gestacional y perinatal– tiene una especial relevancia para entender los marcados patrones de desigualdad vital durante la vida adulta de las personas.
- b. La desigualdad existencial se define como la asignación desigual entre grupos sociales de atributos o recursos como la autonomía personal, la dignidad, la libertad, y derechos como el respeto y el desarrollo personal. A pesar de que, según Therborn, la comunidad académica en el ámbito de las ciencias sociales no ha otorgado al término “desigualdad existencial” un reconocimiento explícito o un lugar destacado en sus debates, las manifestaciones de este tipo de desigualdad son evidentes:

la sumisión de mujeres y ciertos grupos de hombres bajo la normatividad heteropatriarcal dominante, las consecuencias de las prácticas coloniales del pasado que han engendrado nuevas relaciones de dominio entre los países del sur y del norte en la actualidad, las desigualdades entre las poblaciones inmigrantes y autóctonas en los países receptores o la discriminación producida respecto a la población con alguna discapacidad.

- c. Por último, la desigualdad de recursos se define como la falta de equidad en la asignación de herramientas que permiten actuar plenamente a las personas en su contexto social. A pesar de que la dimensión monetaria de este tercer tipo de desigualdad, la relativa a la desigualdad de la renta, ha ido ganando terreno en el debate académico y político, existen otra serie de recursos fundamentales que se refieren a la distribución de los recursos educativos, el patrimonio, el conocimiento, las tecnologías de la información, etc.

Los tres tipos de desigualdad que G. Therborn identifica como especialmente importantes en las sociedades actuales son dinámicos –sus manifestaciones cambian en el espacio y en el tiempo– y no necesariamente varían de una forma paralela entre sí. Es decir, que mientras en un contexto dado, la desigualdad existencial puede estar debilitándose, las desigualdades de recursos pueden estar aumentando, y viceversa. Ciertamente, otros estudios han mostrado cómo el cambio en el perfil de las desigualdades por clase social –desigualdad de recursos– en una población no incide directa y unívocamente sobre el patrón de sus desigualdades en salud –desigualdad vital–, ya que las interacciones entre ambos fenómenos son complejas (Regidor et al, 2006).

1.2. La desigualdad vital: la influencia de la estructura social sobre la salud de la población

A continuación, nos centraremos en uno de los tipos de desigualdad al que Therborn da especial énfasis, la desigualdad vital. No en vano, la salud constituye una de las condiciones más relevantes de la vida de las personas y probablemente por ello, es uno de los valores sociales y personales más apreciados, según recogen diversos estudios –en el caso español, los barómetros periódicos del CIS lo vienen recogiendo con claridad (CIS, 2012). Sin embargo, también es cierto, según lo que describen numerosos estudios, que la capacidad de las personas de desarrollar su potencial de salud está determinada por la actuación de los determinantes sociales de la salud, cuya desigual distribución genera importantes desigualdades en la salud entre grupos socialmente, demográficamente o geográficamente definidos (Solar e Irwin, 2007), como consecuencia

de las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas debido a su clase social, género, etnia o lugar de nacimiento/residencia (Esnaola et al., 2006; Marmot y Wilkinson, 2006; Bacigalupe y Martín, 2007). Ello produce que, de forma clara, los grupos socialmente más desfavorecidos muestren una peor salud y un menor bienestar, en sus diferentes dimensiones, tanto físicas, mentales como sociales (Whitehead, 1992; Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2010), lo que ha llevado a algunos/as autores/as a afirmar que la “desigualdad en salud es la mayor epidemia del siglo XXI” (Benach et al, 2008).

A nivel internacional, han sido varios los intentos de sintetizar conceptualmente cuáles son los principales determinantes sociales de la salud que producen las desigualdades en salud. En el contexto del Estado español, la Comisión Para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud (2010) diseñó un marco conceptual que distingue entre determinantes estructurales e intermedios de las desigualdades en salud. Entre los primeros se encuentra el contexto socioeconómico y político que afecta a la estratificación social y la distribución del poder y los recursos. Los ejes de desigualdad, como son la clase social, el género, la edad, la etnia y el territorio de procedencia o de residencia, determinan jerarquías de poder en la sociedad que repercuten en las oportunidades de tener una buena salud a través de la exposición que los diferentes colectivos tienen a los llamados determinantes intermedios de salud (condiciones de trabajo remunerado, trabajo doméstico, ingresos y situación económica, calidad de la vivienda, etc.). Estos recursos influyen en procesos psicosociales tales como la falta de control, la autorrealización o las situaciones de estrés, así como en las conductas individuales que repercuten finalmente en la salud. Los servicios sanitarios, por último, pueden tener un efecto tanto multiplicador como amortiguador de la desigualdad, dependiendo de si su acceso, utilización y calidad son menores, iguales o mayores entre los diferentes grupos sociales, considerando las diferencias en su grado de necesidad (Starfield, 2011). En este sentido, a menudo se ha mostrado que los sistemas sanitarios actúan según la llamada “ley de atención inversa”, según la cual la disponibilidad de atención sanitaria suele variar inversamente con la necesidad de la población atendida (Hart, 1971; Watt, 2002), de forma que las desigualdades en salud producidas por otros determinantes podrían verse agravadas por un acceso y resultados desiguales de los servicios sanitarios.

Las mayores desigualdades en salud se producen, de forma más evidente, entre las poblaciones de los países ricos y empobrecidos, y se manifiestan dramáticamente, por ejemplo, en la desigualdad en la esperanza de vida, que en 2012 era de 41 años entre las mujeres de Sierra Leona y las de Japón. Sin embargo, las desigualdades vitales no se observan únicamente entre países, sino que incluso en los países con mayor desarrollo económico, los promedios poblacionales esconden grandes desigualdades internas, tanto geográficas (entre regiones, barrios o

distritos, por ejemplo), socioeconómicas, de género, o como consecuencia de una interacción de todas ellas. Un ejemplo paradigmático al respecto lo constituye la ciudad escocesa de Glasgow, en la que la esperanza de vida de los hombres que viven en las áreas socioeconómicamente más deprimidas es de 54 años, mientras que la de aquéllos que habitan en las zonas más ricas es de 82 (Hanlon et al., 2006). Ello implica que los hombres más pobres de Glasgow tienen una esperanza de vida menor que la media de la India, al igual que ocurre con los hombres más pobres de EEUU, con una esperanza de vida por debajo de la media de Pakistán (Marmot, 2007).

Centrar la atención únicamente en las desigualdades que existen entre los grupos extremos sólo nos muestra una parte del problema, ya que las desigualdades en salud y en mortalidad no afectan únicamente a las personas situadas en las posiciones más y menos aventajadas de la jerarquía social. Por el contrario, la desigualdad vital o en salud es un fenómeno que atraviesa al conjunto de la jerarquía social, de manera que, con pocas excepciones, conforme se baja en la escala social, la salud y el bienestar de las personas también empeora, siendo aquéllas más oprimidas o excluidas las que sufren las peores consecuencias de la desigualdad en salud. Es lo que se denomina el gradiente social de la salud (Marmot, 2004).

En España, varios han sido ya los estudios que han puesto de evidencia la existencia de relevantes desigualdades sociales en salud. A partir de la publicación en 1996 del primer informe general sobre el estado de las desigualdades en España, muchas otras investigaciones han analizado la influencia que las condiciones de vida y la posición en la estructura social tiene en la generación de desigualdades sociales tanto en la percepción de la salud, la salud mental, el padecimiento de problemas crónicos, la esperanza de vida, la mortalidad por diversas causas, la salud perinatal o el uso de los servicios sanitarios (Bacigalupe y Martín, 2007; Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España, 2010; Segura, 2013). Lo últimos datos relativos a la evolución que la salud está teniendo en el contexto de la actual crisis económica nos dibujan un panorama de aumento de las desigualdades por clase social ocupacional en la salud mental, especialmente en los hombres, según el nivel educativo de las madres en algunos indicadores de salud perinatal y en la calidad de vida relacionada con la salud en la población infantil, y también en la mortalidad general entre los hombres, por un descenso mayor de la misma entre aquéllos de mayor nivel de estudios (Bacigalupe y Escolar, 2014; Ruiz-Ramon et al, 2014).

En el contexto de los antecedentes expuestos, el presente artículo tiene como objetivo actualizar el conocimiento acerca del estado de las desigualdades en la salud de la población española según su clase social ocupacional, su nivel educativo y su situación laboral, utilizando para ello los datos de la Encuesta

Nacional de Salud de 2011-2012, que es la fuente de información más actualizada hasta el momento para analizar esta realidad en el contexto español.

2. Metodología

2.1. Diseño y fuente de datos

Para responder al objetivo planteado, este estudio parte de un diseño transversal, con datos referidos a la población residente en el Estado español, a partir de la información proporcionada por la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) de 2011-2012. La ENSE es una encuesta periódica que proporciona información sobre la salud, los hábitos de vida relacionados con la salud y los determinantes sociales de la salud más relevantes, gran parte de la cual no está disponible en otras fuentes de datos. Cuenta con una muestra representativa de 19.351 individuos para el conjunto del Estado (INE, 2012). Para este estudio, se limitó la población a aquella de 25 y más años, para evitar problemas con la clasificación errónea de la población según su nivel educativo en aquella que todavía no hubiera finalizado su periodo formativo.

2.2. Variables

Las variables de salud analizadas fueron las siguientes:

- Autovaloración de la salud: refleja la percepción subjetiva que las personas tienen de su propia salud y sintetiza aspectos objetivos y subjetivos relacionados con la misma. Se ha mostrado relacionada con indicadores de mortalidad y de uso de los servicios sanitarios (Idler y Benyamini, 1997). A partir de la pregunta original (¿Considera que su salud en general es...?: muy buena, buena, regular, mala, muy mala), se agruparon las tres últimas categorías para crear la variable de “mala salud percibida”.
- Salud mental: a partir del cuestionario GHQ-12, una escala dirigida identificar a la población con riesgo de depresión/ansiedad validada en el contexto español, se caracterizó a las personas con mala salud mental cuando obtenían puntuaciones iguales o superiores a tres.
- Padecimiento de problemas crónicos a partir de una pregunta dicotómica sobre la existencia de alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración (de 6 meses o más).
- Utilización de la atención primaria en las 4 últimas semanas.
- Utilización de la atención especializada en las 4 últimas semanas.
- Utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses.

Para la caracterización socioeconómica de la población, se utilizaron:

- La clase social ocupacional, basada en la propuesta realizada por la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany et al, 2013). Las siete categorías iniciales fueron agrupadas en cinco (I, más favorecida; V menos favorecida).
- Nivel de estudios: a partir de la pregunta original, se crearon tres categorías: estudios primarios o menos, estudios secundarios y estudios universitarios.
- Situación laboral: en los hombres, se consideró únicamente a la población activa (empleados y desempleados) y en las mujeres se incluyó también a aquéllas encargadas de la realización del trabajo doméstico. La baja frecuencia de esta categoría (2,5%) impidió su inclusión para el análisis en los hombres.

Todos los análisis se realizaron de forma estratificada para hombres y mujeres, y la edad se utilizó como variable de estandarización en los análisis bivariantes y de ajuste en los multivariantes.

2.3. Análisis

En un primer análisis bivalente, se calcularon prevalencias de las variables de salud y de uso de servicios según las tres variables socioeconómicas en hombres y mujeres. Para evitar la distorsión derivada de las diferencias en la estructura de edad entre los diferentes grupos sociales, estas proporciones fueron estandarizadas por edad a partir del método directo, tomando como población estándar la suma de las poblaciones de hombres y mujeres.

Para analizar la asociación entre la situación laboral y las variables dependientes, se calcularon odds ratios, ajustados por edad, a partir de modelos de regresión logística, tomando como categoría de referencia a las personas con empleo remunerado. En el caso del nivel de estudios y la clase social, el resumen en un único indicador de la desigualdad observada a lo largo de las diferentes categorías, se calculó a partir del índice relativo de desigualdad (IRD). Para su cálculo, el nivel socioeconómico se cuantificó como la posición relativa de cada individuo en la jerarquía socioeconómica, a partir de su clase social ocupacional o nivel de estudios. Esta medida continua se relacionó con cada variable de salud y de uso de servicios a partir de modelos de regresión logísticos.

3. Estado de las desigualdades en salud en la población española

A continuación se describen los resultados del estudio que, como ya hemos explicado anteriormente, se dividen en dos partes: una primera en la que se anali-

zan las desigualdades sociales en relación con el estado de salud de la población de 25 y más años en España; y una segunda parte que estudia las desigualdades sociales en el uso de los servicios sanitarios de esta misma población, en consultas de atención primaria, consultas con el médico especialista y consultas a los servicios de urgencias.

3.1. Estado de salud

En relación a la salud percibida, se aprecian importantes desigualdades según la posición socioeconómica, tanto en relación a la clase social como al nivel de estudios de la población (gráficos 1A y 1B). Así, a medida que desciende la clase social de pertenencia el estado de salud se deteriora, llegando incluso a duplicarse la proporción de mala salud percibida entre las mujeres de clase social más baja (CS V 43,1%) con respecto a las de clase social más alta (CS I 20,7%). Estas diferencias se producen tanto en hombres como en mujeres, teniendo las mujeres en todas las clases sociales peor salud que los hombres (2,3 puntos de diferencia en la CS I y hasta 11,8 en la CS V), lo cual muestra la existencia de importantes desigualdades de género.

Por otro lado, en relación al nivel de estudios se observa que la salud es peor entre aquellas personas con estudios primarios y que la prevalencia de mala salud disminuye a medida que aumenta el nivel educativo. Asimismo, existen diferencias por sexo, siendo las mujeres las que peor salud muestran, aunque estas diferencias casi llegan a desaparecer en el grupo de personas con nivel de estudios universitarios.

GRÁFICOS 1A Y 1B. PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA DE MALA SALUD PERCIBIDA SEGÚN CLASE SOCIAL Y NIVEL DE ESTUDIOS, POR SEXO. ESPAÑA 2011.

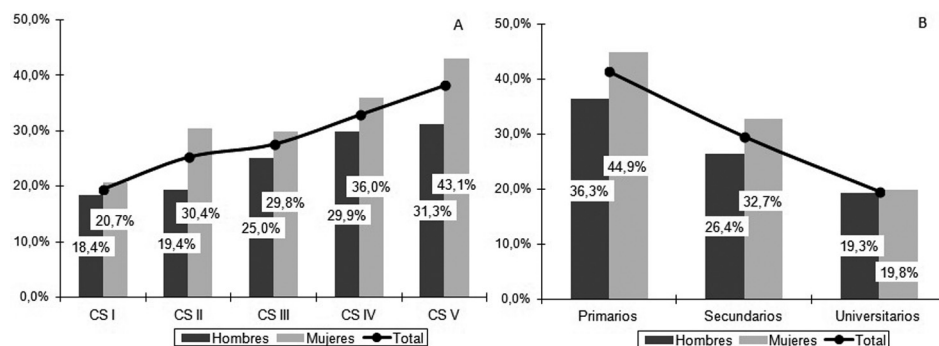


TABLA1. ÍNDICE RELATIVO DE DESIGUALDAD DE LAS VARIABLES DE SALUD

Y DE USO DE SERVICIOS SEGÚN CLASE SOCIAL Y NIVEL DE ESTUDIO,
POR SEXO. ESTADO ESPAÑOL, 2011

	Hombres		Mujeres	
	Clase Social	Nivel de Estudios	Clase Social	Nivel de Estudios
Mala salud percibida	2.90 (2.37-3.53)	4.58 (3.94-5.32)	3.42 (2.89-4.01)	4.72 (4.05-5.51)
Mala salud mental	1.61 (1.30-2.00)	2.04 (1.74-2.39)	2.14 (1.80-2.54)	2.06 (1.75-2.43)
Problemas crónicos	1.19 (1.00-1.42)	1.55 (1.34-1.79)	1.80 (1.53-2.12)	1.57 (1.35-1.82)
Uso de AP	2.74 (1.92-3.90)	3.69 (2.82-4.83)	3.45 (2.58-4.62)	3.79 (2.86-5.02)
Uso de especializada	0.46 (0.34-0.61)	0.46 (0.37-0.57)	0.44 (0.35-0.56)	0.46 (0.37-0.57)
Urgencias	1.58 (1.30-1.92)	1.48 (1.27-1.73)	1.44 (1.22-1.70)	1.49 (1.27-1.75)

Tal y como se aprecia en la tabla 1, las desigualdades observadas en los gráficos 1A y 1B son estadísticamente significativas tanto en hombres como en mujeres, según todas las variables socioeconómicas. Destaca sobre todo el gradiente generado según el nivel de estudios, ya que la probabilidad de mala salud percibida se multiplica por más de cuatro en las personas situadas en el extremo más desaventajado de la escala social respecto a las más aventajadas [IRD-h 4.58 (3.94-5.32); IRD-m 4.72 (4.05-5.51)].

Al analizar las desigualdades en salud según la situación laboral, se observa una peor salud entre la población desempleada que entre la población que se encuentra trabajando, de forma remunerada o no remunerada. Así, entre los hombres, el 22,6% de los desempleados tienen mala salud mientras que este porcentaje desciende hasta un 15,9% entre los empleados. Y en las mujeres, entre las desempleadas el 32,3% declaran mala salud, frente al 27,8% de las que realizan trabajo doméstico y al 15,9% que se encuentran empleadas. En cualquier caso, de nuevo se observan desigualdades de género, siendo la salud de las mujeres peor que la de los hombres cuando se encuentran en la misma situación laboral.

GRÁFICO 2. PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA DE MALA SALUD PERCIBIDA SEGÚN SITUACIÓN LABORAL, POR SEXO. ESPAÑA 2011.

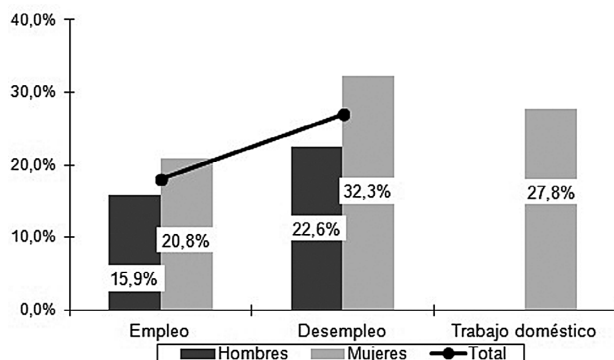


TABLA 2. ODDS RATIOS DE LAS VARIABLES DE SALUD Y DE USO DE SERVICIOS SEGÚN SITUACIÓN LABORAL, POR SEXO. ESTADO ESPAÑOL, 2011

	Mala salud percibida	Mala salud mental
Hombres		
Empleo	1	1
Desempleo	1.73 (1.48-2.02)	2.77 (2.39-3.22)
Mujeres		
Empleo	1	1
Desempleo	1.90 (1.62-2.22)	1.99 (1.71-2.32)
Trab. doméstico	1.63 (1.42-1.87)	1.43 (1.24-1.65)

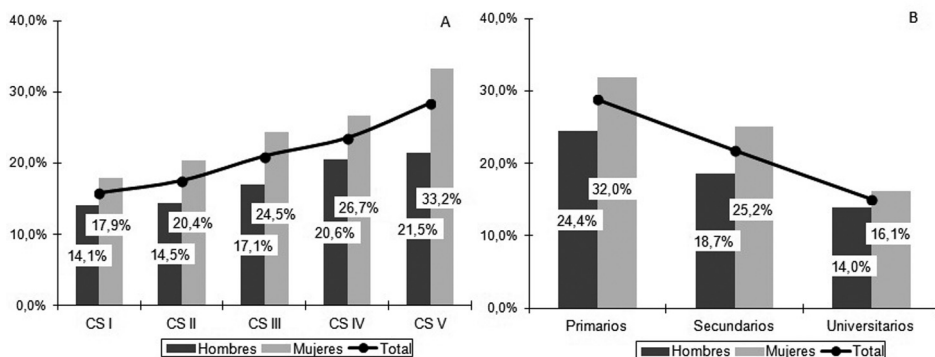
Estas desigualdades según la situación laboral son estadísticamente significativas (tabla 2), tanto en hombres como en mujeres. [Hombres desempleados OR 1.73 (1.48-2.02). Mujeres desempleadas OR 1.90 (1.62-2.22)] o Mujeres realizando trabajo doméstico [Mujeres OR 1.63 (1.42-1.87)].

La segunda variable de salud que se ha considerado para el estudio es la salud mental. Como muestra el gráfico 3A, la clase social marcó importantes desigualdades en la salud mental de hombres y mujeres, empeorando a medida que se descende en la posición socioeconómica, y de nuevo casi duplicándose la prevalencia de mala salud mental entre las mujeres de clase social baja (33,2%) con respecto a las de clase social alta (17,9%). De hecho, las mujeres tienen una peor salud mental que los hombres en todos los grupos sociales, aunque la brecha de género va aumentando a medida que disminuye la clase social de pertenencia.

De la misma manera, el nivel de estudios vuelve a marcar desigualdades en la salud mental, siendo las personas con estudios primarios las que peor salud

tienen. Las diferencias entre hombres y mujeres siguen siendo muy patentes, ya que la prevalencia de mala salud mental es siempre superior en mujeres aunque, de nuevo, las diferencias se reducen cuanto mayor es el nivel de estudios.

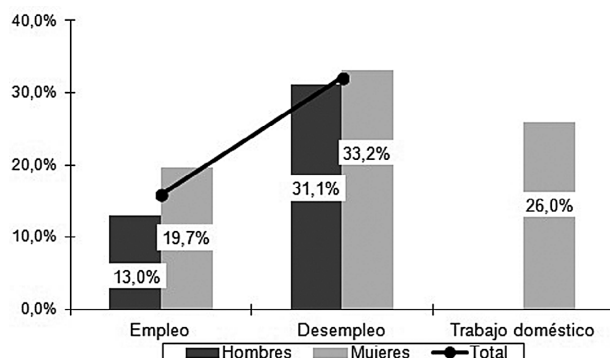
GRÁFICOS 3A Y 3B. PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA DE MALA SALUD MENTAL SEGÚN CLASE SOCIAL Y NIVEL DE ESTUDIOS, POR SEXO. ESPAÑA 2011.



Además, las desigualdades mencionadas son significativas según muestra el Índice Relativo de Desigualdad (IRD) (tabla 1). Tanto en hombres como en mujeres, el riesgo de mala salud mental es mayor entre aquellas personas de clase social más desfavorable, aumentando un 61% la probabilidad en los hombres y en un 114% en mujeres. Igualmente, las desigualdades por nivel de estudios son significativas, duplicándose la probabilidad de mala salud mental en las personas con menor nivel de estudios tanto en hombres como en mujeres.

En relación también con la salud mental, vemos que la situación laboral marcó grandes desigualdades, siendo las personas desempleadas las que tienen peor salud (31,1% en hombres y 33,2% en mujeres) frente a las personas que se encuentran empleadas (13% en hombres y 19,7% en mujeres), o frente a las mujeres que realizan trabajo doméstico (26%). Las diferencias entre hombres y mujeres son mayores entre el grupo de empleados/as, disminuyéndose en gran medida entre los desempleados.

GRÁFICO 4. PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA DE MALA SALUD MENTAL SEGÚN SITUACIÓN LABORAL, POR SEXO. ESPAÑA 2011.

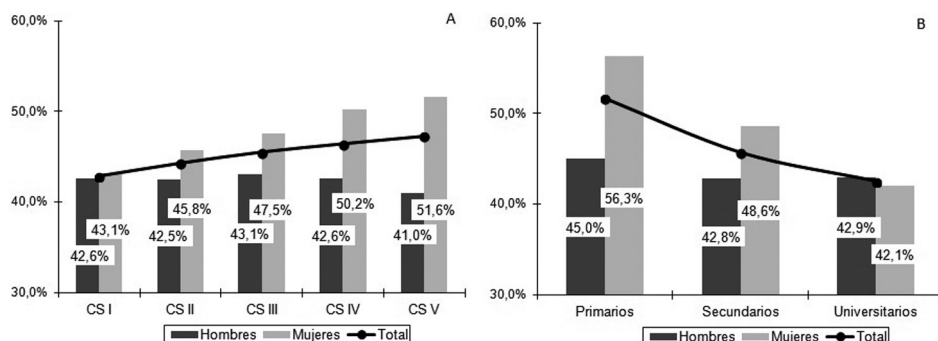


Además, como muestra la tabla 2, las desigualdades son significativas, multiplicándose casi por tres la probabilidad de mala salud mental en hombres desempleados [OR 2.77 (2.39-3.22)] frente a empleados, y por dos en mujeres [OR 1.99 (1.71-2.32)]. Aquellas mujeres que se dedican al trabajo doméstico también tienen una mayor probabilidad de tener peor salud mental [OR 1.43 (1.24-1.65)], aunque en menor medida que aquellas desempleadas.

Finalmente, el análisis del padecimiento de problemas crónicos también mostró desigualdades según la posición socioeconómica, sobre todo entre las mujeres, en las que se observa un mayor padecimiento de problemas a medida que disminuye la clase social, pasando de suponer el 43,1% en la clase social I al 51,6% en la clase social V. Entre los hombres, sin embargo, las diferencias son escasas entre clases sociales, siendo la clase media (CS III) la que mayor prevalencia de problemas crónicos presenta (43,1%).

En relación al nivel de estudios, aquellas personas de nivel educativo más bajo tienen una prevalencia de problemas crónicos mayor que aquellas de nivel secundario y universitario. Además, las desigualdades de género son patentes también, aunque se reducen sin llegar a desaparecer a medida que aumenta el nivel de estudios.

GRÁFICOS 5A Y 5B. PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA DE PROBLEMAS CRÓNICOS SEGÚN CLASE SOCIAL Y NIVEL DE ESTUDIOS, POR SEXO. ESPAÑA 2011.



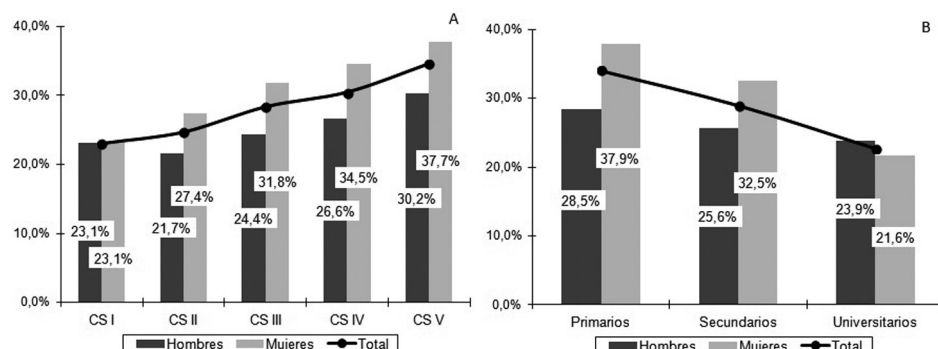
El IRD muestra que las desigualdades observadas en relación a los problemas crónicos son significativas para ambos sexos y ambas variables socioeconómicas, a excepción de los hombres según la clase social. En las mujeres, la probabilidad de padecer problemas crónicos aumenta un 80% entre aquellas situadas en la clase social más desfavorecida. Por nivel de estudios, el gradiente social es claro, teniendo un 55-57% (hombres y mujeres respectivamente) más de probabilidad de tener problemas crónicos entre ambos extremos del nivel educativo.

3.2. Uso de servicios sanitarios

En primer lugar, se observa que la clase social marcó diferencias en el uso de las consultas de atención primaria en el mes anterior a la encuesta, de forma que éste fue más frecuente entre aquellas personas de clase social más desfavorecida, tanto en hombres como en mujeres. Además, el uso de AP por sexo es ligeramente diferente, siendo las mujeres las que en mayor medida acuden a estas consultas, aunque estas diferencias desaparecen en la clase social más alta.

Por otro lado, las personas con estudios primarios o inferiores acudieron más al médico de familia que aquellas con estudios secundarios o universitarios. Sin embargo, el gradiente social se aprecia en mayor medida en mujeres que en hombres, pasando del 37,9% en estudios primarios al 21,6% en estudios universitarios. Las diferencias por sexo son mayores entre aquellas personas con estudios primarios o secundarios, mientras que entre las de estudios universitarios el uso de AP es similar entre hombres y mujeres, siendo incluso un poco mayor en los primeros.

GRÁFICOS 6A Y 6B. PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA DE USO DE CONSULTAS DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN CLASE SOCIAL Y NIVEL DE ESTUDIOS, POR SEXO. ESPAÑA 2011.

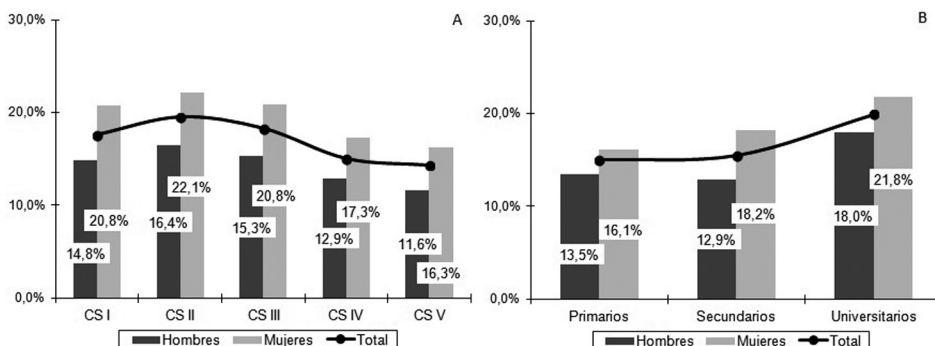


Las desigualdades socioeconómicas en el uso de AP son significativas como muestra la tabla 1. Destaca el gradiente que genera el nivel de estudios, ya que la probabilidad de acudir a consultas de AP se multiplica por más de tres en las personas con una posición más desfavorecida frente a las más favorecidas tanto en hombres [IRD 3.69 (2.82-4.83)] como en mujeres [IRD 3.79 (2.86-5.02)].

Con respecto a las consultas con el médico especialista en el mes anterior a la encuesta, el patrón es inverso al observado para la AP. Por tanto, son las personas con una posición socioeconómica más favorecida las que acceden en mayor medida a este tipo de consultas. Tanto en hombres como en mujeres el uso de las consultas a especialistas desciende a medida que desciende la posición social. Además, las mujeres acceden con más frecuencia a este tipo de consultas que los hombres en todas las clases sociales.

Asimismo, cuando vemos el patrón de uso según el nivel de estudios de la población, se observa un claro gradiente social ascendente, siendo más frecuente las consultas a especialistas entre aquellas personas con estudios universitarios que entre aquellas de nivel educativo secundario o primario. En hombres, las diferencias en el uso de aquellos con estudios primarios (13,5%) y secundarios (12,9%) son pequeñas, pero son más claras con respecto a los hombres con estudios superiores (18%). En las mujeres, el gradiente se aprecia entre todos los niveles educativos, pasando de un 16,1% de uso de consultas al especialista en el grupo de estudios primarios, al 21,8% en el grupo de estudios universitarios.

GRÁFICOS 7A Y 7B. PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA DE USO DE CONSULTAS CON EL MÉDICO ESPECIALISTA SEGÚN CLASE SOCIAL Y NIVEL DE ESTUDIOS, POR SEXO. ESPAÑA 2011.

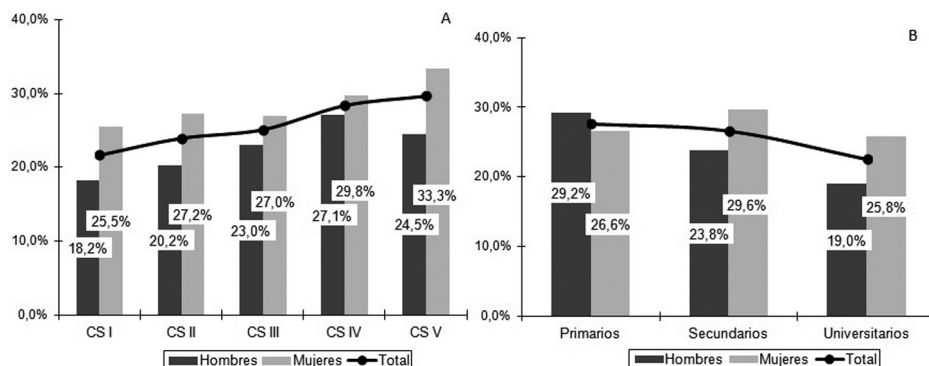


Como se aprecia en la tabla 1, las desigualdades observadas en las consultas a especialistas son significativas, siendo un 46% menos probable acudir a ellas en el caso de las personas que se sitúan en el extremo más desfavorecido de la jerarquía social frente a las más favorecidas.

Y, por último, en relación a las desigualdades en el uso de los servicios de urgencias, se observa un patrón similar al del uso de la AP, siendo mayor en los grupos de clase social más baja. Las diferencias se producen para ambos sexos, siendo menor el uso de urgencias en hombres que en mujeres en todos los grupos sociales.

Con respecto al nivel de estudios, la asistencia a urgencias es diferente en hombres y en mujeres, produciéndose, en los hombres, un mayor uso entre aquellos con estudios primarios (29,2%), que secundarios (23,8%) o universitarios (19%). Sin embargo, en las mujeres, son aquellas con estudios secundarios las que más acuden a servicios de urgencias (29,6%).

GRÁFICOS 8A Y 8B. PREVALENCIA (%) ESTANDARIZADA DE USO DE CONSULTAS A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS SEGÚN CLASE SOCIAL Y NIVEL DE ESTUDIOS, POR SEXO. ESPAÑA 2011.



Estas desigualdades en el uso de las urgencias son significativas para las dos variables socioeconómicas analizadas, tal y como se aprecia en la tabla 1. El IRD indica que la probabilidad de acudir al servicio de urgencias aumenta en un 50% aproximadamente en aquellas personas pertenecientes al estrato socioeconómico más desfavorecido frente a aquellas de posición más favorecida, tanto por clase social como por nivel de estudios.

4. Conclusiones

La salud constituye una de las condiciones más relevantes y valoradas de la vida de las personas, por lo que, como afirma Amartya Sen (2002), ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida plena. Sin embargo, tal y como muestran los resultados de este estudio, la capacidad del disfrute pleno de la salud está desigualmente distribuida según la posición social de las personas en la jerarquía social. En concreto, se ha mostrado que la clase social y el nivel de estudios marcan importantes desigualdades tanto en el estado de salud general, como en la salud mental y el padecimiento de problemas crónicos entre la población española. Son aquellas personas pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas y con un menor nivel de estudios las que tienen una peor salud en los tres indicadores. Esta situación se produce tanto en hombres como en mujeres, aunque se ha observado que dada una misma posición social las mujeres muestran peor salud que los hombres y, por lo tanto,

que existen claras desigualdades de género. Asimismo, ha quedado patente que estas desigualdades de género son mayores entre los grupos sociales más desventajados y se reducen considerablemente entre los más aventajados, lo que evidencia una clara interacción entre los ejes de género y de posición socioeconómica a la hora de explicar las desigualdades sociales en salud. La importancia de la clase social y el nivel de estudios en las desigualdades sociales en salud puede atribuirse por un lado a factores materiales o ambientales, en la medida en que los colectivos sociales más aventajados disfrutaban de un mayor acceso a los recursos que influyen en la salud, tales como una vivienda confortable, una alimentación suficiente y variada, mejores condiciones de trabajo o una mejor atención sanitaria. Por otro lado, la dimensión psicosocial de las desigualdades socioeconómicas también tendría su efecto sobre la salud, de manera que los colectivos socialmente más desfavorecidos serían más vulnerables a problemas de estrés, ansiedad o carencia de apoyo social (Kawachi et al., 2004; Leon et al., 2005) lo que impactaría negativamente en su salud.

Además, se ha descrito una peor salud general y mental entre las personas desempleadas, frente a las que tienen empleo o se dedican al trabajo doméstico, siendo este fenómeno atribuible probablemente no sólo a la ausencia de los ingresos procedentes del trabajo, sino también a la pérdida de otros beneficios asociados, como el estatus social, la autoestima, la actividad física y mental y el uso de las propias habilidades (Bartley M., 1994). Es destacable que aunque la salud entre las personas desempleadas sigue siendo peor en las mujeres, sin embargo, en el caso de la salud mental las diferencias son muy pequeñas con respecto a los hombres desempleados, lo cual nos puede estar indicando el gran impacto que el desempleo producido por la crisis económica que vive España desde 2008 está teniendo en los hombres en términos de salud mental. Este mayor impacto de la situación de desempleo sobre la salud mental de los hombres ha sido descrito en anteriores estudios (Artazcoz L. et al, 2004), y podría estar relacionado con el rol de sustentador principal del hogar tradicionalmente asignado a los hombres.

Por otro lado, en relación a los servicios sanitarios es destacable el diferente patrón de uso de los diferentes servicios (atención primaria, especialista y urgencias) según la posición socioeconómica. Así, las personas en situación más desfavorecida realizan un uso de la atención primaria y de urgencia mayor que aquellas de posición más favorecida, mientras que en el caso de las consultas con el médico especialista, los grupos de mejor posición socioeconómica acceden con mayor frecuencia a este tipo de servicios que otros grupos menos aventajados. Estos resultados serían coherentes con la teoría de la Ley de cuidados inversos propuesta por Hart en 1971, según la cual la disponibilidad de atención médica de calidad es inversamente proporcional al grado de necesidad de la población a la que atiende, de manera que los grupos poblacionales más privilegiados tendrían

un mayor acceso a la atención médica pese a tener de media mejor salud que los más desfavorecidos.

Este estudio no está exento de limitaciones que merece la pena detallar. Para comenzar, se trata de un análisis transversal basado en datos de un único año que, por lo tanto, no permite, a priori, inferir la direccionalidad de las relaciones descritas entre las variables. Sin embargo, es lógico pensar que en la mayor parte de las relaciones, la situación socioeconómica no es consecuencia de las características de salud, sino al contrario. Como excepción, algunos estudios han descrito el efecto que los problemas graves de salud mental o el padecimiento de algunas limitaciones funcionales pueden tener en una movilidad social descendente (Dohrenwend et al, 1992). A pesar de las limitaciones del diseño transversal, el análisis presentado resulta muy apropiado para describir la magnitud de las desigualdades entre grupos sociales en un momento del tiempo determinado e identificar, asimismo, qué ejes de estratificación social generan mayores desigualdades en salud.

Por otra parte, en relación a las variables utilizadas, es posible que éstas muestren limitaciones para captar en toda su magnitud el impacto de las condiciones socioeconómicas sobre la salud, ya que el carácter multidimensional de la propia salud no es fácilmente reducible a preguntas y categorías de respuesta en encuestas. Sin embargo, haber utilizado tres dimensiones de la salud diferentes y tres variables socioeconómicas limita potencialmente el alcance de este problema.

En relación con la primera limitación descrita, sería interesante contar con datos longitudinales que permitieran observar los cambios producidos en el patrón de las desigualdades sociales en salud en los últimos años. En el contexto actual, este abordaje sería si cabe aún más relevante por la grave situación de crisis económica que está ocasionando un deterioro claro de las condiciones de vida de la población española, especialmente entre aquellos grupos sociales que ya se encontraban en una situación más desfavorable antes de la crisis. Por ello, un análisis temporal que estime el impacto que la actual recesión económica está teniendo sobre la salud de la población y sobre las desigualdades en salud enriquecería el análisis y la interpretación de la magnitud actual de las desigualdades observadas. Y ello porque ya hay abundante evidencia que muestra, por ejemplo, cómo los periodos prolongados de desempleo, la flexibilización del empleo, los bajos ingresos o el trabajo precario inciden claramente en una peor salud física y mental (Benach et al, 2010). En el contexto internacional, ya son varios los estudios que están subrayando el hecho de que el empeoramiento de los determinantes sociales de la salud puede generar un claro aumento de la enfermedad, la dependencia o las conductas perjudiciales para la salud en época de crisis (Suhrcrke y Stucker, 2012).

Este estudio, a pesar de su carácter transversal, muestra resultados con implicaciones de diversa naturaleza. Por un lado, la importancia de las desigual-

dades sociales en salud en el Estado español apremia para seguir investigando el papel de los determinantes sociales de la salud en nuestro contexto y la manera en que se interrelacionan diversos tipos de desigualdades sociales, destacando las derivadas de la posición socioeconómica y las de género. Ahondar en el conocimiento sobre esta materia será clave para diseñar estrategias destinadas a reducir las desigualdades en salud. Así, la articulación e implementación de políticas públicas en salud deberá tener en consideración no sólo las intervenciones centradas en política sanitaria sino también otro tipo de actuaciones en áreas no sanitarias que tienen una influencia central en la salud y en las desigualdades en salud de la población. De esta manera, resulta esencial diseñar políticas públicas en ámbitos como el de vivienda, educación, empleo, transporte, o servicios sociales entre otras, que contribuyan a mejorar la desigual e injusta distribución de los determinantes sociales de la salud y que, por tanto, incidan en la mejora de la salud de la población bajo parámetros de ética social.

Bibliografía

- ATKINSON, A. B., PIKETTY, T., SAEZ, E., (2011), "Top Incomes in the Long Run of History", en *Journal of Economic Literature*, 49, pp. 3-71.
- ARTACÓZ, L., BENACH, J., BORRELL, C., CORTÈS, I., (2004), "Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class", en *American Journal of Public Health*, 94, pp. 82-88.
- AA.VV. Comisión para reducir las desigualdades sociales en salud en España (2010), "Avanzando hacia la equidad", Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid.
- BACIGALUPE, A., ESCOLAR-PUJOLAR, A., (2014), "The impact of economic crises on social inequalities in health: what do we know so far?", en *International Journal for Equity in Health* 13: 52.
- BACIGALUPE, A., MARTÍN, U., (2007), *Desigualdades sociales en la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. La clase social y el género como determinantes de la salud*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko.
- BARTLEY, M., (1994), "Unemployment and ill health: understanding the relationship", en *Journal of Epidemiology and Community Health*, 48, pp. 333-337.
- BENACH, J., SOLAR, O., VERGARA, M., VANROELEN, C., SANTANA, V., CASTEDO, A., RAMOS, J., MUNTANER, C., EMCONET Network, (2010), "Six employment conditions and health inequalities", en *International Journal of Health Services*, 40(2), pp. 269-80.

- BENACH, J., VERGARA, M., MUNTANER, C., (2008), “Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI”, en Papeles, 103, pp. 29-40.
- CIS. Barómetros Sanitarios 2011 y 2012. Dirección General De Salud Pública Calidad E Innovación Instituto de Información Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual2012.htm>
- CROMPTON, R., (1997), “Clase social y estratificación. Una introducción a los debates actuales”, Editorial Tecnos, Madrid.
- DOHRENWEND, BP., LEVAV, I., SHROUT, PE., SCHWARTZ, S., NAVEH, G., LINK, BG., SKODOL, AE., STUEVE, A., (1992), “Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue”, en *Science*, 255(5047), pp. 946-952.
- DOMINGO-SALVANY, A., BACIGALUPE, A., CARRASCO, JM., ESPELT, A., FERRANDO, J., BORRELL, C., y el Grupo de los Determinantes Sociales de la Salud de la SEE, (2013), “Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011”, en *Gaceta Sanitaria*, 27, pp. 263-272.
- ESNAOLA, S., ALDASORO, E., RUIZ, R., AUDICANA, C., PÉREZ, Y., CALVO, M., (2006) “Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco”, en *Gaceta Sanitaria*, 20, pp.16-24.
- IDLER, E., BENYAMINI, Y., (1997) “Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies”, en *Journal of Health and Social Behavior*, 38, pp. 21-37.
- HANLON, P., WALSH, D., WHYTE, B., (2006), *Let Glasgow Flourish*, Glasgow Centre for Population Health, Glasgow.
- HART, JT., (1971), “The inverse care law”, en *The Lancet*, 1, pp. 405-12.
- INE. Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (2012), Metodología, INE, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid.
- KAWACHI, I., COLDITZ, GA., ASCHERIO, A., RIMM, EB., GIOVANNUCI, E., STAMPFER, MI., WILLET, WC., (1996), “A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA”, en *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50, pp. 245-251.
- KERBO, HR., (2004), “Estratificación social y desigualdad”, McGraw-Hill, Madrid.
- LEON, D., WALT, G., GILSON, L., (2005), “International perspectives on health inequalities and policy”, en *British Medical Journal*. 322, pp. 591-594.
- MARMOT, M., (2007), “Achieving health equity: From root causes to fair outcomes”, en *The Lancet*, 370, pp. 1153-1163.
- MARMOT, M., (2004), “The status syndrome: how social standing affects our health and longevity”, Bloomsbury Publishing Plc. London.

- MARMOT, M., WILKINSON, R.G., (2006), *Social determinants of health*. 2nd ed. Oxford University Press, Oxford.
- OCDE, (2014), *United States. Tackling high inequalities creating opportunities for all*. OECD publications.
- REGIDOR, E., MARTÍNEZ, D., ASTASIO, P., ORTEGA, P., CALLE, M.E., DOMÍNGUEZ, V., (2006), "Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain", en *Gaceta Sanitaria*, 20, pp. 178-183.
- RUIZ-RAMOS, M., CÓRDOBA-DOÑA, J.A., BACIGALUPE, A., JUÁREZ, S., ESCOLAR-PUJOLAR, A., (2014), "Crisis económica al inicio del siglo XXI y mortalidad en España. Tendencia e impacto sobre las desigualdades sociales. Informe SESPAS 2014", en *Gaceta Sanitaria*, 28, pp. 89-96.
- SEGURA, J., (2013), "Desigualdades en salud: Conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010)", Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Disponible en: [http://www.medicina.unal.edu.co/ADMON_CMS/ADJUNTOS/20120924_201909_Des_igualdades%20Sociales%20en%20Salud_con-est-int-7_dic%202011%20\(2\).pdf](http://www.medicina.unal.edu.co/ADMON_CMS/ADJUNTOS/20120924_201909_Des_igualdades%20Sociales%20en%20Salud_con-est-int-7_dic%202011%20(2).pdf)
- SEN, A., (2002), "¿Por qué la equidad en salud?", en *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11, pp. 302-309.
- SOLAR, O., IRWIN, A., (2007), "A conceptual framework for action on the social determinants of health" en *Social Determinants of Health Discussion Paper 2*, World Health Organization, Geneva.
- STARFIELD, B., (2011), "The hidden inequity in health care", en *International Journal for Equity in Health*, 10: 15.
- SUHRCKE, M., STUCKLER, D., (2012), "Will the recession be bad for our health? It depends", en *Social Science and Medicine*, 74, pp. 647-653.
- THERBORN, G., (2013), "The killing fields of inequality", Polity Press, Cambridge.
- WATT, G., (2002), "The inverse care law today", en *The Lancet*, 360, pp. 252-254.
- WHITEHEAD, M., (1992), "The concepts and principles of equity and health", *International Journal of Health Services*, 22, pp. 429-445.

Recibido: 31/10/2014

Aceptado: 24/11/2014