

**Miriam López Castellero**

**Marta Souto Pallas**

**DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD: DESIGUALDAD Y BIENESTAR**

**UN ESTUDIO A PARTIR DE LA ENCUESTA DE SALUD DE CATALUÑA 2021**

**TRABAJO DE FIN DE GRADO**

**Dirigido por: Dr. Francesc Valls Fonayet**

**Grado de Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Facultad de Enfermería**

**TARRAGONA 2023**

## **Agradecimientos**

En primer lugar, nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Francesc Valls Fonayet, nuestro tutor, por el soporte, guía y dedicación brindada a lo largo de la investigación, que ha sido esencial para la realización de este trabajo.

A nuestras familias, parejas y amigos cercanos, por la confianza, el apoyo incondicional y la motivación para poder alcanzar esta meta.



## Resumen

El interés por conocer la influencia de los determinantes sociales de la salud está creciendo sustancialmente en las últimas décadas con el objetivo de poder actuar de manera más efectiva a nivel de prevención y de promoción de la salud. **Objetivo:** Este trabajo se focaliza en el estudio de los determinantes sociales de la salud (DSS), a partir del análisis de los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA 2021), centrándose en la clase social y el sexo. Además, se realiza una revisión de la literatura existente y se justifican los principales factores que condicionan a la persona según cuatro elementos: clase social, educación, sexo, y etnia. **Metodología:** Estudio descriptivo transversal a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña de 2021. Previamente, se realiza una búsqueda de información a través de las plataformas de PUDMED y CINAHL, además de utilizar el efecto bola de nieve a colación de diferentes artículos y una búsqueda generalizada. **Resultados:** las variables independientes analizadas (sexo y clase social) se mostraron relacionadas ambas con: el estado de salud autopercebida, el malestar emocional, el grado de satisfacción con los servicios sanitarios, cumplimiento dieta mediterránea y consumo de tabaco; obteniendo resultados estrechamente significativos. Sin embargo, en el caso de la valoración del soporte social no se encontró asociación con la variable de sexo. **Conclusiones:** Se constata la relevancia de la dimensión social en los parámetros de salud evaluados. Los determinantes sociales de la salud deberían ser un elemento a considerar en el diseño, aplicación y evaluación de las políticas de salud.

**Palabras clave:** Determinantes sociales de la salud, desigualdades sociales, papel de la enfermería, políticas de salud, encuesta de salud.

## Abstract

The interest in knowing the influence of the Social Determinants of Health has grown substantially in recent decades with the intention of acting more effectively at the level of prevention and health promotion. **Objective:** This work focuses on the study of the social determinants of health (DSH), based on the analysis of data from the Health Survey of Catalonia (ESCA 2021), focusing on social class and sex. Additionally, a review of the existing literature is conducted, and the main factors that condition the individual according to four elements are justified: social class, education, sex, and ethnicity. **Methodology:** Cross-sectional descriptive study based on data from the 2021 Health Survey of Catalonia. Previously, an information search is carried out through the



PUDMED and CINAHL platforms, as well as the snowball effect of different articles and a generalized search. **Results:** The independent variables analyzed (sex and social class) were both related to: self-perceived state of health, emotional discomfort, degree of satisfaction with health services, compliance with the Mediterranean diet and tobacco consumption; obtaining closely significant results. However, in the case of the assessment of social support, no correlation between the gender variable and the evaluation of social support was discovered. **Conclusions:** The relevance of the social dimension in the evaluated health parameters is confirmed. The social determinants of health should be an element to consider in the design, application, and evaluation of health policies.

**Keywords:** social determinants of health, social inequalities, nurse's role, health policies, health survey.



## Índice

1. Introducción .....	1
2. Marco teórico .....	3
2.1. Conceptualización y estado actual en nuestro país .....	3
2.2. Factores influyentes en las desigualdades de la población .....	6
2.2.1. Clase social .....	7
2.2.2. Educación .....	9
2.2.3. Género .....	10
2.2.4. Etnia .....	13
2.3. Limitaciones de los determinantes sociales (DSS) y el COVID-19 .....	14
2.4. Las políticas en salud y el rol del personal de enfermería .....	18
3. Objetivos e hipótesis .....	21
4. Metodología .....	22
4.1. Proceso de selección bibliográfica .....	22
4.2. Diseño .....	22
4.3. Población .....	23
4.4. Instrumento .....	23
4.5. Variables .....	25
4.6. Plan de análisis .....	28
5. Resultados .....	28
5.1. Una visión global de las desigualdades sociales en salud .....	29
5.2. Sexo y clase social como determinantes de la salud .....	33
5.2.1. Estado de salud autopercebida .....	33
5.2.2. Malestar emocional .....	35
5.2.3. Cumplimiento de la dieta mediterránea .....	37
5.2.4. Consumo de tabaco .....	39
5.2.5. Valoración del soporte social (Escala OSLO-3) .....	41
5.2.6. Grado de satisfacción con los servicios sanitarios .....	43
6. Discusión .....	46
7. Conclusiones .....	49
8. Bibliografía .....	51
9. Anexos .....	59
9.1. Cronograma .....	59
9.2. Gráficos de resultados .....	60



## 1. Introducció

Este trabajo se focaliza en el estudio de los determinantes sociales de la salud (DSS), a partir del análisis de los datos de la Encuesta de Salud de Catalunya (ESCA 2021).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es un concepto multidimensional que comprende no solo la ausencia de enfermedades, sino también el bienestar físico, mental y social de la persona” (OMS, 1946). La misma OMS indica que “los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y que afectan a su salud y a su bienestar” (OMS, 2008). Estos determinantes incluyen por lo tanto factores económicos, sociales, culturales y ambientales que interactúan para influir en la salud y en las desigualdades en salud de la población (De La Guardia, 2020).

Numerosas investigaciones se han centrado en la relación entre salud y sus determinantes sociales en las últimas décadas, constatando que los países con sistemas de bienestar social más generosos y equitativos tienen desigualdades de salud más bajas y mejores resultados de salud en general (Mackenbach et al., 2018). Otras investigaciones más recientes se han interesado por el impacto de la COVID-19 desde una óptica tanto de salud como social (las diferencias de exposición al virus, el acceso a pruebas y tratamientos, entre otros) (Bambra et al., 2020). Incluso, la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) tiene un grupo de trabajo específico sobre determinantes sociales de la salud, paralelamente a otros grupos de trabajo más convencionales (alcohol, cáncer, cribado, mortalidad, salud laboral, tabaco, vacunas o vigilancia en salud pública, entre otros), donde se ofrecen reflexiones metodológicas y conceptuales sobre este tema, además de recomendaciones para la búsqueda de información a nivel salud pública y de investigación en relación a los DSS (SEE, 2020).

La comprensión de estos factores sociales y su impacto sobre la salud de la población es crucial no solo desde el punto de vista científico, sino también a la hora de desarrollar políticas y programas de salud efectivos, que aborden las necesidades de las poblaciones más vulnerables y que promuevan la equidad en la salud. En este sentido, desde las administraciones públicas cada vez se está teniendo más sensibilidad sobre el impacto que tienen los determinantes sociales en salud sobre las desigualdades. Por ejemplo, la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS), una entidad de derecho público adscrita al Departamento de Salud de la Generalitat de



Cataluña, creó recientemente un indicador socioeconómico que se utiliza para determinar el presupuesto de cada equipo de atención primaria en Cataluña (Generalitat de Cataluña, AQuAS, 2022).

En consecuencia, entendemos que el tema que se aborda en este trabajo abarca un amplio campo de estudio de justificada relevancia tanto a nivel científico como social, tratando temas como la relación de desigualdad y bienestar, desde el punto de vista de los determinantes sociales y, por otro lado, el impacto que genera en la salud de las personas adultas junto con las políticas sanitarias establecidas.

Por lo tanto, el foco de atención recae en los factores a tener en cuenta para una mejora en salud, la posibilidad de generar una evolución en el sistema y la respuesta a la demanda de recursos existente. Desde esta óptica, el papel de enfermería es de gran importancia, sobre todo en el terreno de la Atención Primaria, donde poder abordar de manera holística a las personas y elaborar un registro de datos concluyentes sobre la salud de la comunidad.

Haciendo alusión a todos los conceptos citados anteriormente, el tema de los determinantes sociales de la salud es un debate emergente y de actualidad (que, además, nos causa gran interés personal) y es una herramienta útil a nivel social y académico para su investigación.

Por último, el enfoque de este análisis se basa en datos secundarios ya existentes. Existe una sensibilidad cada vez mayor sobre la necesidad de aprovechar los bancos de datos disponibles para la producción de información en temas de gran relevancia social, como es la salud. Por ello se están potenciando elementos como la transparencia investigadora y la accesibilidad a los datos abiertos. La ESCA es sin duda uno de estos recursos disponibles.

A partir de ahí, formulamos la pregunta inicial de la siguiente manera:

¿Existe algún tipo de relación entre factores de tipo social y los resultados en salud (en distintos ámbitos) entre la población catalana?



## 2. Marco teórico

### 2.1. Conceptualización y estado actual en nuestro país

A lo largo de la historia ha habido un ímpetu por otorgar una respuesta al concepto holístico de salud de las personas, saber qué factores afectan a su bienestar y conseguir una propuesta generalizada de promoción de la salud. Es por ello que, en 1974 en Canadá, Marc Lalonde elabora su informe “A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document”, conocido mundialmente como el “Informe Lalonde”, dando respuesta al proceso de salud-enfermedad y, por tanto, a las causas de muerte y enfermedades de la población; explicando el concepto de determinantes sociales de la salud y revolucionando la idea de Sanidad Pública con nuevas políticas (Lalonde, 1974).

En dicho informe, establece cuatro grandes grupos de determinantes en la salud de una población: el medio ambiente, incluyendo aquellos factores influyentes en salud como es la contaminación, además del entorno social con factores psicológicos y culturales; los estilos de vida y hábitos de las personas, como la alimentación, actividad física o hábitos tóxicos; el sistema sanitario, incluyendo los centros, recursos, accesibilidad y medios económicos de financiación; y por último, la biología humana, donde abarca el factor genético y hereditario, así como la edad (Lalonde, 1974).

Posteriormente, varios autores han modificado esta propuesta inicial, como es el caso de Whitehead y Dahlgren, en 1991, que estructuraban los factores determinantes de la salud según el grado de influencia sobre el individuo, organizando los determinantes por niveles: desde los más cercanos a los más externos, estableciendo una correlación entre ellos. También se acentúa la diferencia entre los factores no modificables, como la edad, y los factores modificables como el estilo de vida, las condiciones de trabajo, el nivel socioeconómico o la vivienda (Dahlgren y Whitehead, 1991).

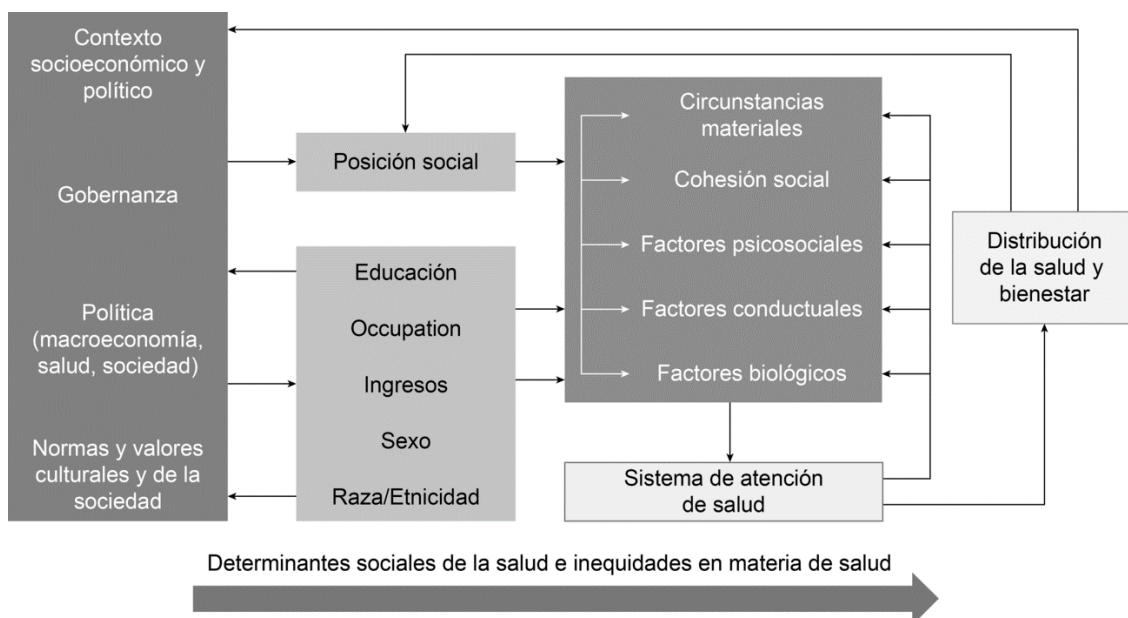
Es en el año 2005, cuando la OMS crea la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, con el objetivo de influir, a través de políticas y programas, sobre aquellos determinantes que fomentan la equidad sanitaria; además para mitigar las desigualdades y la injusticia social que, de forma directa o indirecta, tiene un impacto sobre la salud y calidad de vida de las personas (Hernández et al, 2017). En 2008, se organiza la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, desarrollada para estudiar el origen de las desigualdades sociales en salud y plantear



recomendaciones para su abordaje, que plasmaron en su informe de 2008 “Subsanar las desigualdades en una generación” (Ministerio de Sanidad, 2021). Uno de los tres ejes de acción propuestos en el informe es medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

El modelo de determinantes sociales de la Organización Mundial de la Salud es jerarquizado y distingue al menos tres determinantes incluidos uno dentro del otro: el determinante estructural que engloba los aspectos sociales del individuo, dentro contexto sociopolítico, económico y cultural; el determinante intermedio está dado por las condiciones materiales en las que viven los individuos, familias y comunidades que hará que su entorno laboral, familiar o escolar se pueda ver vulnerable; el determinante proximal está representado por factores de riesgo individuales como la edad, la genética, el sexo, la etnia y el porcentaje de morbilidad. Debe recalcar que las categorías como el sexo o el género pueden ser también determinantes estructurales, en la función de si modifican la posición social de la persona y se produzca una desventaja social o dificultad en el acceso y utilización de los servicios sanitarios. (Hernández et al, 2017) Podemos observar este modelo conceptual en la Figura 1.

**Figura 1.** Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud.



Adaptación del modelo de Solar e Irwin: *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. Obtenido de la Organización Panamericana de la Salud, 2017.



Los mandatos internacionales tuvieron eco en nuestro país en 2008, con la creación de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, que en 2010 presentó un documento con recomendaciones políticas priorizadas. Una de las principales fue establecer una red estatal de vigilancia de la equidad con información sobre indicadores de determinantes sociales, y de desigualdad en salud y en la atención sanitaria, y difundirlos periódicamente a sectores gubernamentales y de la sociedad civil. Ese mismo año, y con motivo de la Presidencia Española de la Unión Europea, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad impulsó el trabajo en equidad en salud bajo el lema “Monitorización de los Determinantes Sociales de la Salud y Reducción de las Desigualdades en Salud” (Ministerio de Sanidad, 2021).

A partir de las recomendaciones del informe de la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, en 2010 se priorizaron 9 medidas, que se enmarcan en cuatro líneas estratégicas y que constituyen el planteamiento de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud, la primera línea de las cuales es: desarrollar sistemas de información sobre equidad en salud que permitan guiar las políticas públicas (Ministerio de Sanidad, 2021).

Para abordar los determinantes sociales de la salud, es necesario un enfoque intersectorial y una colaboración entre los gobiernos, el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y las comunidades. La implementación de políticas y programas que aborden los determinantes sociales puede mejorar la salud y el bienestar de las personas y las comunidades.

Hay artículos publicados en la Revista Española de Salud Pública que elaboran una revisión y facilitan un resumen de las investigaciones sobre DSS en España. Concretamente, uno de ellos hace una valoración de 2010 a 2021, donde se analiza cada DSS y los efectos que tiene en la salud de las personas. Los DSS en los que se incidió más fueron los que tenían que ver con las variables sociodemográficas (nivel de estudios y socioeconómico, etnia, etc.), los factores de salud más estudiados fueron los relacionados con el bienestar mental y la salud autopercibida, y en tercer lugar, el estudio de tipo transversal fue el más utilizado a través de una encuesta poblacional de salud. La mayoría de los datos recopilados evidenciaron que a mayor deterioro social se obtenían peores resultados en salud (autopercibida, mental, calidad de vida, morbilidad, etc.). Concluye en su estudio que la investigación con vista a futuro sobre el tema de los DSS, la vigilancia en Salud Pública y el desarrollo de los Sistemas de



Vigilancia de la Equidad y DSS deben adoptar un punto de vista interseccional para una mejor comprensión de los pilares fundamentales sobre los que actúan las desigualdades e integre la información de las administraciones públicas y la información sanitaria de los servicios de salud (Ruiz et. al, 2022).

## **2.2. Factores influyentes en las desigualdades de la población**

Una vez definido el concepto de determinantes sociales, se entiende que constituye la suma de un conjunto de sucesos naturales y socioeconómicos interconectados unos con otros, y que se desarrollan en cada región de manera diferente, pudiendo ser catalizadores o perjudiciales para la dinámica de una sociedad o un país, fomentando su autonomía o, por el contrario, generando desigualdades sociales. A continuación, se desglosan diferentes ítems que contribuyen de una manera u otra a crear una diferencia del estatus social o del entorno que envuelve el medio donde vive una persona, ya sea por una determinada posición que ha adquirido en la comunidad, por el género que lo define o la etnia a la cual pertenece.

Es por ello que, siempre se ha intentado entender cómo a partir de la situación socioeconómica y demográfica de una población se extrae una “foto” de los diferentes problemas sociales que afectan negativamente en la comunidad. En nuestro territorio, hubo un precedente de un claro desnivel y potenciador de las desigualdades sociales en España: la crisis económica que se inició en 2008. Desde entonces aumentaron las políticas de detección y determinación de las desigualdades que influyeran en la salud de las personas a través de la observación de éstas; según varias entidades, entre ellas el Ministerio de Sanidad (2022), España encabeza la décima posición a nivel mundial en este tipo de líneas de investigación; aunque debe recalcar que dicho análisis aún está muy lejos de ponerse a la altura de otros tipos de estudio que predominan más, como sería el caso del cáncer o el desarrollo de las enfermedades cardíacas (Ministerio de Sanidad, 2022, p.28).

En este mismo estudio de Ruiz et al. (2022), se definieron los determinantes más prevalentes a nivel nacional en la última década. Entre ellos encontramos: lugar de residencia, raza o etnia, ocupación, sexo y género, nivel educativo, el nivel socioeconómico y, por último, la red social a la que puede acceder el individuo. Sin embargo, la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS), resalta como en Cataluña prevalece además otro factor más, y que creemos que es importante



destacar dada la cercanía con la que nos atañe; nos referimos al uso de recursos sanitarios que están al alcance de la comunidad (Generalitat de Catalunya, AquAS, 2022, p.871).

Con todo ello, en este trabajo se lleva a cabo la extracción de algunas de las desigualdades mencionadas anteriormente, para su definición y argumentación; su importancia para ser tratado en este análisis reside en la prevalencia de la bibliografía existente actual a la que se iba accediendo, y además, observando con especial interés aquellos indicadores de salud que adquieren protagonismo con mayor frecuencia en nuestro país. Cabe destacar también que la población adulta es la que más prevalece en la literatura accedida, por lo que nos enfocamos en el rango de edad comprendido en esta etapa, que abarca de los 18 a los 65 años.

Por último, recalcar la necesidad de una correcta intervención sobre estos factores, por parte del ámbito sanitario y sobre todo desde centros de atención primaria. Hasta la actualidad se ha conseguido identificar de manera exhaustiva cuáles son los determinantes que influyen en la salud pública, pero se necesita el siguiente paso: un conjunto de políticas de intervención a la hora de saber modificar y disminuir esa diferencia real entre los diferentes grupos sociales y sus desigualdades. Cómo definiría Rojo et al (2020) reafirmando este tipo de acciones: “repensar la salud pública” sería un nuevo enfoque decidido a poner en el foco de la cuestión los diferentes determinantes que confluyen en una comunidad y generan una brecha social entre los diferentes colectivos (p.489).

### **2.2.1. Clase social**

Casi todas las sociedades funcionan bajo una jerarquía, ya sea políticamente, étnicamente o en este caso, según este determinante, de causa económica. La representación más clara de este concepto sería a través de la ocupación que las personas realizan y poder acceder así a diferentes recursos de los cuales provee y garantiza un gobierno o país; todo ello determinado por un poder adquisitivo ligado principalmente al estatus social al que pertenecen. Allen et al. (2020) afirman que son los factores socioeconómicos ligados a la clase social los que se asocian a prácticas conductuales de riesgo y de exponerse con mayor facilidad a enfermedades no transmisibles, incluso aumentar la morbilidad de éstas en las poblaciones con características más mermadas.



Varios autores, como el caso de Bambra et al. (2020) argumentan que el hecho de pertenecer a una determinada clase social permite acceder a mejores recursos, gozar de más o menos bienes o comodidades según la economía de la persona o de una región, y la posibilidad de garantizarse una calidad de vida saludable a través de la vivienda o el trabajo, entre otros.

Sin embargo, no se debe obviar el acceso a una sanidad o educación de calidad, o incluso el consumo de agua potable y una dieta correcta a través de productos saludables, que se consideran también ítems determinantes de un buen nivel de vida (Antoñanzas y Gimeno, 2022).

Por el contrario, la privación o deterioro de todo lo explicado anteriormente implicará un déficit de buenos determinantes sociales para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Este segundo escenario, es el que prevalece en poblaciones o colectivos con una clase social desfavorable.

Y es esto mismo, lo que acarrea problemas posteriores. En las publicaciones se demuestra que, evidenciando un estatus social bajo, aparte de afrontar problemas derivados directamente de la economía deficiente o falta de recursos para poder acceder a una vivienda digna y una alimentación básica, se desarrollan sentimientos de inferioridad o subordinación frente a rangos superiores o situaciones desencadenantes, pueden aparecer respuestas de estrés fisiológico, que, cronificado en el tiempo, acarrea peores problemas de salud físicos o mentales. Por tanto, en este aspecto Bambra et al. (2020) afirman que la exposición de la persona a determinadas circunstancias psicosociales precarias o poco favorecedoras de buenos hábitos, aumentan las probabilidades de susceptibilidad a padecer estresores o incluso aumentar la morbilidad relacionada con el malestar o ansiedad que estas situaciones generan.

En Barcelona, tal como argumenta Borrell et al. (2020), se hizo hincapié en la importancia de detectar aquellos factores que influían en los determinantes de salud de su población de la provincia. La Encuesta de Salud se implementa en 1983 a través de la Entrevista Poblacional, elaborando considerables estudios sobre diferencias en la salud de los habitantes de la provincia, consiguiendo acceder a la información sociodemográfica relevante del territorio con la que poder llevar a cabo medidas más fructíferas y sustanciales. Y así, se pudo reducir la brecha de la esperanza de vida que existía en los barrios más marginados y los que presentaban una mayor renta: en el



período de 2011-2013 registraban un valor de 4,5 años, disminuyéndolo a 2,7 en 2014-2016 (p.71).

### **2.2.2. Educación**

La asociación entre salud y educación ha sido bien probada por la capacidad de esta última para definir los niveles de estratificación social. Aquellos grupos poblacionales definidos por su bajo nivel educativo muestran una mayor desventaja en salud, aunque con diferencias entre países, debido a sus especificidades en cuanto a comportamientos saludables o políticas públicas.

En España, a pesar de la progresiva mejora de la salud autopercebida en las recientes décadas, la población con menor nivel educativo ha seguido declarando una peor salud. En el mismo sentido, artículos como el de Gumà et al., encontraron que precisamente la población española con menor nivel educativo mostraba peores valores para los indicadores de estilo de vida, como consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo, además de mayores problemas para llevar a cabo las actividades diarias (Gumà J. et al., 2019).

Otra parte de la literatura analiza las desigualdades en mortalidad según el nivel de estudios, concretamente el caso de Palència et al. (2020) lo elaboran en base a nueve áreas urbanas europeas. Además, el artículo de 'Perspectives Demogràfiques' abordan también las diferencias en mortalidad y salud en España según el nivel educativo. Esas desigualdades pueden resumirse en una sanción triple de los que tienen un menor nivel educativo en relación con los de mayor nivel: disminución de las expectativas de vida; más porcentaje de desigualdad en la esperanza de vida; y una menor duración de tiempo según la calidad de vida (Blanes y Trias-Llimós, 2021).

Como definen Machón et al., junto al Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología, la educación “es un medidor directo de la salud a lo largo de toda la vida en cuanto que condiciona el conocimiento y la actitud ante diversos hábitos de riesgo y la utilización de servicios de salud” (Machón et al, 2020, p.301). Para poder atacar el problema desde la raíz, es importante remarcar cómo debería potenciarse un cambio en el diseño de políticas que propongan mitigar las desigualdades entre y dentro de los diferentes grupos socioeconómicos, controlando “los factores que están relacionados con los hábitos y estilos de vida que lleve a cabo el individuo, con las condiciones laborales y el estatus, con la “alfabetización en salud”



(health literacy) y con el uso del sistema sociosanitario, entre otros”. (Blanes y Trias-Llimós, 2021).

Por tanto, la educación obtenida a lo largo de la vida es uno de los puntales que condicionan el futuro y desarrollo de las sociedades; es ésta la que permite adquirir habilidades y estrategias de afrontamiento y progreso en la vida de la persona que le ayudarán en su porvenir. Con el principal proveedor de salud, en este aspecto, no nos referiríamos a los servicios sanitarios, sino al sistema educativo y el papel que juegan las instituciones que juegan en nuestro país.

En los últimos años, los estudios superiores han demostrado ser un instrumento para una promoción de la salud en los estudiantes y mejora de su bienestar. La universidad es un medio donde diferentes sujetos con distintos orígenes, con experiencias que definen a cada uno, confluyen en un mismo contexto de ofrecer y adquirir conocimiento, creando una “simbiosis de miradas”, de riqueza para ellos mismos y su entorno. El concepto ya se extiende a nivel mundial con el nombre de: “Universidades Promotoras de Salud” (UPS) (Ministerio de Sanidad, 2008), un lugar donde se debe fomentar y proyectar la salud hacia un continuo cambio social positivo. Rincón-Méndez y Mantilla-Urbe (2019) definen su papel: “el rol de estas instituciones es muy importante teniendo en cuenta sus funciones principales: formación, investigación y extensión o vinculación con la comunidad” (p.25). Por tanto, todo ello les ofrecerá un abanico de posibilidades a la hora de potenciar sus recursos con los que poder hacer frente a desigualdades sociales que se les puedan presentar en circunstancias futuras.

### **2.2.3. Género**

Es importante definir este concepto, ya que será clave para entender la diferencia que sostiene con el sexo. Artazcoz et al. (2018) enmarca las características biológicas que diferencian ambos, es decir, la función claramente sexual y reproductiva, aparte de funciones endocrinas, cardiovasculares, entre otras, que son características que diferencian a la mujer y el hombre. Por tanto, cuando se habla de género, la literatura lo engloba en un ámbito más social, donde se entiende a la persona según la contextualización que una cultura haga de ambos sexos en cuanto a los roles que ejercen, comportamientos o actividades que llevan a cabo; trata más de la concepción social que de la función biológica.



Tradicionalmente, desde el tiempo de las primeras civilizaciones, han predominado y desarrollado dos conceptos muy claros entre ambos géneros que se han trasladado hasta la misma actualidad. Encontramos por ello, según definen diferentes artículos, la “masculinidad hegemónica”, la superioridad masculina sobre la femenina, su predominio ensalzando su carácter autoritario, incluso idealizado. En el lado contrario se encuentra la “feminidad subrayada”, aquella actitud más pasiva, con una connotación de fragilidad o subordinación hacia la figura que es ensalzada sobre ella: el hombre. Y esta relación donde ambos fomentan la sobreposición el uno del otro adoptando cada uno su papel, no hace otra cosa que acentuar la diferencia y más sino, perjudicar al inferior: la mujer (Artazcoz et al, 2018).

Así ha sucedido hasta día de hoy, y es que es en muchos ámbitos donde la asociación de género con una desigualdad es una realidad; y hay diferentes condicionantes que lo contextualizan y lo definen. Uno de ellos, y que ha sido de gran interés durante los últimos años, ha sido la salud mental. En definitiva, se traduce en un estado fisiológico más deficiente: ya se pudo ver con el Covid-19, donde claramente se observó una relación entre el estrés crónico y psicológico en la población, con una disminución de la respuesta inmunitaria del cuerpo (Bambra et al, 2020).

Se estima que, en España, el porcentaje de personas que manifiestan un problema o trastorno de ansiedad asciende a un 6,7% de la población (Latorre et al, 2021). Las patologías mentales prevalecen en el sexo femenino donde destacarían como principales la depresión y la ansiedad (relación 2:1 respecto del sexo opuesto); en los hombres predomina más el diagnóstico de enfermedad mental debido al consumo de sustancias o abuso del alcohol (Bacigalupe et al, 2020).

Varios autores remarcan esta diferencia basándose en un hecho cultural puramente subordinado y la expresión que socialmente se ha normalizado de la feminidad y de la masculinidad, viendo así que mientras la mujer se le “permite” expresar sus sentimientos o mostrar más sensibilidad por su entorno, él reniega de sus pensamientos o malestar psicológico ocultándose en estados de ánimo más agresivos o se inicia en el consumo de sustancias (Bacigalupe et al, 2020; Artazcoz et al, 2018). También vemos como instituciones oficiales fomentan el sesgo en ambos géneros, al puntualizar positivamente conductas que socialmente asociamos al hombre, como autonomía o independencia en la toma de decisiones y, por el contrario, las conductas negativas son



atribuidas a un carácter más femenino, como expresar las emociones o saber comunicarse (Artazcoz et al, 2018).

Otro escenario donde la condición de género constituye una desventaja en cuanto a la mujer, es el marco laboral. Generalmente es el sexo femenino el que accede a condiciones de trabajo más precarios, muchas veces por influencias culturales donde el sector que prevalece en ellas es el doméstico o cuidador (Bacigalupe et al, 2020). De hecho, Alma Antoñanzas y Luis Andrés Gimeno (2022), éste último especialista en Medicina Familiar y comunitaria, definen el trabajo doméstico como un claro factor de desigualdad social derivado “de la persistencia de los roles sociales tradicionales con una marcada división sexual del trabajo” (p.13).

Es en este contexto del hogar donde se evidencia el papel femenino en los cuidados informales que desempeñan y donde prevalece por encima del masculino, en casi la totalidad de los casos. En España, esta figura es representada por una mujer, generalmente hija o cónyuge de la persona a la que atiende, +/- 50 años y unos estudios que no superan la primaria (Antoñanzas y Gimeno, 2022, p. 2). Cuidar atribuye una sobrecarga a la persona que presta su atención en otro individuo que de manera continua requiere ser atendido. Concretamente, en Gipuzkoa, se llevó a cabo un estudio del estado de salud de la población cuidadora femenina, donde describieron peor autopercepción de salud (46,3% de ellas), deterioro de su salud mental (23,3%), dificultades para conciliar sueño (52%), y el consumo de medicamentos (15,4% de las mujeres iniciando el tratamiento farmacológico a posteriori del inicio los cuidados) (Mosquera et al, 2019).

El papel de la mujer en el mundo laboral también se enmarca en un contexto de desigualdad social, pasando por diferentes situaciones en muchos casos: Bacigalupe et al. (2020) los enumera desde la cosificación simbólica o sexual hasta pudiendo llegar a la violencia física. En diferentes sociedades todavía se normaliza una conducta sexista e inferioridad laboral de esta figura femenina. Y, es más, relacionándolo con problemas mentales, se encuentra que en España el trabajo remunerado suele confirmar una mejor salud mental en el sexo masculino, y por el contrario deteriora la misma en ellas, a causa de estar renegadas en su mayoría a trabajos domésticos, que son los que prevalecen en el sexo femenino. (p.64). Rojo et al. (2018), instan a que estas labores del hogar o cuidados informales (generalmente de familiares) no reconocidos económicamente,



potencien acciones políticas y de activismo que promuevan y reafirmen el reconocimiento que se merecen. (p.490).

En definitiva, evidencia que históricamente el género será determinante en el tratamiento y contextualización de la salud mental en la sociedad, dado la fuerza que ejerce la determinación del sexo en un diagnóstico de ansiedad y/o depresión, en su sobremedicación y en su concepto de atributos de inferioridad con respecto al sexo opuesto debido a la influencia del patriarcado y concepción de atributos predominantes o autoritarios de la figura masculina en las poblaciones (Bacigalupe et al, 2020).

#### **2.2.4. Etnia**

En verano del año pasado, el Instituto Nacional de Estadística (INE), registró un récord histórico, desde los últimos 10 años, con una cifra total de 47.615.034 habitantes de la población en España. De los cuales, 478.990 fueron las personas extranjeras que inmigraron a nuestro territorio, con prevalencia de algunas nacionalidades: la colombiana (76.351), le sigue la ucraniana (52.418) y por último, la venezolana (40.824). En su conjunto, representa un 14,4% del total de la población (INE, 2022).

Diferentes autores aseguran que la percepción de salud que manifiestan estos colectivos no es del todo satisfactoria (Serrano, 2021). Comenzando por las barreras idiomáticas evidentes que dificultan su correcta comunicación; siguiendo con un hecho puramente cultural que dificulta el desarrollo con su entorno a la hora de acceder a los recursos que le ofrece la sociedad como la atención en centros sanitarios o de gestión. Antoñanzas y Gimeno (2022) afirman como esto genera una brecha socioeconómica con la que estos grupos se quedan expuestos, primero porque la mayoría reflejan un nivel educativo bajo y segundo, porque cuando se les quiere atender en servicios sanitarios no se tienen a mano las herramientas adecuadas para poder ofrecerle la correcta atención. Es de esta manera como se “generan barreras a la hora de acceder a los servicios sanitarios, y la utilización poco efectiva de los mismos, por falta de adaptación o incluso por discriminación” del sistema hacia este grupo social (p.13).

Durante la crisis sanitaria, se pudo observar como la etnia a la cual pertenecían los individuos, era muchas veces un factor determinante para la reproducción y expansión más rápida de contagios. Las personas pertenecientes a un mismo colectivo tienden a concentrarse en unas mismas áreas urbanas, viviendo en numerosas ocasiones en



condiciones de hacinamiento, favoreciendo un menor control de buenas prácticas higiénicas y de transmisión de enfermedades (Antoñanzas y Gimeno, 2022).

En España, Martin-Sanchez et al. (2021) analizaron la incidencia del virus: era 2,5 veces mayor en comunidades desfavorecidas respecto de barrios más acomodados. En este mismo estudio, se pudo atribuir una mayor probabilidad de ser ingresado en unidades de cuidados intensivos (1,5 veces mayor) según la raza a la que se pertenecía: en este caso, haber nacido en Latinoamérica (teniendo en cuenta que la comunidad procedente del sur de América es la principal población inmigrante en España, representado por un 41,4%%) (p. 3737); también existía mayor probabilidad de mortalidad (1,4 veces mayor) durante su ingreso respecto al resto de población autóctona (p.3740).

### **2.3. Limitaciones de los determinantes sociales (DSS) y el COVID-19**

Una de las principales limitaciones que nos encontramos a principios del siglo XXI, ha sido la crisis sanitaria derivada del virus del SARS-CoV-2. Sabemos que estamos influenciados por los constantes movimientos naturales socioeconómicos que se definen en nuestro país o comunidad, por ello los determinantes de salud que confluyen en la sociedad, influyen positivamente en la salud de las personas o, por el contrario, su importancia se acentuará de manera perjudicial cuando surjan factores externos que puedan alterarlos, como fue el caso del Coronavirus a finales de 2019 (Antoñanzas y Gimeno, 2022). Según datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud (2022), en España la propagación del virus afectó a casi 14 millones de personas, siendo 119 mil los fallecidos.

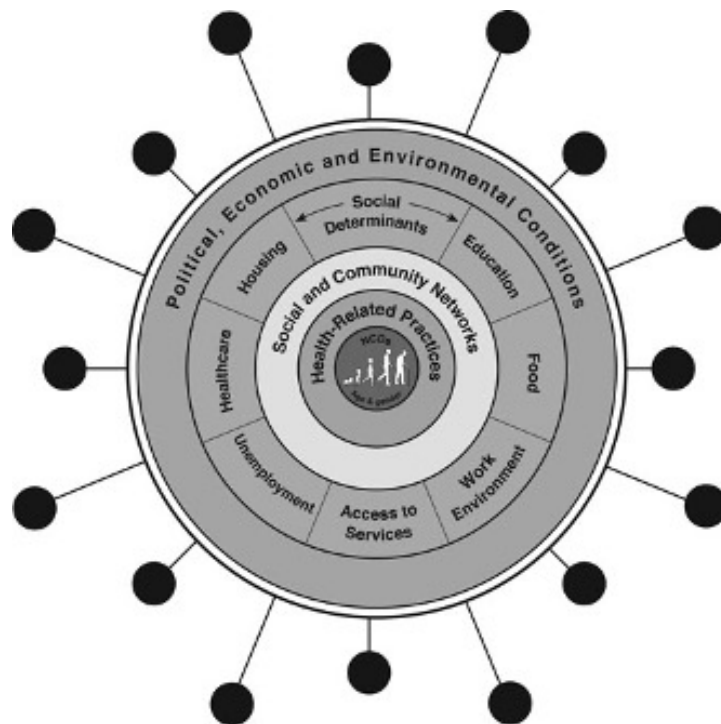
Durante la mitad del siglo XIX, los brotes de tuberculosis y cólera que se produjeron en Berlín, o la epidemia del tifus en parte de la Europa oriental, ya hicieron sospechar de factores que de alguna índole social podrían afectar a la rápida propagación de la enfermedad. Se desarrolló una teoría en su momento, por parte del médico patólogo Rudolf Virchow (padre del famoso trabajo “patología celular”) a través de varios estudios epidemiológicos (1845-1850, como se citó en Martin-Sanchez et al, 2021) que llevó a cabo de los diferentes brotes; se definió como el contagio se propagaba con mayor facilidad a mayor precariedad de recursos o en peores circunstancias se encontraba el individuo. (p. 3738)

Sería un siglo después, el concepto volvería a tomar protagonismo en nuestro territorio con el desarrollo del virus y la importancia de definirlo etimológicamente de forma



apropiada. Desde los inicios del brote, la OMS fue de las primeras organizaciones en apresurarse en enmarcar la situación como una “Pandemia”. Este concepto nada más englobaría una enfermedad independiente que avanza a nivel mundial, donde solo se podrían asociar la repercusión de dicha enfermedad por factores puramente biológicos. Pero se obvió un concepto mucho más determinante. Miller Singer (1990, como se citó en Bacigalupe et al, 2022), médico antropólogo estadounidense, lo propuso como “Sindemia”, una enfermedad que además de desarrollarse como tal, incluye en la ecuación una alta prevalencia de enfermedades crónicas derivadas directamente de desigualdades sociales que existen en una población, agravando así los efectos nocivos de la combinación de ambas enfermedades, por ser expuestas a un contexto socioeconómico más vulnerable. Sería otra evidencia más de que la situación social (Figura 2) de un país es determinante para su evolución y mejora o, por el contrario, su deterioro (Bambra et al, 2020).

**Figura 2.** Sindemia del COVID-19 y la relación de los determinantes de la salud presentes e influyentes en la salud de la población.



Adaptado del concepto de Sindemia de Singer (1990) y del modelo de Dahlgren y Whitehead (1991) sobre las diferentes condiciones causales, de lo individual a lo comunitario, que determinan los DDSS. (*NCD's (Non-communicable diseases): enfermedades no transmisibles: edad y sexo*). Obtenido de Bambra et al, 2020.



Con la crisis sanitaria desarrollada posteriormente, confirmó la influencia y fluctuación que tuvo sobre los determinantes sociales del país. Antoñanzas y Gimeno (2022) asociaron un poder adquisitivo bajo a una mayor incidencia de contagio, es decir, las condiciones laborales o el desempleo influyeron de manera perjudicial. La tasa de mortalidad (Ministerio de Sanidad, 2021) se duplicó en barrios desfavorecidos en relación con otros que tenían acceso a más recursos. También se concluyó que ciertas condiciones de vivienda precarias o escasas (en este caso tratándose de la forma de transmisión del virus, se hablaría de espacios ventilados de manera incorrecta o viviendas acinadas (Antoñanzas y Gimeno, 2022; Burström y Tao, 2020) favoreciendo por ejemplo enfermedades respiratorias tales como asma o vivir un número elevado de personas en espacios pequeños con condiciones higiénicas no recomendables y aumentando tasas de infección y transmisión) favorecían negativamente al contagio (Antoñanzas y Gimeno, 2022; Bambra et al, 2020). Además, hacen alusión a la etnia, confirmando que el hecho de ser inmigrante en el país, dado por barreras idiomáticas o culturales, se asociaba al aumento de casos positivos contagiados. Todos estos DDSS fueron facilitadores de la distribución de casos de Covid-19 y pudieron demostrar que a causa de determinantes sociales más desfavorables se relaciona con mayor incidencia a condiciones más precarias (Antoñanzas y Gimeno, 2022).

Sin ir más lejos, en Barcelona, Amengual-Moreno et al. (2020) pudieron demostrar que existía una clara correlación entre las variables de carácter demográfico y socioeconómico del área con la incidencia de la transmisión e infección por el virus. Por una parte, se reflejó que los barrios con menor renta o desfavorecidos económicamente, aumentó un 42% la incidencia de contagio respecto comunidades con un poder adquisitivo más destacado. Por otro lado, Bambra et al. (2020) enuncia que habitualmente las poblaciones desfavorecidas o marginadas, aun teniendo cobertura a una atención sanitaria pública de igual modo que las clases sociales altas, suelen tener un acceso menor que éste último colectivo debido a una distribución desigual de la atención médica recibida.

Por otra parte, refiriéndose a inmigración, Amengual-Moreno et al. (2020) reflejó diferencias entre las distintas etnias habitantes de la ciudad, ya que si nos referimos a raza asiática, encontraríamos un menor número de casos debido a una conciencia de cultura más distanciada o respetuosa con el contacto, a diferencia de la latina donde la correlación es claramente positiva a causa de hacinamientos en las viviendas y una tasa



de escolaridad más baja; pero en líneas generales, y comparándolo con el resto de población autóctona se observa una menor incidencia en este último grupo.

Posteriormente, las medidas que se llevaron a cabo para poder gestionarlo impactaron nuevamente de manera negativa en regiones más vulnerables. Bambra et al. (2020) argumenta como el confinamiento domiciliario se acentuó la incidencia de problemas de salud mental incluso de violencia de género; también hubo desigualdades sanitarias ya que se priorizó el tratamiento de la situación de la emergencia a la atención médica continuada de la población. Además de que un gran número de gestiones se realizó de manera telemática, eso limitaba el acceso por parte de toda la población (Anghel et al, 2020).

Otro gran ámbito sobre el que impactó drásticamente y prácticamente durante las primeras horas del aislamiento social: el cese o reducción del trabajo de la población. El desempleo aumentó drásticamente y se llevó a cabo la regulación de ERES y ERTES para paliar la prohibición de poder ejercer cualquier trabajo que no fuera esencial. Fue solo una parte de la población la que pudo continuar con su actividad laboral, en casi su totalidad fue aquella que podía realizar o llevar a cabo teletrabajo, aunque seguía dejando la oportunidad de continuar laboralmente a una minoría (Anghel et al, 2020; Bacigalupe A, 2022), y es aquí donde entró en juego otro determinante social, el nivel educativo. Según un estudio que se llevó a cabo en España, era más de dos veces mayor la posibilidad de teletrabajar habiendo realizado estudios universitarios versus la población que no había finalizado el bachillerato. Dibujando aún más “una brecha” entre clases sociales e incide más donde el nivel educativo es más precario o deficiente (Anghel et al, 2020).

Paradójicamente, puede resaltarse un dato curioso, Gimeno (2021) lo comenta: durante este periodo transcurrido durante la pandemia a nivel nacional, el género, uno de los DDSS detallados durante este trabajo como conflictivo o negativo, fue destacado como protector: a pesar de representar una vulnerabilidad debido a su rol predominante como cuidadora principal o trabajadora predominante en el sector sanitario, las medidas preventivas de contagio fueron más interiorizadas y llevadas a cabo por las mujeres, reflejado finalmente en una menor tasa de contagio del virus en ellas.

Como ya se ha visto a lo largo de la historia, grandes propagaciones epidémicas, como el cólera datado del 1816 o a nivel nacional la “gripe española” en el 1918, se han



desarrollado de manera similar en las poblaciones: con tasas más altas de infección y mortalidad en colectivos más desfavorecidos (Bambra et al, 2020). Martin-Sanchez (2021) puso de manifiesto el concepto de “vulnerabilidad social”, un claro ejemplo de cómo las deficiencias que presentan las comunidades influyen directamente en el detrimento de éstas (p.3738). Algunos autores ya pronostican sobre estos indicadores de salud y su influencia en el desarrollo de la población, pues muchos (Amengual-Moreno et al, 2020) creen que “esta pandemia podría ser un importante catalizador de la pobreza y en consecuencia, del empeoramiento de las condiciones de salud” (p.9) viendo así que la crisis sanitaria acontecida durante 2019-20 tendrá graves consecuencias económicas, sociales y de salud a nivel mundial en los próximos años (Bambra et al, 2020).

#### **2.4. Las políticas en salud y el rol del personal de enfermería.**

La salud es un derecho humano, individual y social con importantes repercusiones en la economía. “Una población sana permite que las personas vivan su vida en todo su potencial, en un entorno adecuado y ocupando un sitio en la sociedad” (Generalitat de Catalunya, Plan de salud de Catalunya, 2021). Una estrategia de mejora en este aspecto se plasma en el Plan de salud para adoptar una visión amplia.

El Plan de Salud de Catalunya 2021-2025 pretende guiar las transformaciones del sistema, fortaleciéndolo y trabajando la salud más allá del sistema sanitario, potenciando todo tipo de políticas que tengan un efecto beneficioso sobre la salud de las personas. Además, se distinguen cuatro grandes ejes estratégicos con acciones concretas, que se recogen de la siguiente manera en el dicho documento:

La estrategia 1, la igualdad de oportunidades en salud a lo largo de la vida, hace énfasis en la promoción del bienestar emocional y físico de las personas, y en la prevención de los problemas de salud que pueden generar desigualdad de oportunidades para el desarrollo personal saludable, por razón de sexo o género, condiciones socioeconómicas, nivel de estudios, territorio o edad. La forma de vivir y los entornos relacionados con los ejes de desigualdad son relevantes en la repercusión de la salud de las personas y la calidad de vida (Generalitat de Catalunya, Plan de Salud de Catalunya, 2021, p.21a).

La estrategia 2, los entornos saludables, tiene en cuenta la contribución desde salud para la consecución de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) de las



Naciones Unidas y de todas las medidas que ayuden a mitigar las desigualdades. Incluye las áreas de salud pública tradicionales orientadas al entorno la protección de la salud como, la salud ambiental y alimentaria, el control de la contaminación y el despliegue de la vigilancia epidemiológica. También incluye el abordaje de las enfermedades emergentes y epidemias, la emergencia climática o la resistencia a los antibióticos (Generalitat de Catalunya, Plan de Salud de Catalunya, 2021, p.21b).

La estrategia 3, la integración de la atención a la salud, incluye acciones para la transformación del modelo de atención a las personas, trabajando sobre las prioridades detectadas y las necesidades poblacionales. Refuerza la orientación salutogénica y comunitaria, la atención integrada en el territorio y la integración de los servicios sociales y sanitarios. Todo esto, haciendo énfasis en la transformación de los ámbitos de la atención primaria de salud y comunitaria, los servicios de salud pública, la atención a la salud mental y las adicciones, la atención sociosanitaria y la atención hospitalaria (Generalitat de Catalunya, Plan de Salud de Catalunya, 2021, p.21c).

La estrategia 4, el uso de palancas de cambio transversales, incluye los aspectos necesarios para hacer realidad las tres estrategias anteriores y que es necesario trabajar de forma conjunta para recuperar el sistema de salud y transformarlo. Son necesarios unos elementos facilitadores como, por ejemplo, la participación ciudadana, el liderazgo profesional, la gobernanza de la salud desde diferentes instancias del sistema de salud, la investigación e innovación y las tecnologías de la información (Generalitat de Catalunya, Plan de Salud de Catalunya, 2021, p.21d).

Concretamente, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), en 2002, define la enfermería como el rol sanitario que incluye los cuidados autónomos y en colaboración, que se prestan a las distintas poblaciones, abarcando desde la promoción de la salud hasta la prevención de la enfermedad. Las funciones esenciales de esta profesión son “la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación” (CIE, 2002).



Es por ello que, las orientaciones estratégicas que recoge la OMS sobre enfermería y partería en el período de 2021 a 2025, forman un conjunto de prioridades de políticas que pueden ayudar a contribuir de manera óptima para alcanzar una cobertura universal de salud (CUS). Se estipularon cuatro “orientaciones estratégicas”: desde el reclutamiento de profesionales de la enfermería con competencias específicas para paliar las necesidades de salud; a la creación de empleos para evitar la migración masiva de profesionales a otros territorios; el aumento de las contribuciones en los entornos de los trabajadores; hasta la dirección propia de las enfermeras tanto en el sistema sanitario como educativo (OMS, Orientaciones estratégicas de enfermería, 2021).

El objetivo final de estas políticas concuerda en el concepto de equidad en salud, que como bien argumentan en algún que otro artículo, “es un valor ligado al concepto de derechos humanos y justicia social, buscando que las personas puedan desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social” (González et al, 2023). Representa que según las necesidades que presentan las sociedades, los recursos se destinan en mayor o menor medida. E incidirán de manera más activa en los focos donde exista más diferencias sociales.

Y es que, para poder prestar asistencia sanitaria desde un enfoque de equidad, es necesario comprender que nuestras propias creencias, valores y actitudes, además de nuestra propia herencia sociocultural, resultan en sesgos generalmente inconscientes, que obstaculizan saber cómo responder a las diversas necesidades de las personas con las que entramos en contacto. Por ello, un elemento esencial en cualquier proyecto formativo en este ámbito debe incorporar al conocimiento teórico y/o práctico un espacio de autoconocimiento personal (Landry, 2021).

Así mismo, la gran carga histórica que Enfermería posee, su amplia representación en la fuerza laboral en salud, la alta estima social que cuenta y su amplio conocimiento de las dinámicas socio sanitarias actuales, le otorgan grandes capacidades para apoyar y proporcionar una mayor solidez y consistencia al desempeño de las políticas públicas sanitarias y responder de manera más eficiente a las futuras necesidades de salud de la población. Constituye una práctica social que puede avanzar para componer fuerzas capaces de movilizar cambios sociales más amplios. Sin duda, en la medida que enfermería marque su rumbo profesional aprovechando estas ventanas de oportunidad,



obtendrá una influencia constructiva en la salud humana y la equidad en salud a nivel mundial (Saldías et al, 2022).

### **3. Objetivos e hipótesis**

El objetivo general de la investigación es abordar el impacto de los determinantes sociales en diversos parámetros de salud de la población residente en Cataluña. Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos:

1. Elaborar una revisión de la literatura científica sobre los determinantes sociales de la salud.
2. Evaluar el rol de dos determinantes concretos, el sexo y la clase social, como determinantes sociales de la salud, a partir del estudio de su asociación con variables de salud como el estado de salud autopercebida, el malestar emocional, el tabaquismo, la adherencia a la dieta mediterránea, soporte social y grado de satisfacción con los servicios sanitarios.
3. Utilizar una base de datos de tipo oficial, con datos secundarios, para la producción de datos e información sobre la realidad de salud de la población catalana, en un contexto de sensibilidad cada vez mayor sobre la accesibilidad y aprovechamiento de datos abiertos para la ciencia.
4. Establecer conclusiones relevantes para generar hipótesis a contrastar posteriormente por estudios de tipo analítico.

La inclusión de hipótesis de investigación en investigaciones descriptivas no es un aspecto fundamental (como sí lo es en los estudios analíticos), pues el objetivo no es identificar el impacto de un determinado factor sobre un resultado sino describir relaciones de asociación entre variables. Sin embargo, planteamos igualmente aquí una hipótesis de carácter descriptivo como referencia para la evaluación de los resultados:

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son un predictor de calidad en salud y falta de acceso a los recursos dentro del impacto generado al bienestar de la población. Es por ello que, diversos vectores de tipo social actúan como determinantes de la salud, evidenciando su relación con las desigualdades en la salud y su estilo de vida.



## 4. Metodología

Para cumplir con los objetivos y contrastar la hipótesis citada en el apartado anterior, a continuación, detallamos la metodología empleada en el trabajo.

### 4.1. Proceso de selección bibliográfica

En el proceso de selección bibliográfica, se ha elaborado el marco teórico a partir de la recopilación de información de diferentes bases de datos (PUBMED, SciELO, CINAHL y búsqueda generalizada) referente a los conceptos clave del trabajo, como son: la relación de bienestar de las personas con los determinantes sociales de la salud, las posibles desigualdades sociales relacionadas con ello y el rol que ejerce el personal de enfermería respecto a las políticas implementadas para una posible mejora de la situación.

En PUBMED, las palabras clave utilizadas fueron *social determinants and inequalities and health*, con los filtros de antigüedad de 5 años y texto completo. En una segunda búsqueda, las palabras clave fueron *social determinants and Cataluña*, y los filtros de antigüedad de 5 años y texto completo, nuevamente. Al igual que en las anteriores, con los filtros de antigüedad 5 años y texto completo, en una tercera búsqueda las palabras clave fueron *nursing and inequalities and health policy*. Por otro lado, en la base de datos CINAHL, la búsqueda se centró en las palabras clave *social determinants and nurse and support*, con los filtros de antigüedad 5 años y texto completo. En lo que respecta a la búsqueda generalizada de diferentes fuentes de datos, se utilizó, entre otras, la página web de la OMS y Google Académico.

Con todos los artículos recopilados en un primer lugar entre las diferentes búsquedas realizadas, posteriormente se optó por recurrir a las referencias utilizadas para la elaboración de dichos artículos, un efecto cadena, y así relacionar conceptos a la vez que también se ampliaba el terreno para contar con más fuentes de información y demás artículos de interés.

### 4.2. Diseño

Estudio observacional descriptivo de tipo transversal en base a los datos de la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) de 2021, cuyos responsables son la Dirección General



de Planificación de Salud, el Departamento de Salud y el Instituto de Estadística de Cataluña.

### **4.3. Población**

El universo de estudio de la ESCA 2021 es toda la población residente en Cataluña, sin límite de edad y no institucionalizada (es decir, quedan excluidas las personas residentes en establecimientos colectivos como: hospitales psiquiátricos, residencias sociosanitarias, las que no residen en un domicilio familiar y las que no constan en el Registro poblacional de Cataluña (entre otras).

La muestra participante en la ESCA 2021 está compuesta por 4.827 personas: 2.388 hombres y 2.439 mujeres. El tipo de muestreo utilizado es un muestreo aleatorio, estratificado y en etapas múltiples en cada ola (semestre), durante el año 2021. Las variables de estratificación son el sexo, el grupo de edad, la sección censal y el tamaño del municipio. Las entrevistas se realizaron del 5 al 16 de abril y del 4 de mayo al 31 de diciembre de 2021 (debido a la pandemia de la COVID-19, el trabajo de campo tuvo que detenerse en dos ocasiones). La extracción de la muestra se hizo a partir del registro de población más reciente, con diez personas sustitutas para cada individuo.

El tamaño de la muestra y el proceso de selección aleatoria permiten obtener estimaciones poblacionales con alto nivel de precisión. Concretamente, el margen de error para el conjunto del territorio es de  $\pm 2\%$ .

### **4.4. Instrumento**

La ESCA es una encuesta epidemiológica del Departamento de Salud de Cataluña, integrada en el Plan estadístico vigente, que se realiza periódicamente para obtener información sobre la salud y el estilo de vida de la población catalana. Consiste en una entrevista personal que los encuestadores y encuestadoras realizan en el domicilio de las personas seleccionadas. Desde julio de 2010 se realizan de forma ininterrumpida aproximadamente 5.000 entrevistas al año en toda Cataluña. Sus encuestadores y encuestadoras se identifican mediante una credencial del Departament de Salut (ESCA, 2021).

Se trata de una encuesta de carácter oficial, lo que implica que es de obligada respuesta por parte de las personas seleccionadas y de manera completa y verídica, para poder



así priorizar los objetivos e intervenciones de promoción de salud. Además, la confidencialidad de los datos está garantizada por el secreto estadístico.

El objetivo principal de la encuesta es conocer el estado de salud de la población, los principales factores de riesgo de enfermedades y los hábitos de vida saludables de la población. Se lleva a cabo mediante entrevistas personales o telefónicas a una muestra representativa de la población y los datos se recopilan a través de un cuestionario estandarizado diseñado específicamente para la encuesta (ESCA, 2021).

La ESCA se realiza a partir de un cuestionario de tipo precodificado y estructurado, en tres versiones, que se agrupan según la edad y características de las personas entrevistadas, tanto en catalán como en castellano. Cada una de las versiones está compuesta a su vez por un módulo básico (estable a lo largo del ciclo de 4 años) y otro complementario (para profundizar en áreas, necesidades o colectivos no desarrollados en el básico):

- Cuestionario general: dirigido a adultos de 15 años y más, sin incapacidad para responder, y contiene el total de las preguntas de la encuesta, con una duración media de 45 minutos.
- Cuestionario para informadores indirectos de adultos: dirigido a cuidadores principales de personas adultas, con edad comprendida de 15 años y más, que presentan enfermedad o incapacidad para responder. En este caso no incluye la totalidad de las preguntas por anulación de las que no pueden ser delegadas, con una duración aproximada de 30 minutos.
- Cuestionario para informadores indirectos menores: cuestionario adaptado y específico para infantes de 0 a 14 años, con ítems levemente dispares al de adultos. Dirigido a los progenitores o tutor legal del menor, con un tiempo de entrevista de 30 minutos.

La ESCA se formaliza a partir de una entrevista personal presencial en el domicilio de la persona entrevistada. La entrevista es asistida por ordenador (CAPI), con tres cuestionarios: directo de adultos, indirecto de adultos (para aquellos casos en los que la persona adulta no puede responder por sí misma) e indirecto de menores (14 años y menos) (ESCA, 2021). La ESCA incluye preguntas organizadas en diferentes ámbitos:

- El primer ámbito trata sobre el estado de salud (percepción estado de salud general, problemas de salud, estado de ánimo, trastornos crónicos, etc.).



- El segundo ámbito se centra en los comportamientos y estilos de vida (consumo de tabaco, consumo de alcohol, actividad física, hábitos alimentarios, etc.).
- El tercer ámbito aborda aspectos relacionados con los servicios sanitarios, en relación a la cobertura sanitaria, consumo de medicamentos, uso de servicios de atención primaria y atención especializada, hospitalaria o de urgencias, nivel de satisfacción.
- El siguiente módulo trata de los determinantes de la salud, sobre características relevantes como sexo, edad, nacionalidad, situación familiar, situación laboral, nivel de estudios, etc. (ESCA, 2021).

Por lo tanto, la ESCA cubre una amplia gama de temas, incluyendo la salud general, enfermedades crónicas, hábitos alimentarios, actividad física, consumo de tabaco y alcohol, uso de servicios sanitarios y acceso a ellos, salud mental y calidad de vida.

#### **4.5. Variables**

Dada la multitud de variables incorporadas en la ESCA 2021, el primer paso a nivel analítico ha sido focalizar el estudio a unos ítems determinados. Las variables escogidas, dentro de un abanico tan grande de posibilidades, lo han sido a conciencia para establecer una visión global del tema a tratar desde su generalidad, seleccionando varios ítems de las diferentes dimensiones, sin descartar futuras aproximaciones más concretas.

En primer lugar, hemos seleccionado 6 variables de las 3 dimensiones generales de la ESCA: variables relacionadas con el estado de salud, variables relacionadas con los comportamientos relacionados con la salud, y variables relacionadas con la utilización de servicios sanitarios. Se han seleccionado dos variables de cada dimensión:

- I. **Autopercepción del estado de salud (base población total):** Es la sensación de bienestar individual que tiene la población frente a la pregunta "¿Cómo diría usted que es su salud en general?". Las posibles respuestas son "excelente", "muy buena", "buena", "regular" y "mala". En parte de nuestros análisis, las categorías "excelente", "muy buena" y "buena" se agrupan como estado de salud positivo, mientras que las categorías "regular" y "mala" se agrupan como estado de salud negativo (ESCA, 2021).



- II. **Malestar emocional ( $\geq 15$  años):** En la población de 15 y más años, el malestar emocional se estima con la escala Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS), desarrollada por Tennant et al. (2007), es una escala de 14 a 70 puntos que mide el nivel de bienestar mental, a mayor puntuación, se incrementa dicho bienestar. En esta edición, se ha utilizado la versión reducida de esta escala, que obtiene una puntuación de 7 a 35 puntos. A partir de 2017, pasa a contar con 7 ítems, en vez de 14 (ESCA, 2021).
- III. **Dieta mediterránea ( $\geq 15$  años):** Los hábitos alimenticios de la población de 15 y más años se recogen con el instrumento MEDAS (Mediterranean Diet Adherence Screener), incluido en el estudio PREDIMED de Prevención de la dieta mediterránea. Este instrumento de catorce preguntas analiza la relación entre el nivel de seguimiento de la dieta mediterránea y el IMC, y establece tres grupos en función de la puntuación obtenida: cumplimiento bajo ( $\leq 5$  puntos), cumplimiento medio (entre 6 y 9 puntos) y cumplimiento alto ( $\geq 10$  puntos). Se consideran adecuado seguimiento de las recomendaciones de alimentación mediterránea los niveles de cumplimiento medio y alto (ESCA, 2021).
- IV. **Consumo de tabaco ( $\geq 15$  años):** A partir de la pregunta «De las siguientes situaciones, ¿cuál describe mejor su comportamiento respecto al tabaco?», se ha considerado persona fumadora la que contesta «Actualmente fumo ocasionalmente (menos de una vez al día)» o «Actualmente fumo todos los días», y persona no fumadora a la que contesta «Actualmente no fumo nada y nunca he fumado o había fumado durante menos de seis meses» o exfumadora a la que responde «Actualmente no fumo nada, pero he fumado a lo largo de mi vida durante seis o más» (ESCA, 2021).
- V. **Soporte social ( $\geq 15$  años):** Se mide con la **Escala de Apoyo Social OSLO-3** que forma parte de la lista ECHI (indicadores de salud de la Comunidad Europea) desarrollada por Dalgard et al. (2006). Estudia la relación entre apoyo y sufrimiento psicológico, y ha sido recomendada por el Grupo Técnico de Estadísticas de Salud de la Encuesta europea de Salud. Consta de tres preguntas con respuesta de tipo Likert y cada respuesta tiene una puntuación. Con la suma de las respuestas, se obtiene una puntuación global que varía entre 3 y 14. A más puntuación, mejor apoyo social, y sitúa a la persona entrevistada en una escala de valoración de apoyo social bajo, medio y alto, tal y como se indica a continuación: de 3 a 8 puntos, soporte deficiente o bajo; de 9 a 11 puntos, soporte moderado o medio, y de 12 a 14 puntos, soporte fuerte o eleva



calidad de vida relacionada con la salud, morbilidad crónica y limitaciones (ESCA, 2021).

- VI. Grado de satisfacción con los servicios sanitarios utilizados (0 y más años):** Se han seleccionado a las personas que han utilizado más frecuentemente los servicios públicos respecto a los privados. A estas personas, se les ha pedido el grado de satisfacción con estos servicios mediante una escala Likert con cuatro opciones de respuesta: 1) Muy satisfecha, 2) Satisfecha, 3) Insatisfecha y 4) Muy insatisfecha. Se ha considerado satisfacción con los servicios utilizados cuando han respondido a las opciones 1 o 2 (ESCA, 2021).

Cada una de estas seis variables ha sido analizada de forma desagregada según dos potenciales determinantes sociales: el sexo y la clase social.

- I. El sexo dividido en 2 categorías: Hombre, mujer.
- II. La clase social, que clasifica a las personas según su ocupación en 3 categorías, a partir de la Clasificación catalana de ocupaciones del año 2011 (CCO 2011):
  - Clase I: Directores y gerentes de establecimientos de más o menos de 10 asalariados, deportistas, artistas y profesionales universitarios.
  - Clase II: Ocupaciones intermedias y trabajadores por cuenta propia y cualificados.
  - Clase III: Trabajadores manuales (del sector primario, semicualificados o no cualificados).

Variable independiente		
Sexo		
Hombre	Mujer	
Clase social		
Clase I	Clase II	Clase III
Variable dependiente	Estado de salud autopercebido	
	Malestar emocional	
	Cumplimiento de la dieta mediterránea	
	Consumo de tabaco (diario y ocasional)	
	Valoración del soporte social a través de la escala OSLO-3	
	Grado de satisfacción con los servicios sanitarios	



#### **4.6. Plan de análisis**

Para elaborar los gráficos de evolución para mostrar la tendencia temporal, se han utilizado los indicadores estandarizados según la edad mediante el método directo y estratificados según el sexo. Para la estandarización, se ha utilizado la última población estándar europea del año 2013 propuesta por el EUROSTAT. Se han calculado los intervalos de confianza de los indicadores estandarizados y se han comparado con los del año anterior (ESCA, 2021).

Para evaluar el grado de asociación entre los dos determinantes sociales y las seis variables de salud se ha utilizado la técnica de asociación mediante el estadístico chi cuadrado, por ser todas las variables medidas a nivel categórico. Todos los análisis se han efectuado con un nivel de significación estadística, marcado a priori, del 0,05. Se ha añadido una medida de la fuerza de asociación, ya sea el coeficiente Phi (en tablas 2x2) o el coeficiente V de Cramer (en tablas superiores).

Finalmente, se ha evaluado también el riesgo relativo, incluyendo el intervalo de confianza (95%). En aquellas tablas superiores a 2x2, el riesgo relativo se ha comparado para cada categoría, en comparación con el resto de las categorías agrupadas.

#### **4.7. Aspectos éticos**

El tratamiento con los participantes no se ha establecido de manera directa, por tanto, los datos se obtienen desde una posición secundaria. Lo que implica una confidencialidad de los datos garantizada por el secreto estadístico según la ley 23/1998 de Cataluña, que promueve:

- El tratamiento de las respuestas no será difundido individualmente.
- La difusión de las respuestas no tendrá una finalidad diferente a la estadística oficial.
- La relación entre respuestas ofrecidas y persona seleccionada no se llevará a cabo.
- La identificación personal de cada usuario únicamente se utilizará para establecer contacto para el inicio de la entrevista y control de la ejecución de esta.

### **5. Resultados**

Los resultados de este trabajo se organizan en los 2 siguientes enfoques:



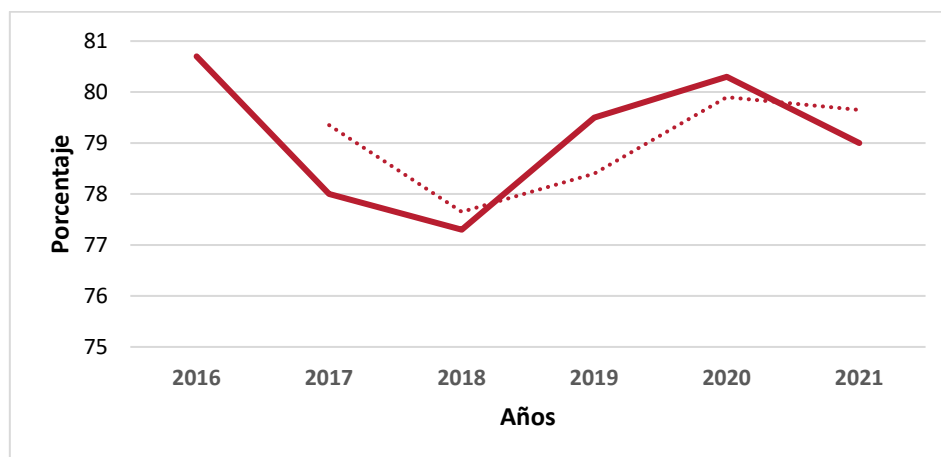
Inicialmente, nos hemos centrado en una evaluación descriptiva univariable y longitudinal de la distribución, por frecuencias, de los parámetros de salud seleccionados en nuestro análisis. La línea discontinua de las figuras indica el valor medio en tramos de 2 años, todas ellas de elaboración propia.

En segundo lugar, hemos realizado un análisis bivariable de la asociación entre el sexo y la clase social con los determinantes variables de salud de las personas. Se ofrecen los resultados de la prueba de independencia basada en el chi cuadrado, así como de indicadores para medir la fuerza de la asociación. Los gráficos de los resultados se encuentran en el anexo 9.2.

### 5.1. Una visión global de las desigualdades sociales en salud

Como punto de partida, en 2021, el 79% de la población seleccionada ha experimentado un altibajo en el estado de salud autopercebida. La media de la población de estos últimos años, es decir, el valor más habitual de salud autopercebida positiva que se encuentra es de un 79,13% de los casos. Se pueden ver 2 grandes depresiones, la primera desde 2016 hasta 2018 y la segunda de 2020 a 2021, ésta última a causa de la pandemia del Covid-19 (Figura 3).

**Figura 3.** Estado de salud autopercebida en los últimos 5 años en Cataluña.



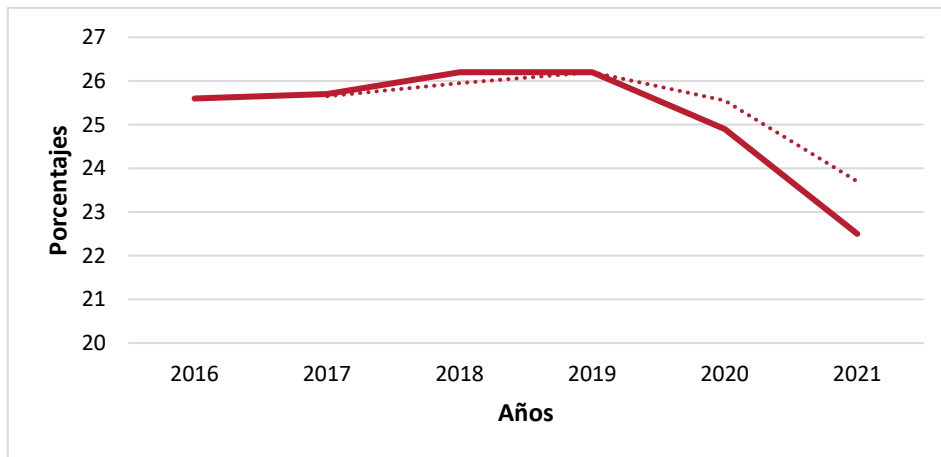
Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021. Nota: La línea discontinua de las figuras indica el valor medio en tramos de 2 años.

En el caso de la evaluación del estado emocional de las personas, hasta 2016 el instrumento WEMWBS se realizaba con 14 ítems, y a partir de 2017 pasa a ser con 7 ítems. Se puede ver una estabilidad o aumento hasta 2019, dónde después de ese año



disminuye considerablemente, pasando de un 26,2% en 2019 a un 22,5% en 2021. Ciertamente es que, una de las manifestaciones de la sindemia del Covid-19 ha sido la pandemia silenciosa referente a la salud mental y los casos de suicidio, lo que ha llevado a la toma de conciencia de la población para su mejoría. Manteniendo, aun así, la media de malestar emocional en un 25,18% de los casos (Figura 4).

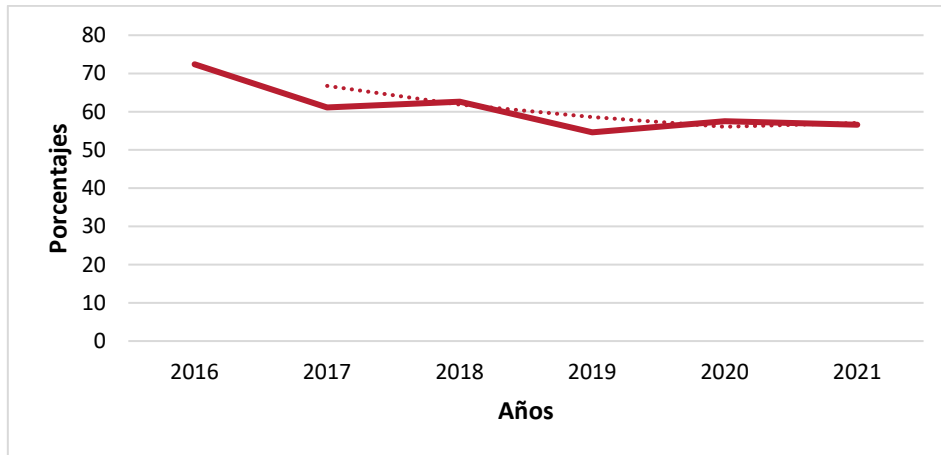
**Figura 4.** Malestar emocional en los últimos 5 años en Cataluña



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021. Nota: La línea discontinua de las figuras indica el valor medio en tramos de 2 años.

Otro foco de atención reside en el hecho de tener un estilo de vida óptimo, lo que en cierto modo recae en la base de alimentación de las personas. El seguimiento de una dieta mediterránea dentro de la población catalana ha disminuido en los últimos años, con unos altibajos entre 2017 y 2019 y manteniéndose en valores similares de 2020 a 2021. Pasando de un 72,4% de cumplimiento en 2016 a un 56,6% en 2021, a causa de la globalización de la alimentación como uno de los principales problemas para el mantenimiento de las dietas locales de cada territorio (Figura 5).

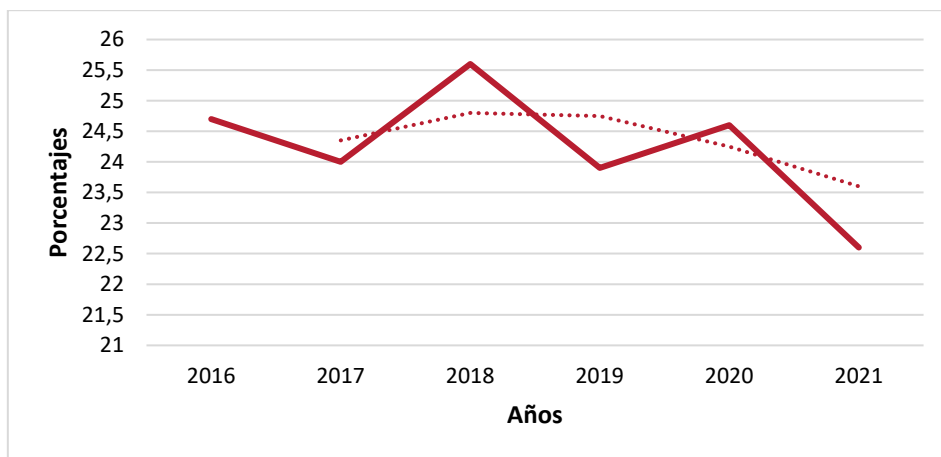
**Figura 5.** Cumplimiento de la dieta mediterránea



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021. Nota: La línea discontinua de las figuras indica el valor medio en tramos de 2 años.

Así mismo, los hábitos tóxicos también son otra de las dimensiones en las que se ven sumergida la calidad de vida de las personas y los determinantes que las envuelven. En el caso del consumo de tabaco, ha experimentado diferentes picos de crecimiento en 2018 y 2020, hasta disminuir en 2021 un 2% por debajo del valor de 2016. Ciertamente es que, la población en mayor o menor medida que es fumadora se ha mantenido en estos años, ya que el crecimiento o disminución es bastante leve (Figura 6).

**Figura 6.** Consumo de tabaco (Diario + ocasional)



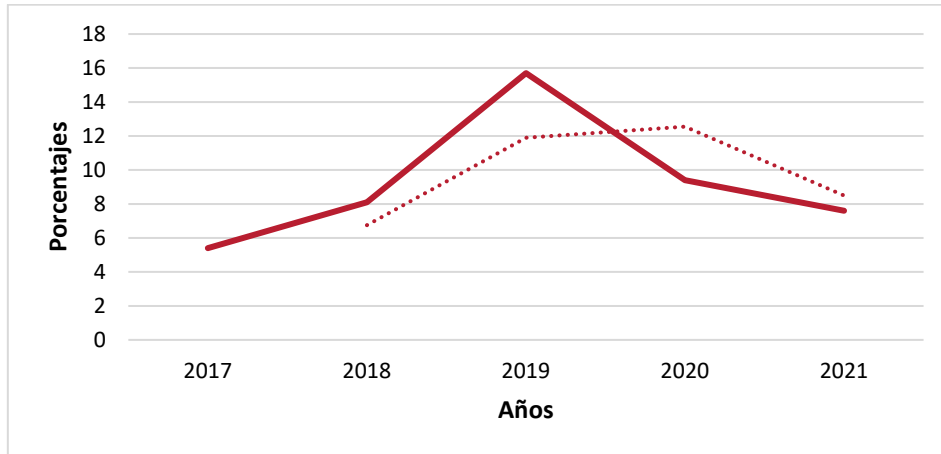
Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021. Nota: La línea discontinua de las figuras indica el valor medio en tramos de 2 años.

Desde una visión social, el soporte con el que cuenta la población catalana ha sufrido un aumento considerable desde 2018 a 2019, duplicando casi su valor de un 8,1% a un



15,7%. Para posteriormente, observar un decrecimiento de 2019 en adelante a causa de la crisis sanitaria del COVID-19, vulnerabilizando a la población este sentido, representado con un 7,6% de los casos en 2021 (Figura 7).

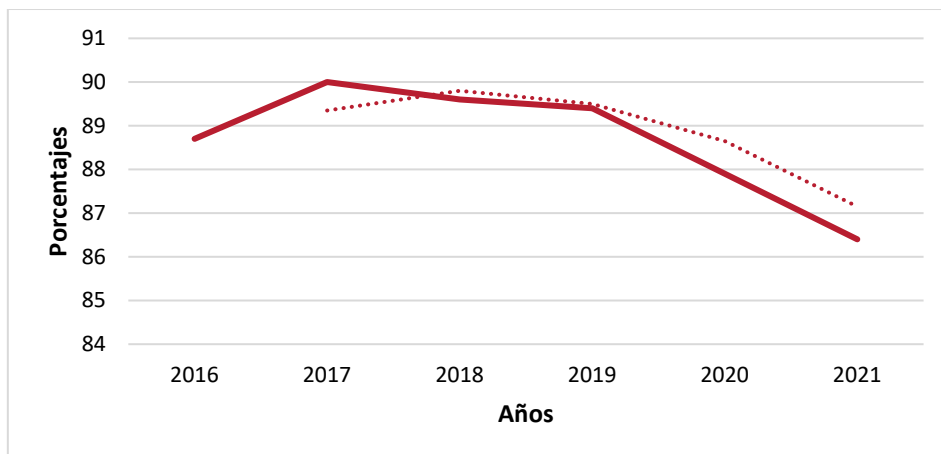
**Figura 7.** Valoración del soporte social, según la escala OSLO-3.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021. Nota: La línea discontinua de las figuras indica el valor medio en tramos de 2 años.

Para finalizar este apartado, nos centramos también en el ámbito sanitario, donde la satisfacción de los usuarios ha tenido una pequeña mejoría de 2016 a 2017 en el 90%, y posteriormente en 2020 y 2021 ha empeorado a un 86,4%, debido al colapso sanitario y la falta de recursos y personal en la pandemia. Manteniendo aun así la media de satisfacción en un 88,67% en los últimos 5 años (Figura 8).

**Figura 8.** Grado de satisfacción por el uso de servicios sanitarios en los últimos 5 años en Cataluña.





Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021. Nota: La línea discontinua de las figuras indica el valor medio en tramos de 2 años.

## 5.2. Sexo y clase social como determinantes de la salud

Haciendo alusión a lo dicho anteriormente, este punto del trabajo va dirigido a estudiar el rol del sexo y de la clase social como determinantes de salud en las cinco variables seleccionadas: estado de salud autopercebida, malestar emocional, cumplimiento de la dieta mediterránea, consumo de tabaco, valoración del soporte social y grado de satisfacción por el uso de los servicios sanitarios.

### 5.2.1. Estado de salud autopercebida

Se identificó que los hombres percibieron de forma más positiva su estado de salud que las mujeres. Concretamente, el 18,2% de los hombres lo definieron como “excelente” (2 puntos más que las mujeres) y el 33,6% como “muy buena” (2,8 puntos más que las mujeres). En cambio, las mujeres presentaron una mayor probabilidad de percibir su salud como “mala” (4,9%, 1,8 puntos por encima de los hombres) y “regular” (14,7%, 1,8 puntos) (Tabla 1).

La prueba de asociación determinó que las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2=19,9$ ;  $p<0,001$ ). La fuerza de asociación utilizada para reflejar la solidez de ésta fue la prueba de V de Cramer (0,0653) y mostró una vinculación débil.

**Tabla 1.** Estado de salud autopercebida según sexo. Base población total expresada en N muestral y porcentajes.

Sexo		Estado de salud autopercebida					Total
		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Hombre	Observado	425	787	763	293	72	2340
	% de fila	18,2 %	33,6 %	32,6 %	12,5 %	3,1 %	100,0 %
Mujer	Observado	376	718	777	342	115	2328
	% de fila	16,2 %	30,8 %	33,4 %	14,7 %	4,9 %	100,0 %
Total	Observado	801	1505	1540	635	187	4668
	% de fila	17,2 %	32,2 %	33,0 %	13,6 %	4,0 %	100,0 %



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Además, se estudió el riesgo relativo (RR), con el que se determinó la probabilidad comparativa de que se produjera el factor estudiado (en este caso, el hecho de percibir el estado de salud como “malo o regular”, en comparación con las otras tres categorías) en un grupo en comparación con otro grupo. Para poder realizar dicho riesgo, se agruparon las cinco opciones de respuesta en dos para así obtener una tabla de contingencia de 2x2: una categoría se define por “excelente, muy bueno o bueno”; y la otra por “regular o malo”. Como se observa en la Tabla 2, ser mujer estuvo asociado con un mayor riesgo de presentar un estado de salud regular o malo, mientras que ser hombre apareció como un factor protector de dicho estado de salud.

**Tabla 2.** RR de tener un estado de salud “regular o malo” en función del sexo.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Hombre	0,7946	0,7012 a 0,9004	<0,001
Mujer	1,2585	1,1106 a 1,4262	<0,001

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

En segundo lugar, se evaluó si la percepción del estado de salud estaba vinculada a la clase social a la que pertenece la población. Se encontró que en la Clase I prevalecieron los estados de salud más favorables: las categorías de “excelente” y “muy buena” englobaron el 58,5% de las respuestas. Por el contrario, en la Clase III este porcentaje descendió 13,7 puntos hasta un 44,8% de este perfil poblacional. En contrapartida, las categorías inferiores, “regular” y “mala”, fueron más percibidas en la tercera clase, con un 22%, respecto a un 8,7% en la Clase I. Esta diferencia fue concluyente desde un punto de vista significativo ( $X^2=126$ ;  $p<0,001$ ), aunque la fuerza de asociación utilizada (Phi de Cramer: 0,116) refleja que los campos están débilmente relacionados (Tabla 3).

**Tabla 3.** Estado de salud autopercebida según clase social. Base población total expresada en N muestral y en porcentajes.

Clase social		Estado de salud autopercebida					Total
		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Clase I	Observado	249	435	383	80	22	1169
	% de fila	21,3 %	37,2 %	32,8 %	6,8 %	1,9 %	100,0 %



**Tabla 3.** Estado de salud autopercebida según clase social. Base población total expresada en N muestral y en porcentajes.

Clase social		Estado de salud autopercebida					Total
		Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala	
Clase II	Observado	172	268	281	114	24	859
	% de fila	20,0 %	31,2 %	32,7 %	13,3 %	2,8 %	100,0 %
Clase III	Observado	380	802	876	441	141	2640
	% de fila	14,4 %	30,4 %	33,2 %	16,7 %	5,3 %	100,0 %
Total	Observado	801	1505	1540	635	187	4668
	% de fila	17,2 %	32,2 %	33,0 %	13,6 %	4,0 %	100,0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

La prueba de riesgo relativo mostró que las personas ubicadas en la clase III presentaron 1,86 veces más probabilidades de percibir su estado de salud como “regular o malo”, en comparación al resto de la población. Pertenecer a la clase I apareció aquí como un factor protector, mientras que la clase II presentó una posición intermedia, con unos resultados no concluyentes ( $p=0,1919$ ). (Tabla 4).

**Tabla 4.** RR de tener un estado de salud “regular o malo” en función del sexo.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Clase I	0,4240	0,3484 a 0,5164	<0,001
Clase II	0,8946	0,7568 a 1,0575	0,1919
Clase III	1,8628	1,6215 a 2,1401	<0,001

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

### 5.2.2. Malestar emocional

La segunda variable analizada fue el estado de malestar emocional. En primer lugar, los resultados apuntan a que el sexo presentó otra vez una distinción entre los niveles de malestar. El 18,2% de los hombres refirió un estado de malestar emocional, frente a un 28,6% en mujeres (Tabla 5). Esto implica que, en cuestión de sexo, la probabilidad de padecer esta dolencia fue 10 puntos superior en las mujeres. Además, las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 49,0$ ;  $p < 0,001$ ). La fuerza del efecto es



determinada por el coeficiente de asociación de Phi (0,123) definiendo así una solidez del impacto leve.

**Tabla 5.** Malestar emocional según sexo. Población  $\geq 15$  años expresada en N muestral y en porcentajes.

Sexo		Malestar emocional		Total
		Sí	No	
<b>Hombres</b>	Observado	295	1326	1621
	% de fila	18,2 %	81,8 %	100,0 %
<b>Mujeres</b>	Observado	463	1155	1618
	% de fila	28,6 %	71,4 %	100,0 %
<b>Total</b>	Observado	758	2481	3239
	% de fila	23,4 %	76,6 %	100,0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Por último, cabe destacar que el hecho de pertenecer al sexo masculino fue identificado como un factor protector en cuanto a padecer sintomatología referente a malestar emocional (RR=0,6360; IC95%: 0,559 a 0,723), mientras que las mujeres tuvieron un riesgo 1,57 veces superior de padecer malestar emocional (Tabla 6).

**Tabla 6.** RR de padecer malestar emocional en función del sexo

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Hombre	0,6360	0,5591 a 0,7234	<0,001
Mujer	1,5724	1,3825 a 1,7885	<0,001

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021

Por otra parte, se evaluó la relación del estado emocional con la clase social. Los mayores niveles de malestar emocional se dieron entre la clase social III (25,1%) y la menor afectación se dio entre la clase I (18,8%). El vínculo entre ambas variables resultó estadísticamente significativo ( $X^2=12,4$ ;  $p=0,002$ ), si bien el tamaño del efecto nuevamente fue pequeño (Phi =0,0619) (Tabla 7).



**Tabla 7.** Malestar emocional según clase social. Población  $\geq 15$  años expresada en N muestral y en porcentajes.

Clase social		Malestar emocional		Total
		Sí	No	
Clase social I	Observado	148	639	787
	% de fila	18,8 %	81,2 %	100,0 %
Clase social II	Observado	152	474	626
	% de fila	24,3 %	75,7 %	100,0 %
Clase social III	Observado	458	1368	1826
	% de fila	25,1 %	74,9 %	100,0 %
Total	Observado	758	2481	3239
	% de fila	23,4 %	76,6 %	100,0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

El análisis del riesgo relativo mostró otra vez la vinculación de la clase III con unas mayores probabilidades de malestar emocional (1,1814), mientras que pertenecer a la clase I apareció aquí como un factor protector. Pertenecer a la clase II no supuso unas diferencias estadísticamente significativas respecto al resto de la población (Tabla 8).

**Tabla 8.** RR de padecer malestar emocional en función de la clase social.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Clase I	0,7559	0,6437 a 0,8877	<0,001
Clase II	1,0470	0,8918 a 1,2170	0,6060
Clase III	1,1814	1,0395 a 1,3426	<0,0107

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

### 5.2.3. Cumplimiento de la dieta mediterránea

Otra de las variables a estudiar fue el seguimiento de una dieta mediterránea. Los resultados nos demuestran que hubo diferencias estadísticamente significativas para afirmar que existió asociación ( $\chi^2=21,1$ ;  $p<0,001$ ). Aunque al observar la fuerza de asociación nos determina que esta relación tiene un carácter débil (V de Cramer: 0,0811). Los hombres tienden a no seguir indicaciones de este tipo de alimentación con un 47,8%; en ellas el porcentaje desciende 8 puntos hasta un 39,8% (Tabla 9).



**Tabla 9.** Cumplimiento de una dieta mediterránea según sexo. Población  $\geq 15$  años expresada en N muestral y en porcentajes.

Sexo		Cumplimiento de dieta mediterránea		Total
		No sigue indicaciones	Adherencia media o alta	
Hombre	Observado	766	836	1602
	% de fila	47,8 %	52,2 %	100.0 %
Mujer	Observado	639	968	1607
	% de fila	39,8 %	60,2 %	100.0 %
Total	Observado	1405	1804	3209
	% de fila	43,8 %	56,2 %	100.0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Además, la prueba RR mostró que pertenecer al sexo masculino exponía a este grupo a tener una probabilidad de 1,2 veces de no seguir las pautas de una alimentación mediterránea, respecto a la mujer. Por lo que el hombre, en este caso, fue un condicionante de riesgo para no consumir alimentos más saludables y variados (Tabla 10).

**Tabla 10.** RR de no seguir indicaciones de una dieta mediterránea en función del sexo.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Hombre	1,2025	1,1112 a 1,3013	<0,001
Mujer	0,8316	0,7685 a 0,9000	<0,001

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Al analizar esta variable con la clase social, la significación de la prueba demostró que las variables estaban asociadas de manera firme ( $X^2=38,2$ ;  $p<0,001$ ). Aunque observando nuevamente la fuerza de relación de ambas variables, nos reveló un valor débil de 0,109. Los porcentajes nos permiten observar que la Clase social I (65,6%) afirmó seguir las indicaciones mientras que la Clase social III descendió hasta un 52,4%, configurando una diferencia de 13,2 puntos entre ambas categorías (Tabla 11).



**Tabla 11.** Cumplimiento de una dieta mediterránea según clase social. Población  $\geq 15$  años expresada en N muestral y en porcentajes.

Clase social	Cumplimiento de dieta mediterránea			
		No sigue indicaciones	Adherencia media o alta	Total
Clase I	Observado	268	510	778
	% de fila	34,4 %	65,6 %	100.0 %
Clase II	Observado	274	343	617
	% de fila	44,4%	55,6 %	100.0 %
Clase III	Observado	863	951	1814
	% de fila	47,6 %	52,4 %	100.0 %
Total	Observado	1405	1804	3209
	% de fila	43,8 %	56,2 %	100.0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Se accede ahora al RR de la prueba con el que se determinó la alta probabilidad (1,22) que tenía la clase III de no seguir indicaciones en cuanto a una alimentación saludable. Es decir, pertenecer a la clase III constituyó un factor de riesgo a la hora de mantener una dieta mediterránea, mientras que en la clase I se determinó como un factor protector y, en cambio, en la clase II no se encontraron resultados determinantes ( $p=0,7263$ ). Por tanto, a medida que se baja de clase social también se hace un menor seguimiento de la dieta (Tabla 12).

**Tabla 12.** RR de no seguir indicaciones de una dieta mediterránea en función de la clase social.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Clase I	0,7365	0,6626 a 0,8187	<0,001
Clase II	1,0177	0,9222 a 1,1231	$p = 0,7265$
Clase III	1,2245	1,1285 a 1,3287	<0,001

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

#### 5.2.4. Consumo de tabaco

La siguiente variable de estudio se centra en el consumo de tabaco según el sexo. Un 25% de hombres afirmaron consumir tabaco frente a un 18% representado por mujeres. Las diferencias fueron estadísticamente significativas ( $\chi^2 = 106$ ;  $p < 0,001$ ). La fuerza del



efecto fue determinada por el coeficiente de asociación de Phi y V de Cramer (0,181) y concluyó que es leve (Tabla 13).

**Tabla 13.** Consumo de tabaco según sexo. Población  $\geq 15$  años expresada en N muestral y porcentajes.

Sexo	Consumo de tabaco					
	Fumador diario	Fumador ocasional	Exfumador	No fumador	Total	
<b>Hombre</b>	Observado	367	40	457	766	1630
	% de fila	22.5 %	2.5 %	28.0 %	47.0 %	100.0 %
<b>Mujer</b>	Observado	264	30	280	1054	1628
	% de fila	16.2 %	1.8 %	17.2 %	64.7 %	100.0 %
<b>Total</b>	Observado	631	70	737	1820	3258
	% de fila	19.4 %	2.1 %	22.6 %	55.9 %	100.0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

La prueba del RR realizada para el hábito tabáquico según el sexo en este caso, esclareció que, el hecho de pertenecer al sexo femenino era un factor protector para el consumo del tabaco (ya sea manera ocasional o permanente). Fue el hombre el que mostró 1,38 de probabilidad de ser fumador respecto de la mujer (Tabla 14).

**Tabla 14.** RR de ser fumador diario u ocasional en función del sexo.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Hombre	1,3827	1,2100 a 1,5799	<0,001
Mujer	0,7232	0,6329 a 0,8264	<0,001

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Por otra parte, la variable del consumo tabáquico se relacionó según las clases sociales: los porcentajes revelan que no hubo diferencias contundentes en los diferentes grupos, mientras la clase I presentaba un 20,1% de fumadores, la clase III lo hizo con 2,6 puntos más, un total de 22,7%. De igual manera en las categorías en las que no hubo un consumo, la clase III presentó un 77,3% mientras que la clase I ascendió a un 79,9%. La prueba fue estadísticamente significativa para las variables estudiadas ( $\chi^2 = 106$ ;  $p < 0,001$ ), aunque el impacto de asociación nos determina que ésta tuvo un carácter débil (V de Cramer: 0,181) (Tabla 15).



**Tabla 15.** Consumo de tabaco según clase social. Población  $\geq 15$  años expresada en N muestral y porcentajes.

Clase social	Consumo de tabaco					
	Fumador diario	Fumador ocasional	Exfumador	No fumador	Total	
Clase I	Observado	131	28	198	434	791
	% de fila	16,6 %	3,5 %	25,0 %	54,9 %	100,0 %
Clase II	Observado	111	15	154	348	628
	% de fila	17,7 %	2,4 %	24,5 %	55,4 %	100,0 %
Clase III	Observado	389	27	385	1038	1839
	% de fila	21,2 %	1,5 %	20,9 %	56,4 %	100,0 %
Total	Observado	631	70	737	1820	3258
	% de fila	19,4 %	2,1 %	22,6 %	55,9 %	100,0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Más allá de los porcentajes, si se observa el riesgo relativo de esta prueba, se determinó que los resultados no eran esclarecedores, puesto que los valores obtenidos no concluyeron que el consumo de tabaco fuera determinado por el grupo social al que se pertenecía. En el caso de pertenecer a la clase III, esto se evidenció como un factor de riesgo, 1,12 veces más de probabilidad respecto a las otras clases, pero sin ser determinante ( $p=0,0816$ ). (Tabla 16).

**Tabla 16.** RR de ser fumador diario u ocasional en función de la clase social.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Clase I	0.9149	0,7815 a 1,0711	$p=0,2689$
Clase II	0.9177	0,7727 a 1,0900	$p=0,3278$
Clase III	1.1263	0,9852 a 1,2876	$p=0,0816$

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

### 5.2.5. Valoración del soporte social (Escala OSLO-3)

A continuación, la variable analizada sobre la valoración de la red social se relacionó con las categorías de sexo. La prueba de significación demostró que no había asociación entre ambos campos, ya que presentó un valor de  $p$  superior a 0,05 ( $p=0,193$ ;



$X^2=3,29$ ). Además, observando los porcentajes, las diferencias de los dos sexos no superó 1,4 puntos entre hombres y mujeres (92,3% y 90,9% respectivamente) (Tabla 17).

**Tabla 17.** Soporte social según sexo. Población  $\geq 15$  años expresada en N muestral y en porcentajes.

Sexo		Soporte Social			Total
		Fuerte	Intermedio	Pobre	
Hombre	Observado	725	743	122	1590
	% de fila	45,6 %	46,7 %	7,7 %	100,0 %
Mujer	Observado	747	705	145	1597
	% de fila	46,8 %	44,1 %	9,1 %	100,0 %
Total	Observado	1472	1448	267	3187
	% de fila	46,2 %	45,4 %	8,4 %	100,0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Comprobando el riesgo relativo de esta misma asociación, dividiendo las opciones de respuesta en “fuerte o intermedio” y “pobre”, se ratificó nuevamente el poco grado de significación entre dichas variables de sexo, pues no hubo diferencias a nivel estadístico ( $p=0,1525$ ) (Tabla 18).

**Tabla 18.** RR de percibir un soporte social pobre en función del sexo.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Hombre	0,8451	0,6711 a 1,0642	P=0,1525
Mujer	1,1841	0,9397 a 1,4902	P=0,1525

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

El soporte social se relacionó entonces con la clase social. La clase III demostró casi el doble de probabilidad (9,5%) respecto de la clase I (5,5%) al considerar que el soporte social que percibieron fue “pobre”. Es en las categorías de “fuerte o intermedio”, donde la clase I reflejó un 54,4%, 11,6 puntos por encima de la clase III (42,8%). El nivel de significación de esta prueba fue  $p<0.001$ , con un valor de  $X^2=33.1$ ; ambos dos, nos determinaron que la diferencia entre las variables fue concluyente. El valor de Phi y V



de Cramer nos mostró, pero, que la fuerza entre dichas variables se mostró débil (0,0720) (Tabla 19).

**Tabla 19.** Soporte social según clase social. Población  $\geq 15$  años expresada en N muestral y porcentajes.

Clase social		Soporte Social			Total
		Fuerte	Intermedio	Pobre	
Clase I	Observado	423	312	43	778
	% de fila	54,4 %	40,1 %	5,5 %	100,0 %
Clase II	Observado	280	279	53	612
	% de fila	45,8 %	45,6 %	8,7 %	100,0 %
Clase III	Observado	769	857	171	1797
	% de fila	42,8 %	47,7 %	9,5 %	100,0 %
Total	Observado	1472	1448	267	3187
	% de fila	46,2 %	45,4 %	8,4 %	100,0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Además, el RR resultante de esta prueba determinó que pertenecer a la clase I era un factor protector (0,59) para percibir un soporte social pobre ( $p=0,0013$ ), lo que no se mostró en los otros dos grupos, donde el valor es superior a 1; en la clase intermedia no fue un dato relevante puesto que el nivel de significación demostró ser muy elevado ( $p=0,77$ ). La clase III, por tanto, presentó una probabilidad de 1,3 veces de categorizar un valor pobre al soporte social que percibían (Tabla 20).

**Tabla 20.** RR de percibir un soporte social pobre en función de la clase social.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Clase I	0,5944	0,4333 a 0,8154	P=0,0013
Clase II	1.0420	0,7817 a 1,3892	P=0,7789
Clase III	1.3778	1,0839 a 1,7515	P=0,0088

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

### 5.2.6. Grado de satisfacción con los servicios sanitarios

El grado de satisfacción en base a la cobertura sanitaria ofrecida, fue representada por el hombre de manera positiva en la categoría de “muy satisfecho”, con un 31,6%, encontrándose entonces por debajo a la mujer con un 30,6%. Por el contrario, ella



clasificaba su percepción como “muy insatisfecha” con un valor de 2,4%; 0,8 puntos más que el hombre (1,6%). La diferencia en las dos variables demostró ser estadísticamente significativa ( $X^2= 6.70$ ;  $p<0,001$ ); sin embargo, la medida de asociación indicó que la fuerza de ésta (Phi y V de Cramer: 0,0376) no fue concluyente ya que evidenciaba un valor ínfimo (Tabla 21).

**Tabla 21.** Grado de satisfacción de los servicios sanitarios según sexo. Población  $\geq 0$  años expresada en N muestral y en porcentajes.

Sexo		Grado de satisfacción con servicios sanitarios				Total
		Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho	
Hombre	Observado	666	1257	149	34	2106
	% de fila	31,6 %	59,7 %	7,1 %	1,6 %	100,0 %
Mujer	Observado	655	1252	183	51	2141
	% de fila	30,6 %	58,5 %	8,5 %	2,4 %	100,0 %
Total	Observado	1321	2509	332	85	4247
	% de fila	31,1 %	59,1 %	7,8 %	2,0 %	100,0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

La prueba RR reflejó como la satisfacción hacia el sistema de salud nacional, estuvo condicionado por el sexo, pues la mujer fue 1,25 veces más probable que categorizó su experiencia con la sanidad como “insatisfecho o muy insatisfecho” respecto del hombre, el cual mostró un valor mucho más inferior (0.79) (Tabla 22).

**Tabla 22.** RR de tener un grado de “muy insatisfecho o insatisfecho” de los servicios sanitarios en función del sexo.

	Riesgo relativo	Intervalo de confianza	P
Hombre	0.7950	0,6615 a 0,9555	P=0,0145
Mujer	1.2578	1,0466 a 1,5116	P=0,0145

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

Midiendo el grado de satisfacción entre las diferentes clases sociales, se observó que hubo asociación significativa de dichos campos. La prueba de  $X^2$  adquiere una puntuación de 29,5; y  $p<0.001$ . Aunque la fuerza del efecto presentó un valor muy pequeño (0,0589) con el que no se podría sacar datos más reveladores. Los porcentajes de satisfacción fueron disminuyendo a medida que se descendía de clase social: en el



grupo I, valorando las categorías positivas (tanto “muy satisfecho” como “satisfecho”), ascendió a un 93,6%; mientras que en la clase III descendió 4,4 puntos hasta obtener un 89,2%; solo un 1% de la clase I manifestó estar “muy insatisfecho” con el sistema sanitario, a diferencia de la clase III que aumentó hasta un 2,3% (Tabla 23).

**Tabla 23.** Grado de satisfacción de los servicios sanitarios según clase social. Población  $\geq 0$  años expresada en N muestral y en porcentajes.

Clase social	Grado de satisfacción con servicios sanitarios				Total	
	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho		
Clase I	Observado	393	645	60	11	1109
	% de fila	35,4 %	58,2 %	5,4 %	1,0 %	100,0 %
Clase II	Observado	244	456	65	20	785
	% de fila	31,1 %	58,1 %	8,3 %	2,5 %	100,0 %
Clase III	Observado	684	1408	207	54	2353
	% de fila	29,1 %	59,8 %	8,8 %	2,3 %	100,0 %
Total	Observado	1321	2509	332	85	4247
	% de fila	31,1 %	59,1 %	7,8 %	2,0 %	100,0 %

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

El riesgo relativo que se obtuvo de esta prueba concluyó, que la ocurrencia con la que apareció el factor de riesgo, “insatisfecho o muy insatisfecho”, fue 1.34 veces superior en la clase social III respecto de las otras dos clases. Demostró pues, que pertenecer a la clase I constituía un factor protector de manera significativa ( $p < 0,0001$ ) (Tabla 24).

**Tabla 24.** RR de tener un grado de “insatisfecho o muy insatisfecho” de los servicios sanitarios en función del sexo.

	RR	Intervalo de confianza	P
Clase I	0,5806	0,4540 a 0,7426	$P < 0,0001$
Clase II	1.1291	0,9013 a 1,4144	$P = 0,2908$
Clase III	1.3467	1,1149 a 1,6267	$P = 0,0020$

Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.



## 6. Discusión

En nuestro análisis hemos identificado que parámetros sociales como el sexo y la clase social se sitúan a la base de unos resultados de salud desiguales entre la población (en nuestro caso, la residente en Cataluña). Globalmente, pertenecer a las clases sociales menos cualificadas y ser mujer aparece relacionado con unos peores datos de salud. No obstante, existieron matices relevantes. Así, mientras que la clase social sí estuvo vinculada con un peor estado de salud, unos peores comportamientos relacionados con la salud y una peor valoración de los servicios sanitarios y un menor soporte social, ser mujer también se mostró relacionado con unas mayores probabilidades de buena adherencia a la dieta mediterránea y con un menor consumo de tabaco. Todo ello es coherente con los resultados obtenidos por otras investigaciones. En este apartado relacionamos nuestros resultados con los de la literatura científica más reciente.

De entrada, según los resultados obtenidos, las desigualdades en el estado de salud autopercibida entre las clases sociales son notorias: en todas las categorías (desde “excelente” a “mala”), la clase III siempre ha definido valores yuxtapuestos a los que declara la clase social más favorecida: en connotaciones positivas (“excelente”, “muy buena” y “buena”) nada más un 44,8% de la clase III define que tiene una percepción de salud positiva, respecto de un 58,5% de la clase I. Es en las categorías insatisfactorias (“regular” y “malo”) donde las clases sociales más desfavorecidas (Clase III) consiguen las máximas puntuaciones (en este caso 22%). Distintas investigaciones coinciden con este decrecimiento. Por ejemplo, Gumà et al. (2019) afirman, con datos pertenecientes de la muestra española de la Encuesta Europea de Condiciones de Vida (EU-SILC), que la salud subjetiva ha ido *in crescendo* en las décadas más recientes, sin embargo, se sigue dibujando un perfil determinado según a la clase social a la que pertenezcas: con un nivel socioeducativo y adquisitivo más alto, “mejor perfil de salud”. En una línea similar, Blanes y Trias-Llimós (2021) lo simbolizan como una escalera según el grado educativo al que pertenezcas, pues un nivel académico pobre tiende a categorizar la salud subjetiva como mala o deteriorada.

Por otro lado, con la misma variable de percepción del estado de salud, sí que se percibe que hay asociación según el sexo, sobre todo en detrimento del sexo femenino. Castañeda y Diaz (2020) apuntan a la desigualdad de la mujer en diferentes ámbitos: por una parte, el cuidado doméstico, dónde dedican más horas de media que ellos; por otra, la esfera laboral, a la hora de acceder a algún trabajo, su remuneración es inferior



a los hombres incluso encontrándose en la misma categoría, con una consecuente imposibilidad de poder acceder a cargos superiores con igual de facilidad que lo hace el grupo masculino. Incluso se alerta de la expansión de este sesgo a problemas de salud crónicos donde nuevamente el género femenino es el perjudicado. Todo ello resalta un acentuado malestar percibido por ellas: recordemos que en nuestro trabajo son ellas las que determinan 1,25 más de probabilidad de marcar una categoría de “regular o malo” en la percepción de su propio estado de salud.

Referente al malestar emocional, se observa una relación entre dicha variable y el grupo social al que se pertenece. Latorre et al. (2021) también apuntan en la misma dirección: a menor poder socioeconómico, mayor es la probabilidad de manifestar algún malestar de carácter mental. Incluso mencionan la posibilidad que esta dolencia pueda acarrear problemas más graves como trastornos depresivos o de ansiedad, llegando incluso a trastornos de personalidad o esquizofrenia. El riesgo relativo observado en nuestro trabajo experimenta un descenso evidente cuanto mayor es la clase social (clase I:  $RR=0,7559$ ), por lo que la clase III quedaría expuesta a una mayor probabilidad de padecer malestar emocional ( $RR=1,1814$ ) y los riesgos descritos anteriormente.

En cuestiones de sexo también se ha demostrado que las dolencias de carácter mental están ligadas a un claro sesgo, pues el RR resultante de este análisis muestra que el hecho de pertenecer al sexo masculino conlleva un factor protector (0.6360) frente a sentir malestar emocional y/o algún problema de salud mental que se pueda agravar. La base de datos clínicos de Atención Primaria de España (Latorre et al, 2021) lo definen a través de la frecuencia global de dolencia de carácter mental en las mujeres, con un 30,2%, mientras que en los hombres desciende a 24,4%. Debe remarcar el hecho de que varía en cuanto a la edad: los hombres destacan por ser más prevalentes respecto del sexo femenino hasta los 19 años, después coge protagonismo la mujer, con una creciente diferencia que asciende progresivamente. La distinción en cuanto a la edad es un elemento que no hemos controlado en nuestra investigación y que queda abierto en futuras líneas de trabajo.

En relación con el uso de los servicios sanitarios, se ha podido observar cómo nuevamente la clase social puede influir a la hora de valorar el trato del sistema sanitario hacia los diferentes grupos, es decir, la percepción es diferente según el gradiente social. Sánchez-Recio et al. (2020) han definido en líneas generales las causas: el hecho de presentar dificultades económicas para acceder a una cobertura más privada,



el incremento de las listas de espera, una limitación a la carta de recursos sanitarios, o el detrimento de la alfabetización sanitaria, entre otros. Aún con este contexto deteriorado, que llevamos arrastrando desde la crisis económica, remarcan que de manera global la satisfacción percibida del sistema sanitario es ampliamente aceptada por las diferentes clases. De hecho, así se reflejó con el aumento progresivo, desde 2001, de ambas coberturas (pública y privada). En nuestro trabajo también se ha podido comprobar: solo un 6,4%, 10,8% y 11,1% de los encuestados manifestaron categorías de descontento con la sanidad (de la clase I a la clase III en orden). En cuanto al sexo, se destaca el factor de riesgo (RR=1,2578) que supone pertenecer al género femenino para percibir un grado de satisfacción correcto hacia el sistema sanitario.

Los datos sobre soporte social en este trabajo revelan cómo la población manifiesta déficit de apoyo social, aumentando más en las clases II y III (8,7% y 9,5% respectivamente). Esta prevalencia en nuestro territorio, y cada vez más a nivel mundial, ha hecho que, en los últimos años, se amplie la búsqueda de bibliografía de las causas que lo fomenten y, por otra parte, acciones para poder evitarlo. Es así como en Cataluña (Generalitat de Catalunya, PSS, 2021) este mismo año 2023 está impulsando a través del Programa de Salud para 2025, una herramienta del programa “Prescripción Social y Salud” (PSS) para aquellos colectivos más desfavorables dónde más apoyo emocional necesitan: se hablaría de “prescribir” actividades con carácter cultural o social para mejorar el bienestar físico, reducir la soledad y el aislamiento social, ofrecerle al individuo una red cercana de contactos, con las que relacionarse y favorecer vínculos entre ellos, para mejorar el confort general de la persona e incluso para constituir una herramienta para actuar como protector contra la mortalidad, entre otros. Todo ello impulsado con el objetivo de reducir las tasas de malestar emocional que hemos resaltado en nuestro trabajo y disminuir así el porcentaje de una percepción subjetiva negativa del entorno del individuo.

Esto último, nos hace relacionarlo con la importancia de poner en práctica un estilo de vida saludable para generar bienestar en las comunidades: la dieta mediterránea, por ejemplo, ha sido otra de las variables a estudiar dado la relevancia que tiene ésta a la hora de llevar a la práctica unos buenos hábitos. En 1950 (Bernabeu-Mestre, 2011; Aperte y Varela, 2011) dicho tipo de alimentación, originaria de países como Italia o Grecia, fue la causa de estudios epidemiológicos donde se demostró la práctica alimenticia como protectora, comparándola con la población americana, donde la alta prevalencia de patología cardíaca ya despuntaba. Fue en 2010 cuando finalmente fue



determinada como patrimonio cultural inmaterial de la humanidad (Serra-Majem y Ortiz-Andrellucchi, 2020). Por ello, inicialmente se observó si existían diferencias según las clases sociales: la clase III era la que más porcentaje tenía en cuanto a incumplimiento de una dieta saludable (47,6%), contra un 34,4% que correspondía a la clase I, que es la que menos incumple. Del mismo modo que afirma la Asociación Médica Mundial (2020), justificando que, a menor grado socioeconómico, la práctica de hábitos no saludables aumenta (aumento de consumo de tabaco, o menor ejercicio físico) (p.1).

Por último, otros autores (Mackenbach et al., 2018) remarcan cómo los avances que han acontecido durante las últimas décadas en referente a la promoción y cuidado de la salud (una alimentación más saludable, disminución hábitos tóxicos o refuerzo de la seguridad vial, entre otros) han sido el punto de inflexión para definirlo como un potenciador de descensos de mortalidad y niveles de vida más aceptables. Tal y como define el Atlas de los Determinantes Sociales de la Salud en España de 2019 (Daponte et al, 2019), donde destaca como la esperanza de vida en el nacimiento continua en positivo y creciendo; como lo hace también la esperanza de vida entrando en la vejez. Pero estos datos serían sesgados por el sexo, en este caso el masculino, ya que los hábitos saludables y tóxicos analizados en este trabajo, indican que es el hombre el que continúa siendo la causa de un factor de riesgo para tener salud, por ejemplo, a 1,3 veces de mantener un hábito tabáquico en el tiempo y expone a éstos a 1,2 veces de probabilidad, respecto de las mujeres, de no seguir indicaciones de una buena alimentación.

## **7. Conclusiones**

Este trabajo parte del interés por estudiar el vínculo que se establece entre los determinantes sociales y los resultados de salud de la población. A la vista de los antecedentes y de los resultados obtenidos en este trabajo, es un elemento relevante a pesar de que, en ocasiones, es tenido poco en cuenta en ámbitos con un contacto directo con la población (como el caso de la enfermería y la atención primaria), además de ser de utilidad a las administraciones que deben adecuar los recursos disponibles para las personas.

Se ha utilizado la Encuesta de Salud de Cataluña (2021) como fuente de información fiable y precisa (a nivel de muestra muy grande y seleccionada aleatoriamente) para la



ejecución de los resultados, dando mayor sensibilidad al uso de dichos datos en este ámbito.

En cuanto a las variables, la clase social tiene un impacto evidente en los distintos parámetros de salud estudiados: una peor clase social (y peores condiciones de vida) está vinculada a unos resultados de salud más peyorativos. En el sexo se han encontrado aspectos donde sí había diferencias, aunque no siempre claras. Por ejemplo, las mujeres presentan un peor estado de salud y una peor salud emocional, pero en cambio presentan un mejor comportamiento en hábitos (dieta y tabaquismo). Esto se debe a que el conjunto de variables utilizadas son percepciones o ítems más reducidos, con los que se puede llegar a tener una idea, pero no abarcar una respuesta más esclarecedora o contundente, aun teniendo valores de asociación muy fuertes.

Los resultados están constatados a nivel representativo de la población catalana, lo que es de gran utilidad a las administraciones para poner en marcha políticas de salud. Por ejemplo, en nuestro trabajo se evidencia que la clase social es un elemento a tener en cuenta a la hora de diseñar las políticas sanitarias. Además, los resultados de trabajos descriptivos como éste también son la base de las hipótesis de futuros trabajos analíticos.

La limitación principal con la que nos hemos encontrado ha sido el hecho de trabajar con numerosas posibilidades de cruzamientos a la par que posibles controles que establece la encuesta. Es por ello que, no se ha llevado a cabo en su totalidad por la duración del trabajo final de grado de un sólo año. Como líneas de futuro, nos gustaría poder ampliar los ítems de análisis (tanto sociales como de salud) y establecer nuevos controles en los cruces (por ejemplo, según edad, territorio, etc.) o incluso aplicar técnicas estadísticas multivariantes.

Como punto final de nuestro trabajo, queremos darle la relevancia que merece, la existencia de un sistema sanitario equitativo y universal, sin otorgar cualquier tipo de discriminación o barrera, tal como defienden Alonso y Puente (2020): “la rigidez de las fronteras mundiales es uno de los principales factores que está limitando el acceso igualitario a los recursos sanitarios” (p.161).



## 8. Bibliografía

- Alonso Martínez, L., & Puente Alcaraz, J. (2020). La importancia de la Salud Global en Enfermería ¿qué sabemos? *Index de enfermería*, 29(3), 160–164. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000200013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000200013)
- Allen, L. N., Smith, R. W., Simmons-Jones, F., Roberts, N., Honney, R., & Currie, J. (2020). Addressing social determinants of noncommunicable diseases in primary care: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(11), 754–766B. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.2471/BLT.19.248278>
- Amengual-Moreno, M., Calafat-Caules, M., Carot, A., Rosa Correia, A. R., Río-Bergé, C., Rovira Plujà, J., Valenzuela Pascual, C., & Ventura-Gabarró, C. (2020). Social determinants of the incidence of Covid-19 in Barcelona: a preliminary ecological study using public data. *Revista española de salud pública*, 94. [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C\\_202009101.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202009101.pdf)
- Anghel, B.; Cozzolino, M. y Lacuesta, A. (2020). El teletrabajo en España. Banco de España. Recuperado el 23 de Febrero de 2023, de: <https://repositorio.bde.es/bitstream/123456789/12361/1/be2002-art13.pdf>
- Antoñanzas Serrano, A., & Gimeno Feliu, L. A. (2022). Los determinantes sociales de la salud y su influencia en la incidencia de la COVID-19. Una revisión narrativa. *Revista clínica de medicina de familia*, 15(1), 12–19. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1699-695X2022000100004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2022000100004)
- Aperte, E. A., & Varela Moreiras, G. (2011). ¿Es posible la dieta mediterránea en el siglo XXI? *Rua.ua.es*. Recuperado 3 de mayo de 2023, de [https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20290/1/Bernabeu\\_Dieta\\_mediterranea.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/20290/1/Bernabeu_Dieta_mediterranea.pdf)
- Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P., & Fernández, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta sanitaria*, 32 Suppl 1, 92–97. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.006>



- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta sanitaria*, 34 Suppl 1, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>
- Bacigalupe, A., Martín, U., Franco, M., & Borrell, C. (2022). Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España. Informe SESPAS 2022. *Gaceta sanitaria*, 36 Suppl 1, S13–S21. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.011>
- Bambra, C., Riordan, R., Ford, J., & Matthews, F. (2020). The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 74(11), 964–968. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214401>
- Blanes, A., & Trias-Llimós, S. (2021). Vivir menos y con peor salud: el peaje de la población menos instruida en España. *Perspectives Demogràfiques*, 1–4. <https://doi.org/10.46710/ced.pd.esp.24>
- Borrell, C., Pasarín, M. I., Díez, E., Pérez, K., Malmusi, D., Pérez, G., Artazcoz, L., & el Grupo de la Agència de Salut Pública de Barcelona. (2020). Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona. *Gaceta sanitaria*, 34(1), 69–76. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.004>
- Burström, B., & Tao, W. (2020). Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *European Journal of Public Health*, 30(4), 617–618. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa095>
- Dahlgren G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/187797>
- Dalgard, O. S., Dowrick, C., Lehtinen, V., Vazquez-Barquero, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Ayuso-Mateos, J. L., Page, H., Dunn, G., & ODIN Group. (2006). Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study: A multinational community survey with data from the ODIN study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(6), 444-451. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0051-5>



Daponte Codina, A., Cabrera León, A., Mateo Rodríguez, I., Espinosa de los Monteros, E., Arroyo Borrell, E., Sáez Zafra, M., Renart i Vicens, G., Saurina, C., Serra Saurina, L., Bartoll, X., Bravo, M. J., Domínguez-Berjón, M. F., López, M. J., Álvarez-Dardet, C., Marí Dell'Olmo, M., Bolívar Muñoz, J., Escribá Agüir, V., Palència Fernández, L., Puig i Barrachina, V., ... Rueda, M. P. (2019). *Atlas de los determinantes sociales de la salud en España 2019: evolución y variabilidad entre las Comunidades Autónomas*. <https://dugi-doc.udg.edu/handle/10256/18507>

Declaración de Oslo de la AMM sobre los Determinantes Sociales de la Salud. (2020). Wma.net. Recuperado 28 de abril de 2023, de <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-oslo-de-la-amm-sobre-los-determinantes-sociales-de-la-salud/>

De la ESCA de, R. E. de L. P. R. (2022). *El estado de salud, los comportamientos relacionados con la salud y el uso de servicios sanitarios en Cataluña 2021*. Gencat.cat. Recuperado el 4 de febrero de 2023, de <https://salutweb.gencat.cat/web/.content/ departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/2021/resumen-ejecutivo-ESCA-2021.pdf>

De La Guardia Gutiérrez, M. A., & Ruvalcaba Ledezma, J. C. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. *Journal of negative & no positive results*, 5(1), 81–90. <https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215> <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v5n1/2529-850X-jonnpr-5-01-81.pdf>

Encuesta de salud de Cataluña 2021 (ESCA 2021). Generalitat de Cataluña, Departamento de Salud. Recuperado el 2 de Marzo de 2023, de [https://salutweb.gencat.cat/ca/el\\_departament/estadistiques\\_sanitaries/enquestes/esca/](https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/esca/)

Generalitat de Cataluña, Departamento de Salud. (2022). Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias de Cataluña (AQuAS). Recuperado 12 de marzo de 2023, de <https://aquas.gencat.cat/ca/fem/>

Generalitat de Cataluña, Departamento de Salud. (2021). Guía de Prescripción de activos comunitarios: Programa Prescripción social y salud (PSS). Recuperado



el 12 de Mayo de 2023, de:  
[https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5787/guia\\_prescripcio\\_a\\_ctius\\_comunitaris\\_programa\\_prescripcio\\_social\\_salut\\_pss\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/5787/guia_prescripcio_a_ctius_comunitaris_programa_prescripcio_social_salut_pss_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. (2021). Plan de salud de Cataluña 2021-2025. Gencat.cat. Recuperado el 24 de Febrero de 2023, de [https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7948/pla\\_salut\\_catalunya\\_2021\\_2025\\_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7948/pla_salut_catalunya_2021_2025_2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

González López, C., Márquez Abrales, N., Arcas Noguera, C., Corral Aller, M., & Gil Sánchez, M. (2023). La Tabla Periódica de la Equidad en Salud: experiencia de innovación educativa para la construcción colectiva de conocimiento. *Educación médica*, 24(2), 100793. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2023.100793>

Gumà, J., Arpino, B., & Solé-Auró, A. (2019). Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España. *Gaceta sanitaria*, 33(2), 127–133. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.010>

Instituto Nacional de Estadística. (2022). Cifras de Población (CP) a 1 de julio de 2022 Estadística de Migraciones (EM). Primer semestre de 2022. [https://www.ine.es/prensa/cp\\_j2022\\_p.pdf](https://www.ine.es/prensa/cp_j2022_p.pdf)

Hernández, L. J., Ocampo, J., Ríos, D. S., & Calderón, C. (2017). El modelo de la OMS como orientador en la salud pública a partir de los determinantes sociales. *Revista de salud pública (Bogotá, Colombia)*, 19(3), 393–395. <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.68470>

Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada website: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

Landry, A. M. (2021). Integrating health equity content into health professions education. *AMA Journal of Ethics*, 23(3), E229-234: <https://doi.org/10.1001/amajethics.2021.229>



- Latorre, M. A., Fernando, J., Montalvo, M., Félix, M., García, M., Cruz, C., Reyes, I. R., Pérez Domínguez, F., Pablo, J., & Cuadrado, G. (2021). Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Gob.es. Ministerio de Sanidad, Subdirección Nacional De Salud. Recuperado el 17 de Febrero de 2023, de [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)
- Machón, M., Mosquera, I., Larrañaga, I., Martín, U., Vergara, I., & por el Grupo de Determinantes Sociales de la Salud de la Sociedad Española de Epidemiología. (2020). Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España. *Gaceta sanitaria*, 34(3), 276–288. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.008>
- Mackenbach, J. P., Valverde, J. R., Artnik, B., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., Kalediene, R., Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E., Rychtaříková, J., Rodríguez-Sanz, M., Vineis, P., White, C., Wojtyniak, B., Hu, Y., & Nusselder, W. J. (2018). Trends in health inequalities in 27 European countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 115(25), 6440–6445. <https://doi.org/10.1073/pnas.1800028115>
- Martín-Sánchez, F. J., Valls Carbó, A., Miró, Ò., Llorens, P., Jiménez, S., Piñera, P., Burillo-Putze, G., Martín, A., García-Lamberechts, J. E., Jacob, J., Alquézar, A., Martínez-Valero, C., Miranda, J. de D., López Picado, A., Arrebola, J. P., López, M. E., Parviainen, A., González Del Castillo, J., Spanish Social-Environmental COVID-19 Register, ... Bibiano, C. (2021). Socio-demographic health determinants are associated with poor prognosis in Spanish patients hospitalized with COVID-19. *Journal of General Internal Medicine*, 36(12), 3737–3742. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06584-6>
- Ministerio de Sanidad (2008). Red española de universidades promotoras de salud (REUPS). Recuperado el 14 de abril de 2023 de: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/universidades.htm>



Ministerio de Sanidad. (2020). Equidad en Salud y COVID- 19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales.

[https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Equidad\\_en\\_salud\\_y\\_COVID-19.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf)

Ministerio de Sanidad. (2021). Dirección general de salud pública y subdirección general de promoción, prevención y calidad. Grupo de trabajo de vigilancia de equidad y determinantes sociales de la salud.

[https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/DocTecnico\\_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud\\_2021.pdf](https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/DocTecnico_GTVigilanciaEquidadyDeterminantesSocialesSalud_2021.pdf)

Mosquera Metcalfe, I., Larrañaga Padilla, I., Del Río Lozano, M., Calderón Gómez, C., Machón Sobrado, M., & García Calvente, M. D. M. (2019). Gender inequalities in the impacts of informal elderly caregiving in Gipuzkoa: CUIDAR-SE study. *Revista española de salud pública*, 93.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30679416/>

Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución*. Who.int. Recuperado el 18 de Enero de 2023, de <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud (2017). Determinantes sociales de la salud. Recuperado el 18 de enero de 2023, de: [http://www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)

Organización Mundial de la Salud. (2021). Orientaciones estratégicas mundiales sobre enfermería y partería 2021-2025. Recuperado el 14 de febrero de 2023, de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351147>

Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Recuperado el 28 de enero de 2023 de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>



- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2017). Determinantes sociales de la salud en la región de las Américas. Salud en las Américas. Recuperado en 22 de enero de 2023 de: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants-es.html>
- Palència, L., Gotsens, M., Marí-Dell'Olmo, M., Bosakova, L., Burström, B., Costa, C., Deboosere, P., Dzurova, D., Lustigova, M., Morrison, J., Santana, P., & Borrell, C. (2020). Effect of the recent economic crisis on socioeconomic inequalities in mortality in nine urban areas in Europe. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 253–260. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.11.001>
- Rincón-Méndez, A. Y., & Mantilla-Urbe, B. P. (2019). Universidades Promotoras de la Salud: Reflexión para su implementación desde los determinantes sociales de la salud. *Universidad y salud*, 22(1), 24–32. <https://doi.org/10.22267/rus.202201.171>
- Rojó, E. G., Álvarez-Dardet, C., & Fernández, L. A. L. (2018). Hacia una salud pública orientada desde los determinantes sociales de la salud: informe de un taller. *Gaceta sanitaria*, 32(5), 488–491. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.09.003>
- Ruiz Álvarez, M., Aginagalde Llorente, A. H., & Del Llano Señarís, J. E. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Revista española de salud pública*, 96. [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C\\_202205041.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL96/REVISIONES/RS96C_202205041.pdf)
- Saldías Fernández, M. A., Parra Giordano, D., & Martí Gutiérrez, T. (2022). Participación de enfermería en Políticas Públicas, ¿Por qué es importante?: Revisión integrativa de la literatura. *Enfermería global*, 21(1), 590–624. <https://doi.org/10.6018/eglobal.455361>
- Sánchez-Recio, R., Alonso, J. P., & Aguilar-Palacio, I. (2020). The use of health care services in the Great Recession: evaluating inequalities in the Spanish context. *Gaceta Sanitaria*, 34(3), 245–252. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.009>



- Serra-Majem, L., & Ortiz-Andrellucchi, A. (2018). La dieta mediterránea como ejemplo de una alimentación y nutrición sostenibles: enfoque multidisciplinar. *Nutrición hospitalaria: órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*, 35 (Spec4), 96-101. <https://doi.org/10.20960/nh.2133>
- Serrano Gallardo, P. (2021). COVID-19: la vulnerabilidad en el ojo del huracán. *Enfermería Clínica*, 31 Suppl 1, S2–S3. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.020>
- Sociedad Española de Epidemiología (SEE) (2020). *Determinantes sociales de la salud*. Recuperado el 3 de abril de 2023 de: <https://seepidemiologia.es/determinantes-sociales-de-la-salud/>
- Solar O, Irwin A. (2007) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 22 de enero de 2023 de: [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf).
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J., & Stewart-Brown, S. (2007). The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 63. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-5-63>



## 9. Anexos

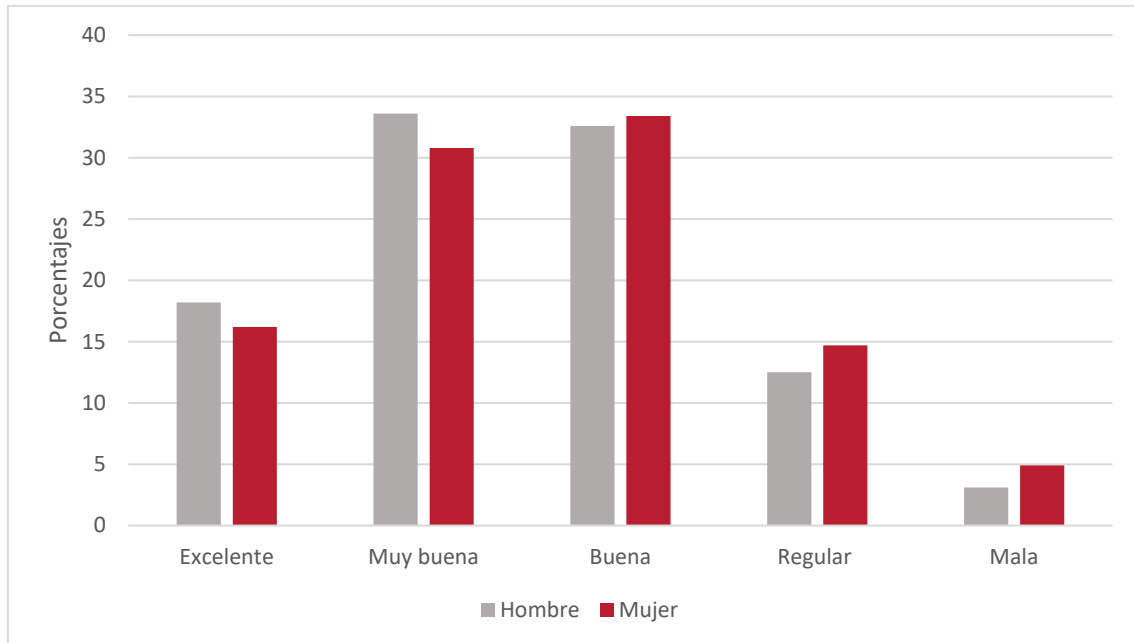
### 9.1. Cronograma

	Set '22	Oct '22	Nov '22	Dic '22	Ene '23	Feb '23	Mar '23	Abr '23	May '23	Jun '23
Seminarios introductorios										
Elección del tema										
Tutorías										
Comunicación telemática										
Búsqueda bibliográfica										
Diseño del TFG										
Marco teórico										
Análisis y resultados										
Discusión y conclusiones										
Entrega TFG										
Defensa ante tribunal										



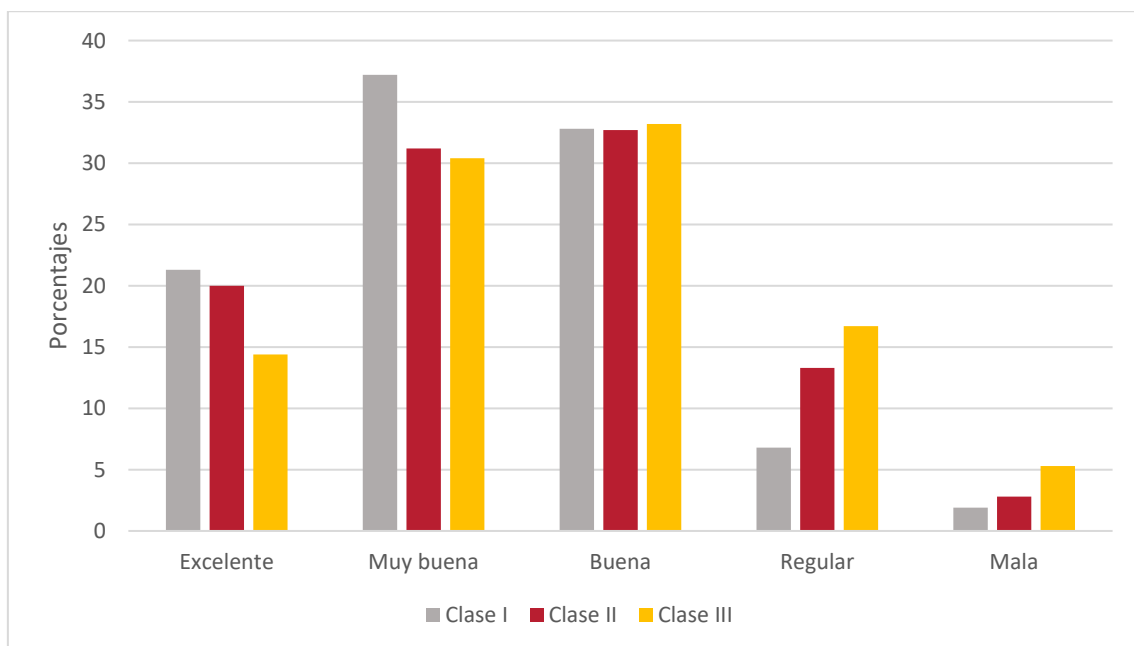
## 9.2. Gráficos de resultados

**Figura 9.** Estado de salud autopercebida según el sexo.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

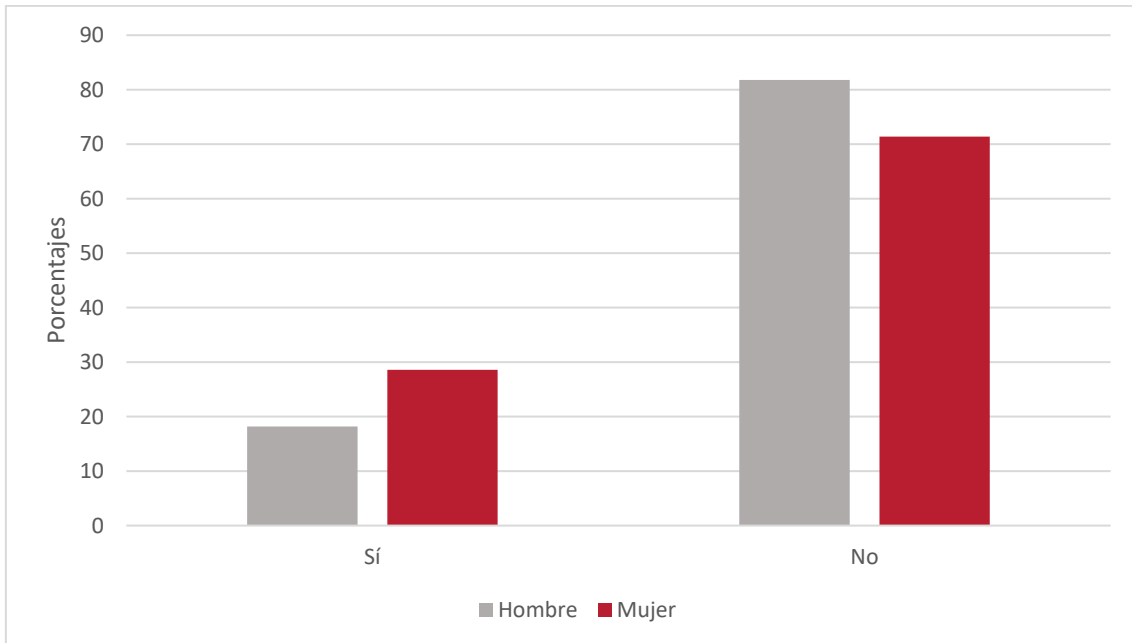
**Figura 10.** Estado de salud autopercebida según la clase social.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

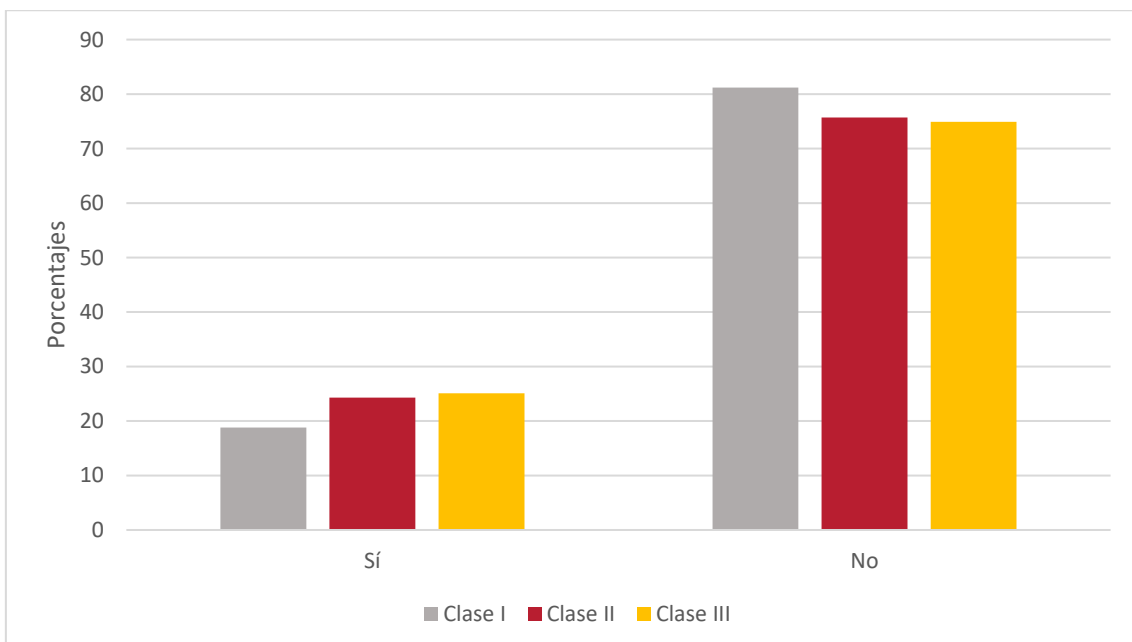


**Figura 11.** Malestar emocional según el sexo.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

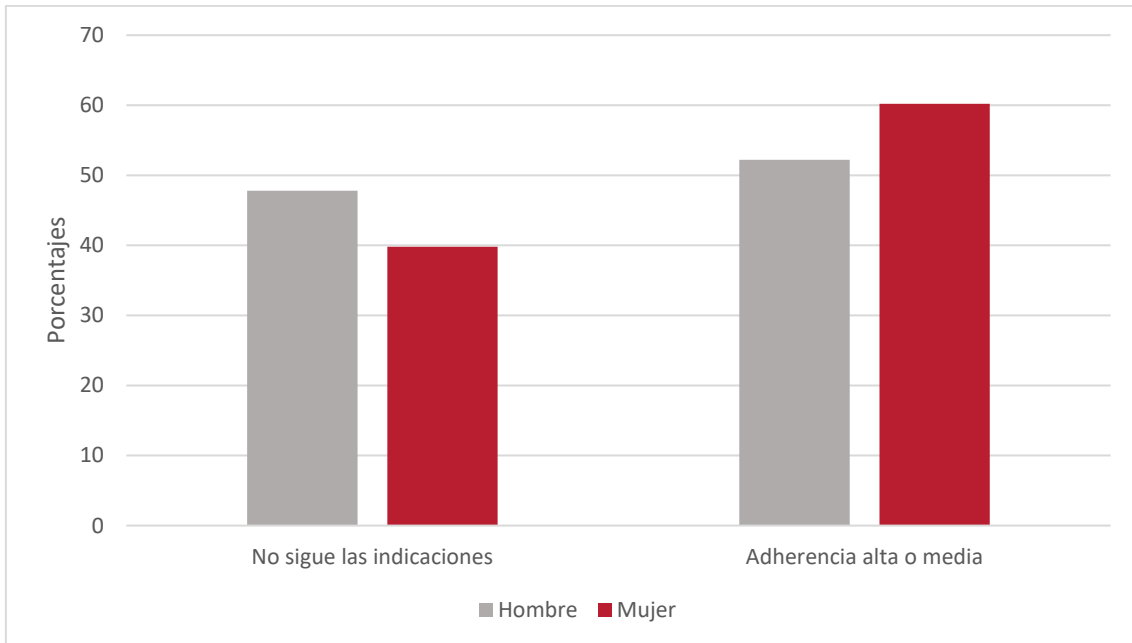
**Figura 12.** Malestar emocional según la clase social.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

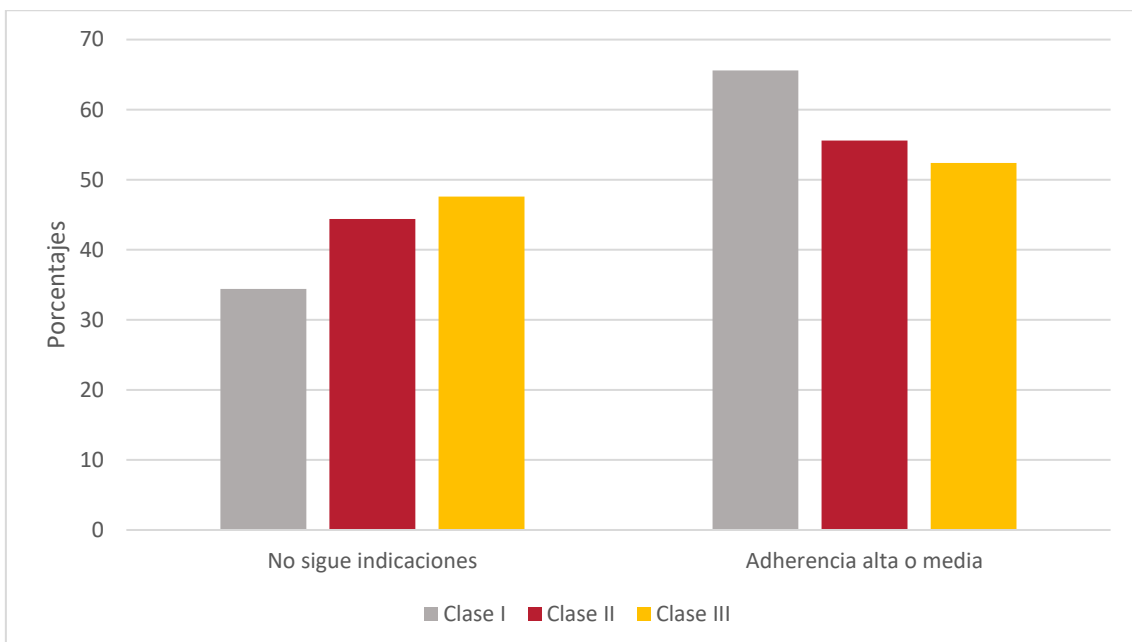


**Figura 13.** Cumplimiento de la dieta mediterránea según el sexo.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

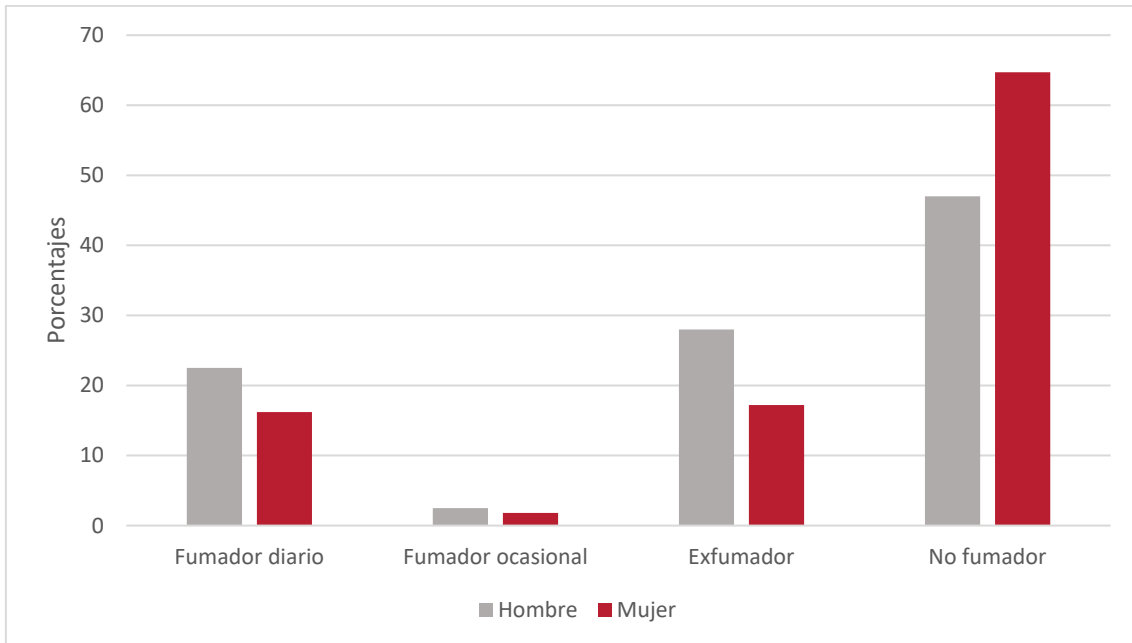
**Figura 14.** Cumplimiento de la dieta mediterránea según la clase social.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

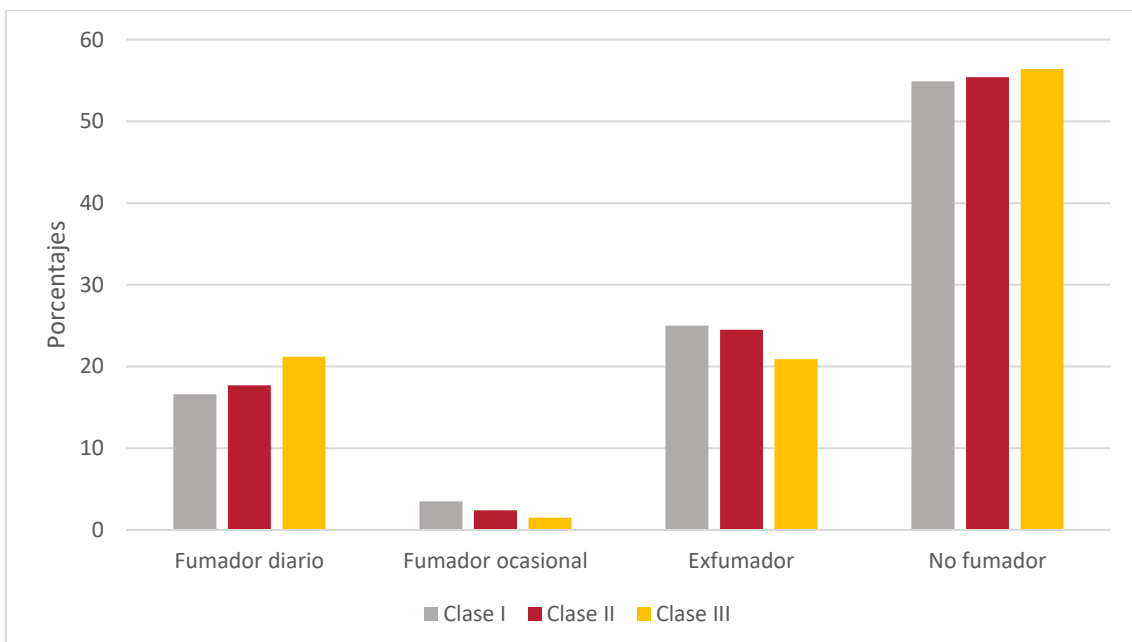


**Figura 15.** Consumo de tabaco según el sexo.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

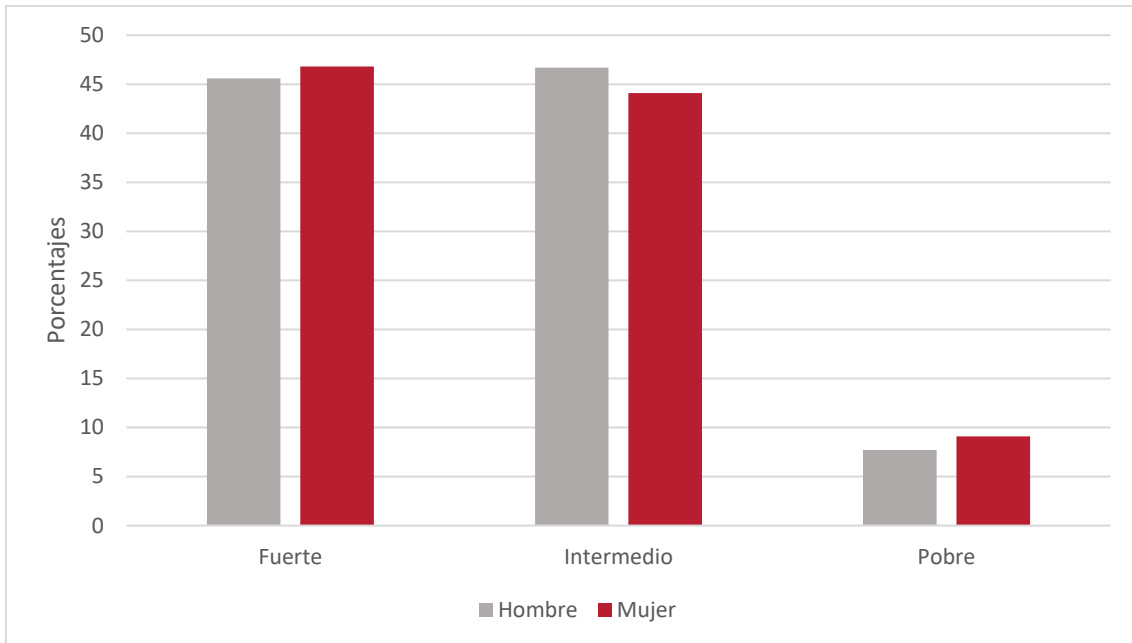
**Figura 16.** Consumo de tabaco según la clase social.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

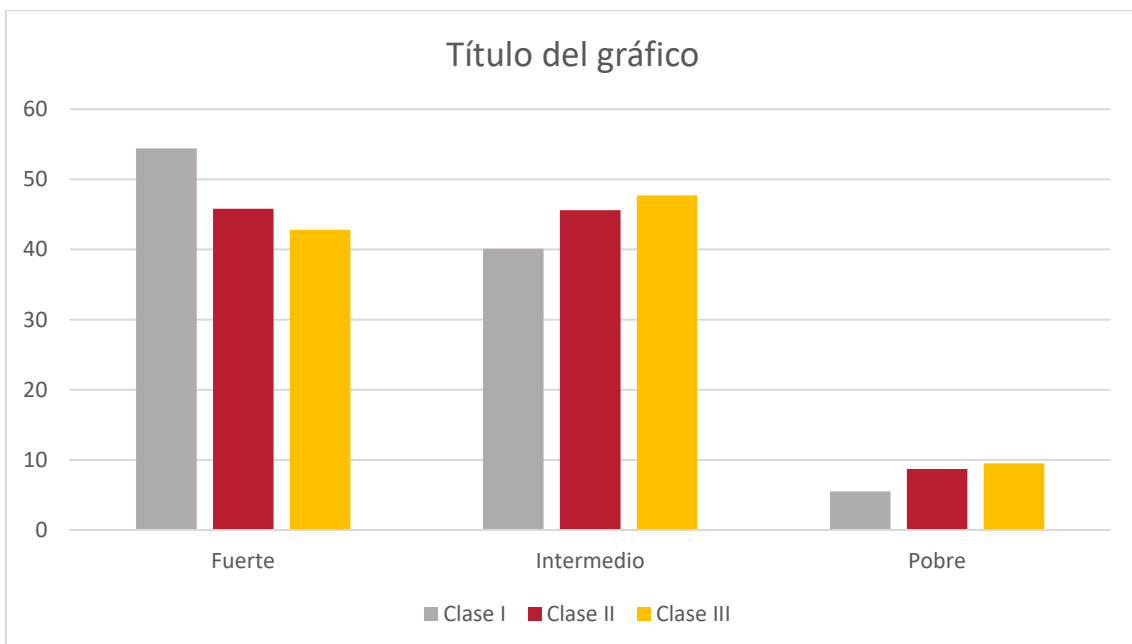


**Figura 17.** Valoración del soporte social según el sexo



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

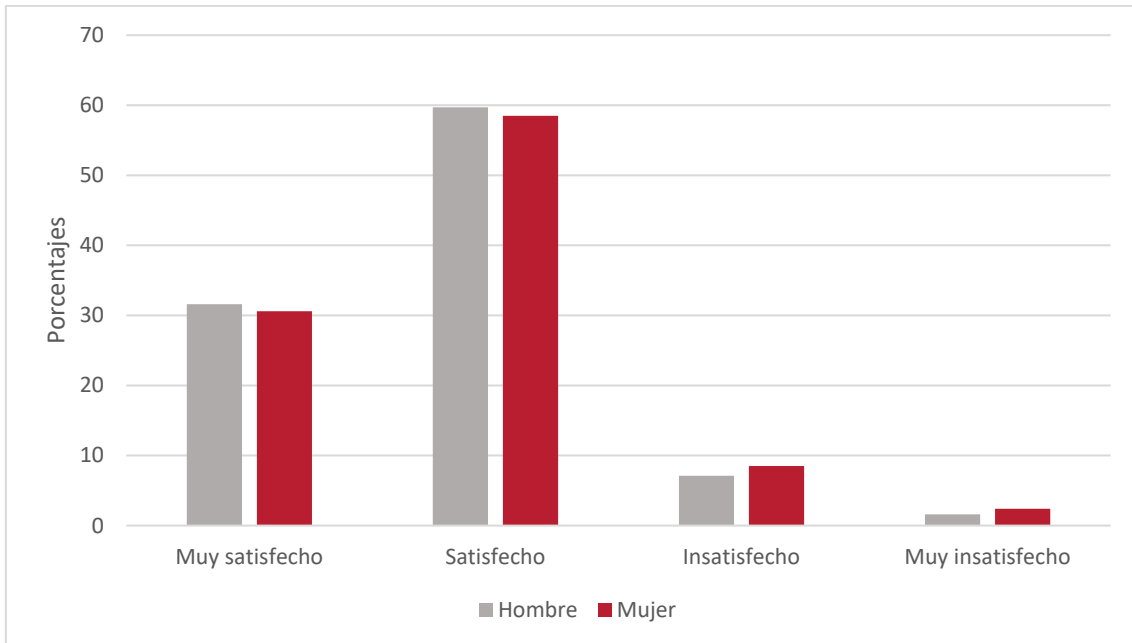
**Figura 18.** Valoración del soporte social según la clase social.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

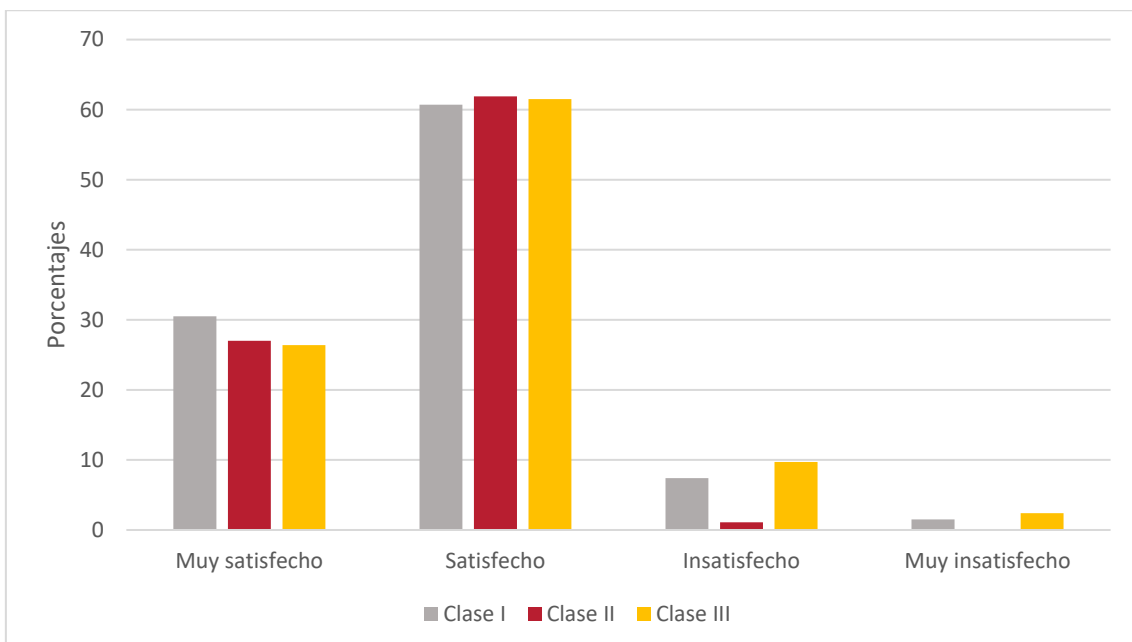


**Figura 19.** Grado de satisfacción en el uso de servicios sanitarios según el sexo.



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.

**Figura 20.** Grado de satisfacción en el uso de servicios sanitarios según la clase social



Fuente de elaboración propia a partir de los datos de la ESCA 2021.