



RELACIÓN ENTRE SALUD Y RENTA PER CÁPITA

TRABAJO DE FIN DE GRADO



Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Leticia Salcedo Martín
Tutor: J. Javier Castrodeza Sanz
Cotutora: M. Aurora Sacristán Salgado
Departamento de Preventiva y Salud Pública
Grado de Medicina
Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid
Curso académico 2020-2021

ÍNDICE

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	3
3. MARCO TEÓRICO	6
4. OBJETIVOS	8
5. METODOLOGÍA	8
6. RESULTADOS	9
6.1. MARCADORES DE RIESGO: EDAD Y SEXO	9
6.2. TABACO	11
6.3. NUTRICIÓN Y OBESIDAD	13
6.4. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	15
7. DISCUSIÓN	18
8. CONCLUSIONES	20
9. BIBLIOGRAFÍA	21
10. ANEXO	23

1.RESUMEN

En el actual trabajo se ha realizado un análisis de los principales determinantes de salud en la población española adulta, diferenciando por sexos y clase social, con el fin de evidenciar si existen desigualdades en salud. Descubriendo así, los perfiles que presentan mayor vulnerabilidad y cómo la renta influye en la salud de la población a lo largo del tiempo. Para ello, se han analizado tres bloques, tabaco, nutrición y obesidad y factores de riesgo cardiovasculares. Mostrándose cómo estos aumentan en la población a medida que disminuye la renta per cápita.

PALABRAS CLAVE: desigualdades en salud, clase social, Encuestas Nacionales de Salud, determinantes en salud, factores de riesgo cardiovascular, tabaco.

ABSTRACT

In the current work an analysis of the main determinants of health in the Spanish adult population has been carried out, differentiating by sex and social class, in order to show whether there are inequalities in health. Thus, discovering the profiles that present the greatest vulnerability and how income influences the health of the population over time. For this, three blocks, tobacco, nutrition and obesity and cardiovascular risk factors have been analyzed. Showing how these results in the population to measures that decrease per capita income.

KEYWORD: inequalities in health, social class, National Surveys of Spanish Health, determinants of the health, cardiovascular risk factors, tobacco.

2. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Según la edición 2019 del Índice Bloomberg Healthiest Country, España es el país más saludable del mundo, remontando del sexto puesto que ocupaba en 2019 [1]. Una noticia que debería ser bastante satisfactoria, no obstante ¿es esto realmente así para toda la población española o existen grupos vulnerables que no gozan de la misma salud? En caso de que existan estos grupos ¿cuáles son? ¿Por qué ocurre esto?

Julian Hart en 1971 anunció la ley empírica de cuidados inversos [2], en la que exponía, que las personas que más atención sanitaria necesitan son las que menos la reciben, asimismo, esta diferencia se agrava cuanto más débil es un sistema sanitario. Sirviendo ésta por tanto como un indicativo de eficacia de un sistema sanitario. Permitiendo valorar la equidad en salud.

Diversos estudios muestran que las diferencias socioeconómicas están estrechamente relacionadas con la salud. Lo que nos lleva a la necesidad de abordar la pobreza, como un factor transversal en el desarrollo de las políticas de salud pública. Considerando que los factores sociales actúan sobre procesos biológicos, en etapas muy tempranas de la vida, dejando así una impronta permanente en la salud. Un clásico ejemplo de ello fue el conocido como " Invierno del hambre" [3], durante la Segunda Guerra Mundial, dónde el pueblo holandés sufrió una hambruna intensa en un tiempo mas o menos breve, cuyo resultado fue que los niños de las madres gestantes en ese momento, padecían un índice mayor de enfermedades cardiovasculares además de una esperanza de vida menor.

Esta correlación entre desigualdad en salud y desigualdad económicas fue estudiada por el Dr. Abraham Horwitz (1910-2000) [4] quién se dedicó en cuerpo y alma a la salud pública. Lo plasmó en el famoso "Círculo de Horwitz que de manera clara expone: " *Hombres y mujeres enferman porque son pobres, se vuelven más pobres porque están enfermos y más enfermos porque son más pobres*". Como podemos ver en la figura 1, la pobreza implica consecuencias tanto en la educación cómo en la escolarización. Provocando desde edades muy tempranas una brecha en las oportunidades formativas. Por otro lado, también lleva consigo consecuencias en la promoción de la salud (alimentación, nutrición, etc...) y en la prevención de la enfermedad (acceso a la vacunación), implicando un deterioro de la salud y un mayor gasto en la mejora de esta, generando así, más pobreza en estos grupos más

vulnerables, volviendo a la casilla de partida. Dando lugar a una relación causa-efecto de doble dirección, de la que resulta difícil salir, situando la pobreza como un obstáculo enorme para la salud.

Siguiendo a Julian Hart [2] , un buen sistema sanitario debería aumentar sus recursos con la finalidad de cortar este bucle sin salida, generando una equidad sanitaria, que permita unas condiciones sanitarias similares en los diferentes estratos sociales.

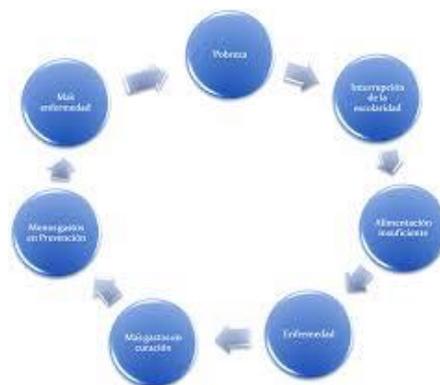


Figura 1: Círculo de Horwitz

De hecho, la OMS en el informe definitivo realizado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud el 28 de agosto de 2008 anunció [5]: *"El lugar que cada cual ocupa en la jerarquía social afecta a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, a su vulnerabilidad ante la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad"* Por lo tanto, tu lugar de nacimiento termina siendo un determinante crucial en tu salud.

La situación actual de pandemia mundial por COVID 19 es otro ejemplo más de esta relación que estamos comentando. Hablando de forma generalizada, la pandemia tardó más tiempo en instaurarse en los países pobres, los cuales son los más afectados y con mayor mortalidad actualmente, siendo ejemplo de ello países sudamericanos o africanos. Hablando de forma más concreta, en España, dónde zonas con rentas más bajas y mayor densidad de población existe una mayor incidencia de enfermedad y la mortalidad. Sin olvidar la disparidad en la calidad de vida con la que se vivió la cuarentena. [6] [7]

A lo largo del presente trabajo nos centraremos en los FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES (FRCV) dada su importante implicación en las enfermedades

cardiovasculares, las cuales son unas de las principales causas de muerte actualmente.

Llevaremos a cabo una revisión de las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2006, 2011, 2017 sobre la diferencia en la incidencia y prevalencia de los FRCV de la población española adulta, en función de la edad, la clase social y el género. Como veremos estos factores influyen en la prevalencia e incidencia de FRCV con el consiguiente aumento de morbilidad y mortalidad entre esos grupos de población más vulnerables.

Una de las principales consecuencias generadas por la pobreza es la falta de buenas condiciones de salud. Resulta irónico, pero sin salud no hay otras necesidades que cubrir. Se podría decir que, las desigualdades en salud son el reflejo de las desigualdades sociales, a la vista está en las diferencias entre países pobres y ricos. Con esto, la enfermedad podría decirse que es consecuencia directa de esta precariedad.

A lo largo de mis vivencias en las prácticas de la carrera, muchos han sido los pacientes atendidos que su situación económica hacía mella en su salud. Dejando en evidencia la importancia de un estudio más exhaustivo de estas desigualdades, con la finalidad de llevar a cabo unas intervenciones políticas que permitan unas mejores condiciones y accesibilidad a los grupos más vulnerables.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad [8] se promulga teniendo en cuenta el mandato de la Constitución Española, ya que tanto el artículo 43 y el artículo 49 de texto normativo establece el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud. La Ley reconoce el derecho a obtener las prestaciones del sistema sanitario a todos los ciudadanos y a los extranjeros residentes en España. El título VII de la Constitución confiere a las Comunidades Autónomas amplias competencias en materia de Sanidad. La herramienta administrativa que propone la Ley es la configuración (no lo crea, tan solo lo configura) de un Sistema Nacional de Salud (SNS). El SNS se concibe, así como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas convenientemente coordinadas. Los servicios sanitarios se concentran, pues, bajo la responsabilidad de las Comunidades Autónomas y bajo los poderes de la dirección, en lo básico, y en la coordinación del Estado. La creación de los respectivos Servicios de Salud de las Comunidades se ha desarrollado de forma paulatina según se iban realizando las transferencias en materia de Sanidad. La Ley

de Sanidad fue completada el año 2003 por la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que manteniendo las líneas básicas de la Ley modificó y amplió el articulado para adaptarlo a la nueva realidad social y política vigente en España.

Dejando esto ver la necesidad de responder de forma mucho más eficaz a las necesidades sanitarias de las personas con menos recursos. Habiendo sido este problema silenciado, debido a la falta de datos sobre la situación.

3. MARCO TEÓRICO

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia; hasta el siglo XX se entendía la salud únicamente como la ausencia de cualquier enfermedad; a partir de la Segunda Guerra Mundial, pasó a un enfoque positivo, dinámico, multicausal y social que dejaba atrás ese concepto tradicional de salud. Este enfoque se basaba en la idea de que la salud se relaciona con numerosos factores que la determinan, por lo que la Organización Mundial de la Salud la definió en 1946 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. [9]

Uno de los autores que más destacados es Lalonde (1973) [10], expone que el estado de salud de una persona no solo depende de los factores biológicos (constitución, carga genética, etc.), sino también de los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema de servicios sanitarios. Incluyéndose en los hábitos de vida el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas, la conducción temeraria, la alimentación, la actividad física, la alimentación y sus consecuencias sobre el peso y los hábitos de sueño, entre otros. Por lo tanto, para Lalonde la salud deja de entenderse como la presencia o ausencia de enfermedad, para pasar a entenderse como una consecuencia, de una variedad de factores, que pueden interactuar y condicionar el estado de salud de una persona.

Años después del Informe de Lalonde, Dahlgren y Whitehead (1992) [11] desarrollan un nuevo modelo. Lo que se propone en este modelo es que los determinantes de la salud no pueden analizarse de forma aislada, sino como un “conjunto de interacciones entre todos los niveles”. Por lo que, las características que presenten las personas en cada uno de estos afectarán al nivel de salud. Tratando de representar la interacción de los determinantes sociales. En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud de carácter no modificable. A su alrededor se

encuentran en forma de capa los determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, que son influenciados por la comunidad y las redes sociales. Los determinantes importantes tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa.



Figura 2: Modelo Multinivel socioeconómico de salud de Dahlgren y Whitehead

Finalmente, cabe mencionar el modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud [5] en donde se muestran tres grandes ejes que giran en torno a la salud y la determinan: seis determinantes sociales, el contexto social y político y los niveles de acción en donde hay que intervenir puesto que pueden existir desigualdades. Estas políticas de acción deben tener en cuenta no solo la mejora al acceso de servicios básicos, sino también el descenso de las vulnerabilidades y modificaciones en la estratificación social. Por lo tanto, condiciones como la renta, la clase social, el género, la etnia, la edad y el territorio en el que habitas, son los principales ejes de desigualdad en los que habría que actuar para disminuir estas desigualdades sanitarias.

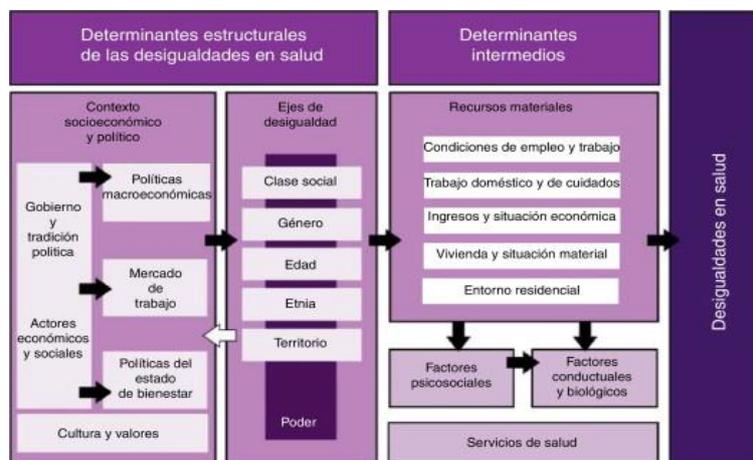


FIGURA 3: *Modelo de los determinantes estructurales de las desigualdades en salud de la OMS*

4. OBJETIVOS

General:

Estudiar cómo la situación económica de la población adulta española ha podido influir en los principales factores de riesgo cardiovascular, en función de la clase social y el género, desde el año 2006 hasta el año 2017

Específicos:

1. Estudiar el tabaco y el hábito tabáquico. Su evolución en las diferentes esferas sociales y repercusión en la salud
2. Analizar la repercusión de la nutrición y la dieta en la salud según las diferentes capacidades económicas.
3. Examinar la intervención de la clase social en la obesidad.
4. Analizar la distribución de los principales factores de riesgo cardiovascular hipertensión arterial (HTA), Hipercolesterolemia y diabetes mellitus (DM) según nivel de renta.

5. METODOLOGÍA

Es un estudio observacional, descriptivo, analizando las Encuestas Nacionales de Salud llevada a cabo desde el año 2006 hasta el año 2017 [12]

Este estudio se basa en un diseño único en el cual se aplicará una metodología cuantitativa, analizando mediante pruebas estadísticas los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de los años 2006, 2011 y 2017 en el paquete estadístico SPSS.

Los datos recogidos por estas encuestas se organizan en tres cuestionarios separados: cuestionario de hogar, cuestionario de adultos y cuestionario de menores. Centrándonos en este trabajo en el bloque de cuestionario de adultos.

En lo referente al tamaño muestral ha sido diferente en los distintos años, en 2006 se realizó la encuesta a un total de 31300 viviendas, en 2014 a 24000 viviendas y en 2017 a 37500 viviendas, realizando el cuestionario a un adulto mayor de 16 años en cada vivienda. En el presente trabajo, se ha decidido realizar el estudio del estado de salud únicamente de los adultos, es decir, de la población mayor de 16 años.

Dichas encuestas son realizadas con el objetivo de dar a conocer una amplia información del estado de salud de toda la población española. En el actual trabajo, nos centraremos concretamente en la población adulta.

Por consiguiente, para el estudio empírico de las desigualdades en salud se analizarán y contrastarán las diversas hipótesis que hemos planteados, mediante un análisis descriptivo bivariante y multivariantes. Con la finalidad de observar cómo se distribuyen en la población adulta española los diferentes factores de riesgo, en función de la clase social y el sexo. Los principales objetivos de las técnicas de análisis son los siguientes:

1. Análisis univariantes con tablas de frecuencia, observando cómo se distribuye la variante según las características escogidas. Medir y comparar los valores de las categorías escogidas.
2. Análisis multivariantes que permitirá explicar la realidad midiendo la influencia de unas variantes sobre otras.

En cuanto a las variables empleadas:

1. CLASE SOCIAL: Las 6 clases sociales de la ENSE se corresponden con las 6 utilizadas en las anteriores ediciones de la ENSE, y son las siguientes:

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

2 EDAD: como hemos comentado anteriormente, se ha utilizado la población adulta española mayor de 16 años.

3 SEXO: las distintas variables estudiadas, se separan en cuestión de sexo, para observar las diferencias entre hombres y mujeres.

6. RESULTADOS

6.1. MARCADORES DE RIESGO: EDAD Y SEXO

La esperanza de vida ha ido aumentando notablemente en un periodo de tiempo relativamente pequeño. Reflejo de cómo en poco tiempo ha habido una recalcable mejoría en las condiciones de vida generales de la población, así como un rápido avance en el desarrollo de la medicina. Como consecuencia, se produce un aumento de la población adulta, así como de la prevalencia de las enfermedades, llevando consigo un aumento en la demanda y el uso del sistema sanitario. Debemos tener en consideración que los marcadores de riesgo edad y sexo no son modificables, influyendo desde un punto de vista epidemiológico y de actividad productiva en las patologías posteriormente estudiadas.

En la siguiente tabla del INE (Tabla 1) podemos sacar las siguientes conclusiones:

- La esperanza de vida ha aumentado desde el año 2007 que se encontraba en una media de 81 años a los 83.56 de media en 2019
- Esta esperanza de vida es casi seis puntos mayores en mujeres, las cuales se estima una esperanza de vida de 86.22 años frente a los 80.86 años los hombres.

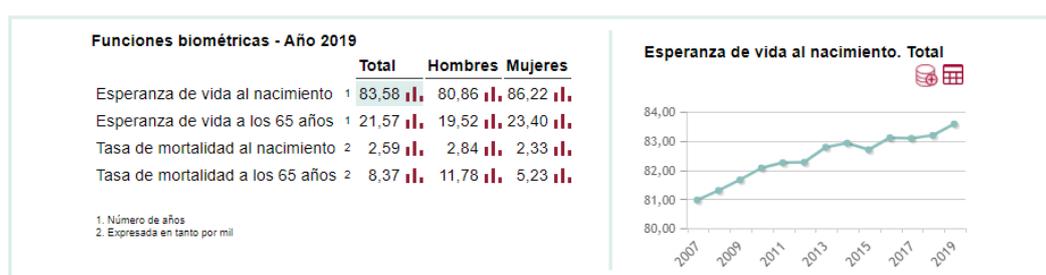


TABLA 1: Variación en la esperanza de vida a lo largo de los años y en base al sexo. (fuente: INE)

Sabemos que la pirámide poblacional está invertida debido a una disminución de la natalidad, se ha producido un cambio en la estructura de las edades poblaciones, como podemos observar en la figura 4:

- La proporción de población desde los cero años a los 24 años es bastante menos suponiendo alrededor de un 24.6% de la población total.
- Observamos cómo la edad media es la que supone el mayor porcentaje de población siendo esta de los 30 a los 65 años del 51.4 % del total.
- Finalmente vemos cómo el porcentaje de personas desde los 65 años a los 100 años es bastante alto, siendo del 24%. Prácticamente igual que de los 0 a los 24 años.
- En los dos primeros rangos de edad, la proporción de hombres y mujeres está prácticamente igualada, notándose una ligera diferencia en el último rango de edad, de los 65-100 años en el cual el porcentaje de mujeres es

significativamente mayor que el de los hombres. Reflejando, por tanto, que la esperanza de vida es mujeres es mayor tal y cómo hemos comentado anteriormente.

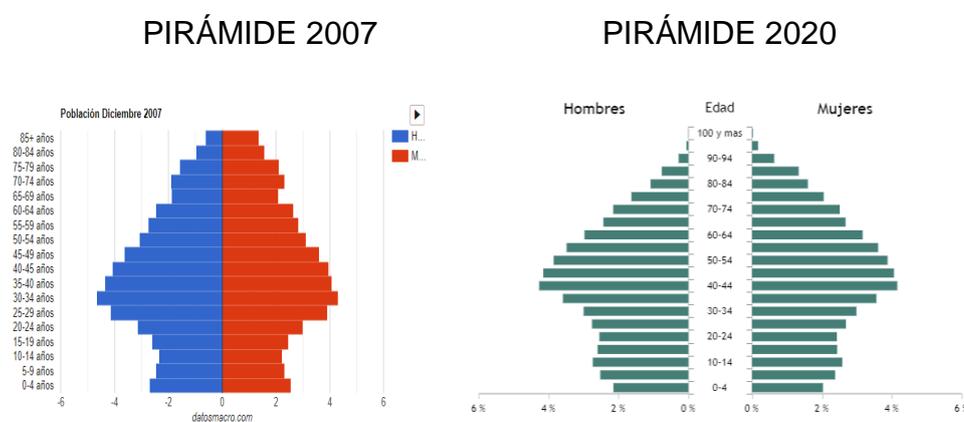


FIGURA 4: Pirámides poblacionales de los años 2007 frente al año 2020 (fuente: INE)

6.2. TABACO

El tabaquismo es el responsable de al menos 25 grupos de enfermedades relevantes para la salud pública [13], y una de las principales causas de muertes innecesarias prematuras y sanitariamente evitables en Europa.

Tres de los determinantes más llamativos en cuanto al consumo del tabaco son la edad, el sexo y la clase social.

A lo largo de la historia el consumo tabáquico ha sufrido cambios en cuestión de los grupos en los que predominaba este hábito.

En un primer momento, el hábito tabáquico era llamativamente superior en los estratos sociales más altos, y dentro de ello mucho mayor en hombres. Con el tiempo, este hábito comenzó a cobrar importancia en las clases sociales más bajas, invirtiéndose así la prevalencia del consumo del tabaco en los grupos sociales, pasando a aumentar en las clases sociales más bajas, siendo igualmente superior en hombres que en mujeres

Según un estudio realizado por Agustín Ciapponi [14] coordinador del Centro Cochrane IECS, *"El tabaquismo se disemina rápido en las clases altas, que son las que están más abiertas a la innovación. Después se difunde al resto de la población (en un segundo y un tercer estadio). Luego las clases altas dejan de fumar porque toman contacto con la cultura del cuidado de la salud y porque reciben información del daño que produce. Y, en un cuarto y último estadio, el tabaquismo disminuye en las clases altas y se sedimenta y consolida en las bajas"*

Por lo tanto, como vemos en la figura de abajo, actualmente el consumo de tabaco es superior en las clases sociales más bajas

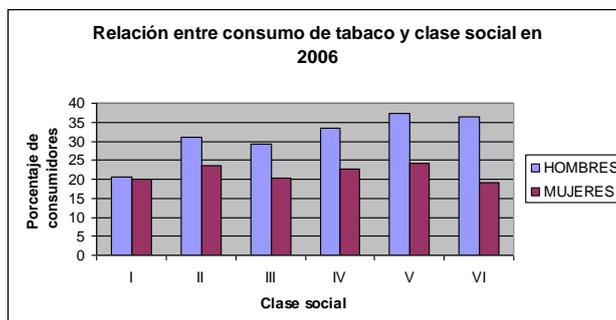


FIGURA 5: Gráfico comparativo del consumo de tabaco según clase social y sexo 2006. (elaboración propia)

Relación entre consumo de tabaco y clase social en 2014

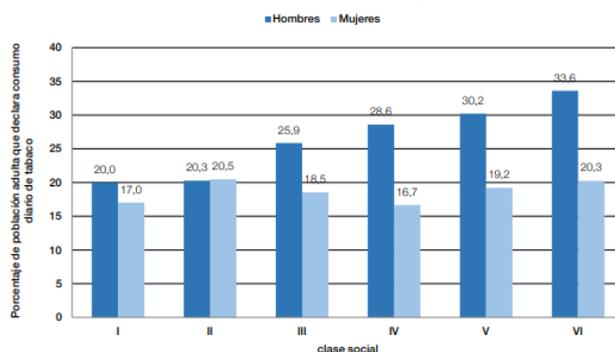


FIGURA 6: Gráfico comparativo del consumo de tabaco según clase social y sexo 2014 (Fuente: INE)

Por lo tanto, en lo relacionado al consumo del tabaco tenemos dos ideas claves, actualmente su prevalencia es mayor es los estratos sociales más bajos, y superior en hombres, no obstante, su consumo en mujeres ha aumentado de manera gradual en los últimos años. Disminuyendo la prevalencia de consumo en los hombres tal y como podemos ver en la gráfica de abajo.

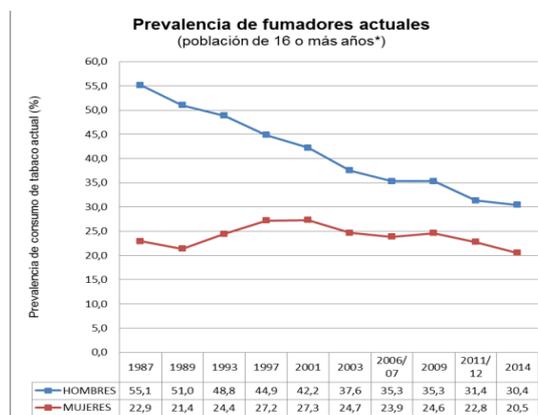


FIGURA 7: Gráfico comparativo según sexo de la prevalencia del consumo tabáquico desde 1987 hasta 2014 (fuente: INE)

No podemos olvidarnos hablar acerca de las diferentes normativas en lo referente al tabaco en ámbito nacional y las consecuencias que estas han tenido en su consumo. La ley antitabaco de 2010 [15] ha tenido un destacable impacto en la prevalencia de su consumo. Tras su aplicación en 2010 podemos ver cómo sus efectos en ENSE2011 y la Encuesta Europea de Salud en España 2014 (ESEE). El consumo del hábito ha ido reduciéndose desde la implantación de la ley, ya lo hizo en 2011 y más aun lo ha hecho en 2014.

	Hombres				Mujeres			
	2011	2014	Diferencia 2011-14	% Reducción 2011/14	2011	2014	Diferencia 2011-14	% Reducción 2011/14
TOTAL	31,37	30,43	-0,9	-3,0	22,77	20,50	-2,3	-10,0
de 15 a 24 años*	27,83	25,06	-2,8	-10,0	24,91	17,80	-7,1	-28,5
de 25 a 34 años	40,88	40,63	-0,3	-0,6	31,60	29,02	-2,6	-8,2
de 35 a 44 años	35,78	36,24	0,5	1,3	31,27	27,05	-4,2	-13,5
de 45 a 54 años	38,02	36,24	-1,8	-4,7	33,13	28,25	-4,9	-14,7
de 55 a 64 años	28,84	29,90	1,1	3,7	18,04	21,94	3,9	21,6
de 65 a 74 años	17,92	17,10	-0,8	-4,6	5,10	7,08	2,0	38,8
de 75 a 84 años	10,02	9,55	-0,5	-4,7	1,02	1,52	0,5	49,0
de 85 y más años	7,34	7,36	0,0	0,3	0,68	0,90	0,2	32,4

TABLA 2 : Comparativa de la prevalencia de fumadores según grupo de edad y sexos. (fuente: INE) [16]

Por clase social, se mantienen en parte los gradientes de mayor consumo en las clases más desfavorecidas, en ese sentido destaca el grupo de mujeres de clase VI donde ha aumentado la prevalencia de consumo actual.

Clase social *	Hombres				Mujeres			
	2011	2014	Diferencia 2011-2014	% Reducción 2011/2014	2011	2014	Diferencia 2011-2014	% Reducción 2011/2014
I	26,3	22,5	-3,8	-14,6	21,2	19,5	-1,7	-8,2
II	28,7	28,7	0,0	-0,1	22,7	22,9	0,2	1,0
III	33,7	31,5	-2,2	-6,4	24,7	20,5	-4,3	-17,3
IV	33,6	32,5	-1,1	-3,3	23,5	18,1	-5,4	-22,9
V	36,2	37,0	0,8	2,1	24,7	20,8	-3,9	-15,8
VI	34,4	30,8	-3,6	-10,4	19,1	22,7	3,6	18,8

TABLA 3: Comparativa de la prevalencia de fumadores según clase social y sexo (fuente: INE) [16]

6.3. NUTRICIÓN Y OBESIDAD

Según un estudio publicado en la revista Nutrición Clínica y Dieta Hospitalaria, elaborado por Rocío Rita Márquez en 2016 [17], la obesidad es más prevalente en la sociedad adulta con menor nivel educativo y menor clase social. En la tabla 4,

podemos ver la diferencia entre el Índice de Masa Corporal (IMC) según sexo y clase social.

Algunos de los datos que podemos observar son:

- La obesidad aumenta a menor nivel socioeconómico, las clases sociales más bajas tienen un mayor porcentaje de obesidad.

- La obesidad es mayor en hombres que en mujeres.

- En los hombres de clases social I, la obesidad ha disminuido entre 2006 y 2017 en comparación con el resto, en la cual la obesidad ha aumentado, siendo mayor este aumento en las clases sociales más bajas

- En las mujeres, en cambio, la obesidad ha aumentado en todos los estratos sociales entre 2006 y 2017, no obstante, este aumento también ha sido superior en las clases más bajas.

CLASE SOCIAL	HOMBRES				MUJERES			
	2006		2017		2006		2017	
	Normopeso	Obesidad	Normopeso	Obesidad	Normopeso	Obesidad	Normopeso	Obesidad
I	39,72	13,57	44,46	11,31	65,97	6,94	63,93	7,26
II	41,22	13,14	40,54	15,82	59,36	9,06	61,91	9,13
III	37,39	15,24	36,47	19,20	55,74	12,81	53,33	13,81
IV	39,01	16,47	34,74	17,86	45,43	18,74	45,59	17,12
V	36,92	16,90	34,04	19,82	45,73	17,68	44,88	20,26
VI	30,19	17,13	36,52	20,42	44,33	21,83	42,64	23,98

TABLA 4: Relación de porcentajes de obesos según clase social y sexo en 2006 y 2017 (elaboración propia con los datos del INE)

En cuanto a la **NUTRICIÓN**, también se aprecia una diferencia en cuanto a los alimentos consumidos.

Podemos observar algunos de los siguientes datos:

- La alimentación de la clase social I es más sana, con una mayor proporción del consumo de fruta llegando a ser hasta de un 18.4% más que la clase social VI.
- Asimismo, en otros alimentos como las patatas, pasta y arroz, el consumo es de un 6,27% más en la clase social VI que en la I.
- En las verduras, se puede apreciar una gráfica descendente a medida que nos acercamos a clases sociales más desfavorecida.

- Esto nos indica, que el consumo de algunos tipos de alimentos se ve influido por el estrato social, notándose sobretodo en alimentos más sanos como frutas y verduras que a su vez son más caros.

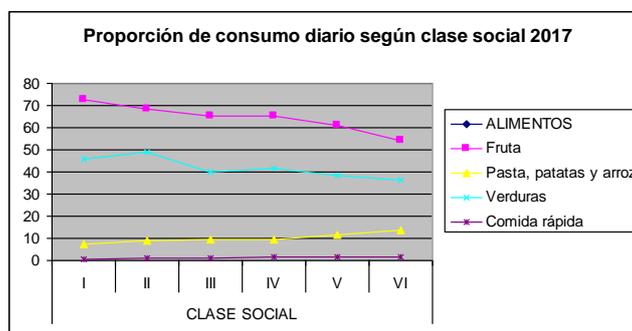


FIGURA 8: Proporción del consumo de alimentos según clase social 2017
(elaboración propia con los datos del INE)

6.4. ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

A lo largo de este punto, compararemos distintos factores de riesgo cardiovasculares con alta prevalencia como la HTA, la hipercolesterolemia y la diabetes, según la clase social y el sexo.

Como vemos en las tablas del año 2006, en cuanto a la **HIPERCOLESTEROLEMIA**, las diferencias totales entre hombres y mujeres no son llamativas de 18.2% en hombres y 17.82% en mujeres. En cambio, entre clases, lo más llamativo es la diferencia entre la clase I y VI tanto en hombres como en mujeres.

En 2011, estas diferencias entre hombres y mujeres siguen sin ser llamativas. Siendo de 16.1% en hombres y 16.91% en mujeres. Las diferencias entre clases sí son sugerentes, en el caso de las mujeres. Hay un 9,16% más de mujeres que presentan hipercolesterolemia entre la clase VI que entre las mujeres de la clase I. En el caso de los hombres la diferencia no es tan significativa, de un 0,26% más en la clase VI que en la clase I.

En 2017, la dinámica de los datos continúa siendo la misma. La diferencia entre hombres y mujeres no llega al 1%. Y entre las clases, la diferencia es más llamativa en mujeres que en hombres.

En cuanto a la variabilidad a lo largo de los años, el porcentaje de adultos, tanto hombres como mujeres ronda el 1% entre unos años y otros, sin apreciarse ni un ascenso ni un descenso muy marcado.

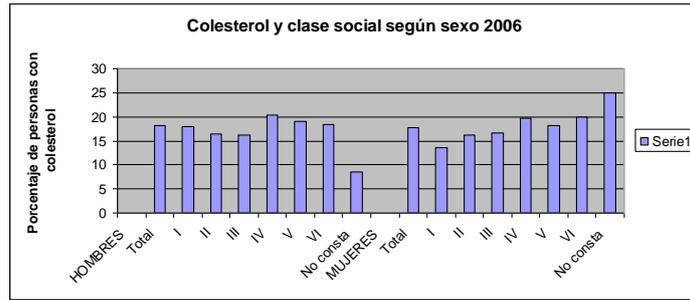


FIGURA 9: Hipercolesterolemia según sexo y clase social 2006 (elaboración propia mediante los datos del INE)

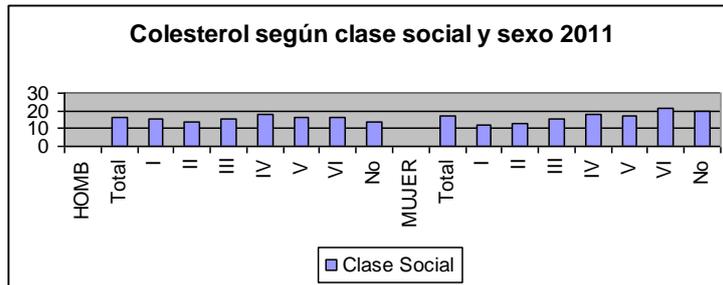


FIGURA 10: Hipercolesterolemia según sexo y clase social 2011 (elaboración propia mediante los datos del INE)

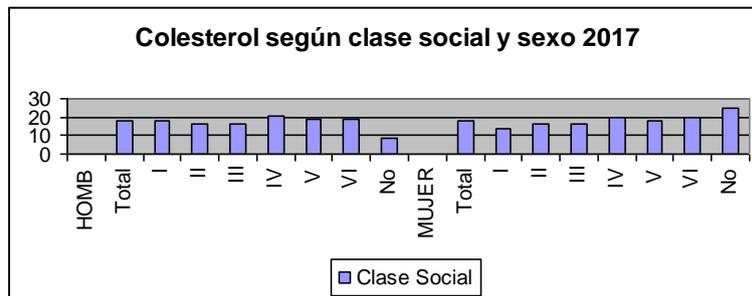


FIGURA 11: Hipercolesterolemia según sexo y clase social 2017 (elaboración propia mediante los datos del INE)

En cuanto a la **DIABETES**, vemos en primer lugar que, en 2006, existe una diferencia en el porcentaje de enfermos en cuanto a géneros de un 1% superior en hombres. Asimismo, tanto en hombres como en mujeres es superior en las clases sociales más bajas, siendo esta diferencia entre las clases más limítrofes superiores en el sexo femenino, que llega a un 6.59%

En cuanto a los años 2011 y 2017, podemos observar que la gráfica es muy similar al 2006, siguiendo el mismo patrón.

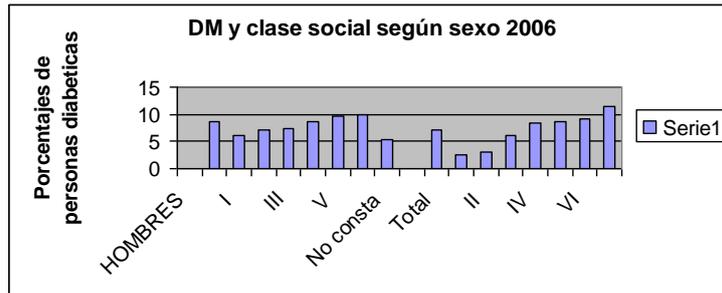


FIGURA 12: Prevalencia de diabetes mellitus según sexo y clase social 2006 (elaboración propia mediante los datos del INE)

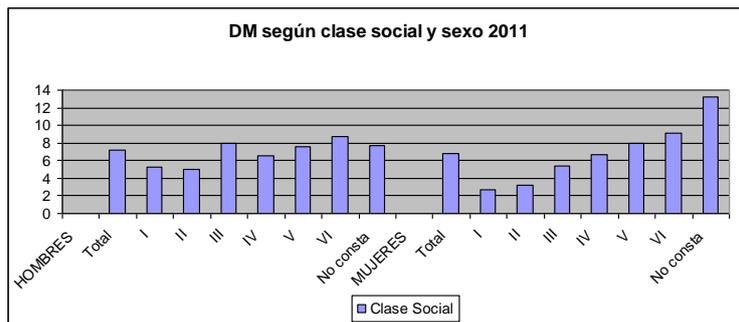


FIGURA 13: Prevalencia de diabetes mellitus según sexo y clase social 2011 (elaboración propia mediante los datos del INE)

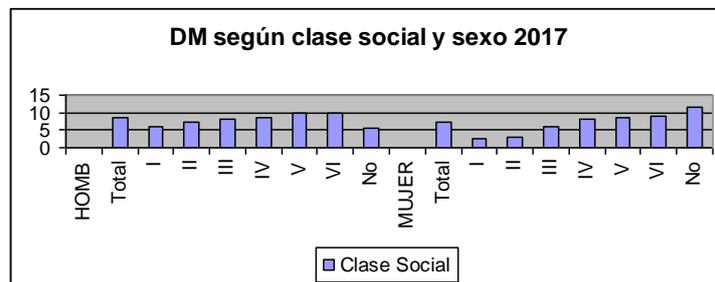


FIGURA 14: Prevalencia de diabetes mellitus según sexo y clase social 2017 (elaboración propia mediante los datos del INE)

Finalmente, en cuanto a los resultados de la HTA, en 2006, el 20.55% de las mujeres padecían HTA y el 17,17 % de los hombres. En los hombres, un 2,68% más de las personas de clase VI presentó HTA en comparación con la clase I. A diferencia de las mujeres cuya diferencia es de un 15,55% más en la VI clase que en la I.

En 2011, el porcentaje de hombres con HTA era de 16.44% y de mujeres un 19.78%. En cuanto a la diferencias entre las clases, en las mujeres la diferencia entre la I y VI clase era de un 12,22% más mujeres con HTA en este último grupo. Por su parte, en los hombres la diferencia entre estas dos clases es de un 1,04% más en la VI.

En el año 2017, el porcentaje de hombres y mujeres con HTA, era prácticamente igual. En cuanto a las diferencias de porcentajes de afectos entre las clases, en las

mujeres la diferencias entre la clase I y VI es de un 12,01% más en esta última y en los hombres es de 1,28%.

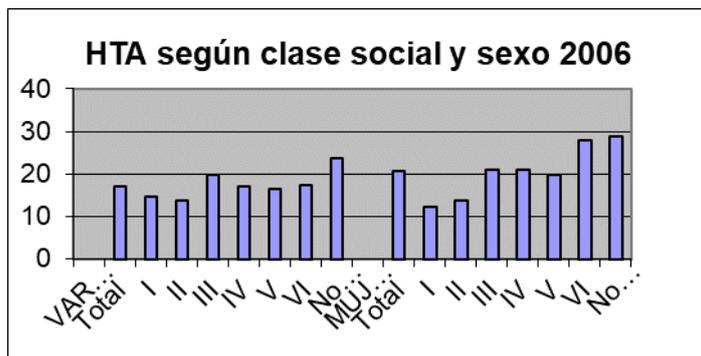


FIGURA 15: Prevalencia de HTA según clase social y sexo 2006 (elaboración propia mediante los datos del INE)

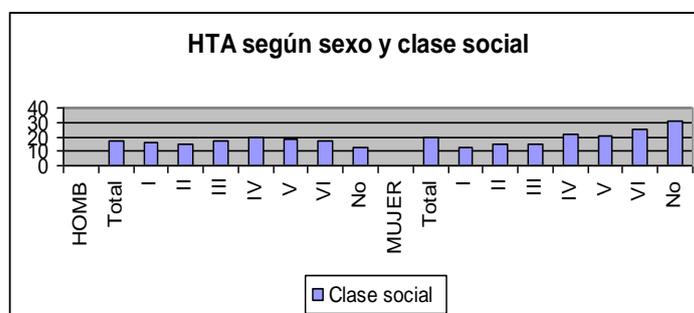


FIGURA 16: Prevalencia HTA según sexo y clase social 2011 (elaboración propia mediante los datos del INE)

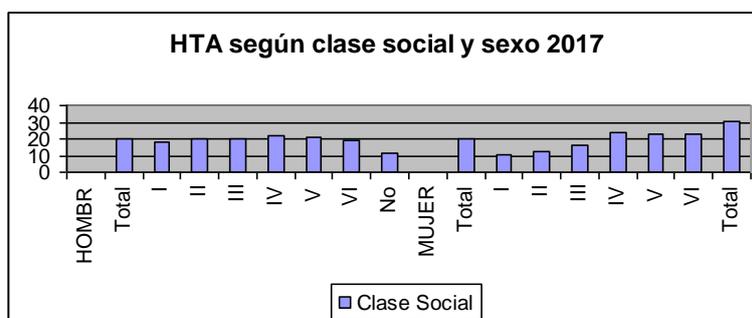


FIGURA 17: Prevalencia HTA según sexo y clase social 2017 (elaboración propia mediante los datos del INE)

7. DISCUSIÓN

El objetivo del actual trabajo ha sido analizar los datos de salud de la población adulta española desde el 2006 hasta el 2017, con el objetivo de descubrir si existe

evidencia de desigualdades en salud en función de la clase social y el sexo. A lo largo del tiempo, el concepto de salud ha ido evolucionando, llegando al concepto de salud multifactorial, dependiendo de estilos de vida, posición socioeconómica, biología, medidas preventivas, entre otros. Por lo tanto, en este trabajo no se entiende que todos estos factores sean concebidos en el mismo nivel para estudiar el estado de salud de un individuo, sino que la posición social determinará todos los demás factores, y por ende la salud.

Con los resultados obtenidos, podemos aceptar las hipótesis planteadas. Poniendo de manifiesto la influencia de las desigualdades sociales en los factores de riesgo cardiovasculares y, por tanto, el aumento de la morbilidad en los grupos más vulnerables.

En cuanto al hábito tabáquico, podemos extrapolar varias ideas claras. En primer lugar, la prevalencia del hábito tabáquico ha ido variando con el tiempo, pasando de ser superior en las clases sociales más altas a hacerlo en las clases más bajas. Por otro lado, en lo respectivo a la diferencia entre géneros, su prevalencia es mayor en hombres, no obstante, entre los años 2006 y 2014 la prevalencia disminuyó hasta un 5%, al contrario que en las mujeres en las cuales se ha mantenido más constante, llegando a encontrarse un aumento brusco en la clase VI, dónde en lugar de disminuir ha aumentado notablemente. Finalmente, esta tendencia a la disminución se ha relacionado con las leyes antitabaco tanto de 2011 como de 2014 dónde su efecto fue superior. Por lo tanto, la tendencia más peligrosa, es la del aumento de la prevalencia principalmente en mujeres de clase baja dónde se aprecia mayor susceptibilidad al consumo de tabaco.

En lo referente a la nutrición y la obesidad, observamos como pertenecer a clases sociales más bajas, resulta un factor de riesgo tanto para la obesidad como para una alimentación menos equilibrada. Siguiendo la tendencia del tabaco, la obesidad es mayor en hombres, no obstante, en las mujeres la tendencia es al aumento mientras que en hombres está disminuyendo. Por lo tanto, ser mujeres y pertenecer a la clase VI te hace tener mayor riesgo de obesidad. Todo esto, podría explicarse fijándonos en las diferencias en cuanto a la dieta, probablemente debido sobre todo a que los precios en alimentos más sanos son superiores por lo que, poder llevar a cabo una dieta equilibrada cuesta más dinero [18] , evidenciando aún más las diferencias en salud según las clases sociales.

Finalmente, en cuanto a los principales factores de riesgo cardiovascular, respectivo a la hipercolesterolemia, vemos que entre los años 2006 a 2017 su prevalencia es bastante constante, sin diferencias significativas entre sexos, no obstante lo que si que es de destacar es la diferencia en la prevalencia en cuanto a las clases sociales, especialmente en mujeres, donde esta diferencia es más marcada. En consideración con la diabetes, ocurre algo parecido, la diferencia total entre género no es significativa y la prevalencia se mantiene mas o menos constante a lo largo del tiempo. Sin embargo, sí existen diferencias entre clases siendo esta más marcada en las mujeres, en las que la diferencias entre clases es mayor. Por último, en cuanto a la HTA, en este caso la prevalencia en mujeres es superior que en hombres y se mantiene constante a lo largo del tiempo. Así mismo, la diferencias entre clases es llamativa siendo mayor en el caso de las mujeres con un valor de hasta un 15.5% más.

Por consiguiente, podemos extraer varias ideas claras de estos datos, la clase social es un determinante social que influye considerablemente en la salud. Vemos que pertenecer a clases sociales bajas es un factor de riesgo, lo que provoca mayor susceptibilidad a padecer enfermedades, lo que aumenta la morbilidad de estos grupos, existiendo una desigualdad en salud dependiente de la posición socioeconómica. Haciendo que estos grupos sean más susceptibles a enfermedades cardiovasculares, las cuales son la primera causa de muerte a nivel mundial. Lo que nos indica que para tener un sistema de salud lo más equitativo posible, se debería invertir y reforzar más la atención en estos grupos de riesgo más vulnerables. Además, esta diferencia se agrava aún más en el caso de las mujeres, por lo tanto, las mujeres se encuentran en una posición de vulnerabilidad aún mayor en las clases sociales más bajas por el hecho de ser mujeres.

8. CONCLUSIONES

1. La edad media de la población ha aumentado en los últimos años siendo esto un marcador de riesgo, es decir, factor de riesgo no modificable.
2. La clase social baja es un factor de riesgo que aumenta la morbilidad. La prevalencia de los factores de riesgo cardiovasculares es significativamente mayor en las clases sociales bajas especialmente en la VI.
3. El hábito tabáquico es superior en las clases sociales bajas y está aumentando notablemente en las mujeres de la clase social VI.
4. La nutrición es menos equilibrada en las clases sociales bajas debido al bajo poder adquisitivo y el coste de los alimentos, lo que puede ser la razón del aumento de la obesidad en estas clases.

5. La prevalencia de los factores de riesgo aumentan a medida que descendemos de clase social, siendo notablemente superiores en la clase VI.
6. Ser mujer es un factor de riesgo por sí mismo, aumentando aún más las diferencias entre clases.
7. Para un sistema más equitativo, estos grupos de riesgo deberían recibir una atención mayor que el resto de población.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. Schwab K. The Global Competitiveness Report 2019. :666.
2. Badia JG, Zurro AM. Julian Tudor Hart (1927-2018): referente mundial indiscutible de atención primaria. Aten. Primaria 2018;50:385-6.
3. La hambruna de Holanda (1944-1945) pervive en los genes de los descendientes - info-farmacia [Internet]. [citado 2021 may 3];Available from: <http://www.info-farmacia.com/historia/la-hambruna-de-holanda-1944-1945-pervive-en-los-genes-de-los-descendientes>
4. Jiménez de la Jara J, Agar Corbinos L, Saffie Guevara N. El aporte a la salud pública del Dr. Abraham Horwitz: luces desde la contemporaneidad. Acta Bioethica 2014;20:279-89.
5. OMS | Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final [Internet]. WHO [citado 2021 may 3];Available from: https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
6. El coronavirus tiene un mayor efecto en los barrios más pobres | Cataluña [Internet]. [citado 2021 may 3];Available from: <https://www.elmundo.es/cataluna/2020/08/10/5f311abafdddf7a568b45b7.html>
7. Baena-Díez JM, Barroso M, Cordeiro-Coelho SI, Díaz JL, Grau M. Impact of COVID-19 outbreak by income: hitting hardest the most deprived. J. Public Health 2020;42:698-703.
8. BOE.es - BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. [Internet]. [citado 2021 may 3];Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
9. Gavidia Catalán V, Talavera M. La construcción del concepto de salud. Didáctica Las Cienc. Exp. Soc. [Internet] 2012 [citado 2021 may 14];0. Available from: <http://ojs.uv.es/index.php/dces/article/view/1935>
10. De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC, De La Guardia Gutiérrez MA, Ruvalcaba Ledezma JC. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. J. Negat. No Posit. Results 2020;5:81-90.
11. González DEC, Gelis LMM, Cruz MES, Figueroa LEM, Maylen L, Hernández V. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos. :10.
12. INEbase / Sociedad /Salud /Encuesta nacional de salud / Resultados [Internet]. INE [citado 2021 may 26];Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175
13. Tabaco [Internet]. [citado 2021 may 3];Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

14. Iecs| Un estudio científico demuestra que el tabaquismo potencia la inequidad social [Internet]. [citado 2021 may 3];Available from: <https://www.iecs.org.ar/un-estudio-cientifico-demuestra-que-el-tabaquismo-potencia-la-inequidad-social/>
15. BOE.es - BOE-A-2010-20138 Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. [Internet]. [citado 2021 may 14];Available from: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2010-20138
16. II_Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf [Internet]. [citado 2021 may 14];Available from: https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/proteccionSalud/tabaco/docs/II_Informe_Impacto_Salud_Ley_Tabaco.pdf
17. Márquez Díaz RR. Obesity: prevalence and relationship with educational level in Spain. Nutr. Clínica Dietética Hosp. 2016;181-8.
18. Inflación “verde”: las frutas y verduras encarecen el carrito del súper | Política [Internet]. Voz Inter. [citado 2021 may 14];Available from: <https://www.lavoz.com.ar/politica/inflacion-verde-frutas-y-verduras-encarecen-carrito-del-super/>



SALUD Y RENTA PER CÁPITA

Autora: Leticia Salcedo Martín

Tutor: José Javier Castrodeza Sanz
Cotutora: M.Aurora Sacristán Salgado

INTRODUCCIÓN

- El Dr Horwitz estudió la correlación entre desigualdad en salud y desigualdad económica.
- Julian Hart anunció la ley empírica de cuidado inversos.
- Poniéndose de manifiesto la necesidad de abordar la clase social como un factor de riesgo.



OBJETIVOS

General

- Estudiar cómo la situación económica de la población adulta española, ha podido influir en los diferentes FRC según la clase social y el género de 2006 a 2017

Específico

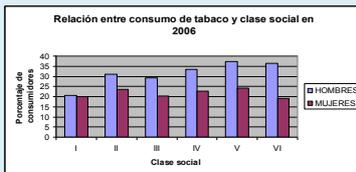
- Estudiar el tabaco y el hábito tabáquico.
- Analizar la repercusión de la nutrición y la dieta en la salud según las capacidades económicas
- Analizar la distribución de los FRC según la clase social

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio observacional, descriptivo, analizando las encuestas del INE de 2006, 2011, 2017
- Centrándonos en la población adulta española
- Tendremos tres variables:
 - Clase social: dividiremos la población adulta en 6 clases
 - Sexo: haremos una comparación entre sexos
 - Edad: población adulta mayor de 16 años

RESULTADOS

Hábito tabáquico



Clase social *	Hombres				Mujeres			
	2011	2014	Diferencia 2011-2014	% Reducción 2011/2014	2011	2014	Diferencia 2011-2014	% Reducción 2011/2014
I	26,3	22,5	-3,8	-14,6	21,2	19,5	-1,7	-8,2
II	28,7	28,7	0,0	-0,1	22,7	22,9	0,2	1,0
III	33,7	31,5	-2,2	-6,4	24,7	20,5	-4,3	-17,3
IV	33,6	32,5	-1,1	-3,3	23,5	18,1	-5,4	-22,9
V	36,2	37,0	0,8	2,1	24,7	20,8	-3,9	-15,8
VI	34,4	30,8	-3,6	-10,4	19,1	22,7	3,6	18,8

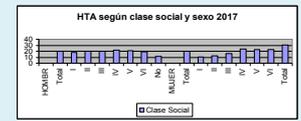
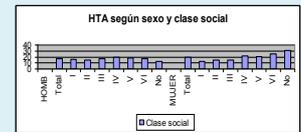
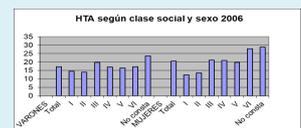
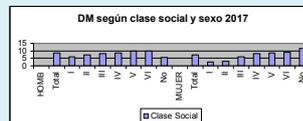
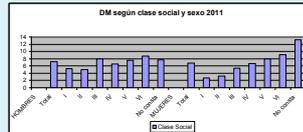
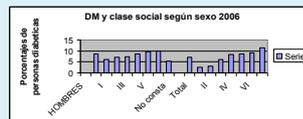
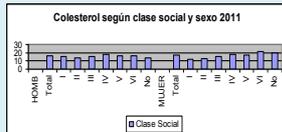
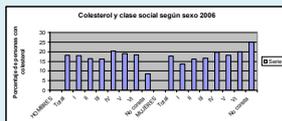
La prevalencia del hábito tabáquico es mayor en clases sociales bajas, en las cuales ha ido aumentando. No obstante, el consumo sigue siendo superior en hombres aunque se está reduciendo y aumentando en mujeres

Nutrición y obesidad

CLASE SOCIAL	HOMBRES				MUJERES			
	2006		2017		2006		2017	
	Normopeso	Obesidad	Normopeso	Obesidad	Normopeso	Obesidad	Normopeso	Obesidad
I	39,72	13,57	44,46	11,31	65,97	6,94	63,93	7,26
II	41,22	13,14	40,54	15,82	59,36	9,06	61,91	9,13
III	37,39	15,24	36,47	19,20	55,74	12,81	53,33	13,81
IV	39,01	16,47	34,74	17,86	45,43	18,74	45,59	17,12
V	36,92	16,90	34,04	19,82	45,73	17,68	44,88	20,26
VI	30,19	17,13	36,52	20,42	44,33	23,83	42,64	23,98

La obesidad es más prevalente a medida que descendemos de clase y esta prevalencia es más notable en las mujeres, siendo la diferencia de la prevalencia entre I y VI clase de un **16,72%**

Factores de riesgo cardiovasculares



Los FRC se han mantenido estables en el tiempo. No obstante, su prevalencia es significativamente superior en las clases sociales bajas, especialmente en la VI, y en concreto en las mujeres. En mujeres, entre las clases I y VI hay una prevalencia de **9,16%** más de hipercolesterolemia, un **6,59%** más de diabetes y **15,55%** más de HTA en la clase VI.

CONCLUSIONES

- ✓ La clase social baja es un factor de riesgo que aumenta la morbilidad. Siendo especialmente destacable en la clase social VI
- ✓ El hábito tabáquico ha ido aumentando en clases sociales más bajas hasta hacerse más prevalente en estas. No obstante, su consumo ha disminuido de manera general.
- ✓ La obesidad es superior en las clases sociales más bajas, probablemente debido a una peor alimentación por el coste de los alimentos.
- ✓ Los Factores de riesgo cardiovasculares son superiores en clases sociales más bajas y dentro de estas, en las mujeres la diferencia se agrava más que en los hombres. Especialmente en la HTA
- ✓ Ser mujer es por sí mismo un factor de riesgo, mayor aún en las clases sociales más bajas.

BIBLIOGRAFÍA

- INEbase / Sociedad / Encuesta nacional de salud / Resultados [Internet]. INE. [citado 26 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&tid=1254735573175
- Ieacs) Un estudio científico demuestra que el tabaquismo potencia la inequidad social [Internet]. [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.ieacs.org.ar/un-estudio-cientifico-demuestra-que-el-tabaquismo-potencia-la-inequidad-social>
- Jiménez de la Jara J, Agar Corbinos L, Saffie Guevara N. El aporte a la salud pública del Dr. Abraham Horwitz: luces desde la contemporaneidad. Acta Bioethica. noviembre de 2014;20(2):279-89.
- OMS | Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 3 de mayo de 2021]. Disponible en: Jiménez de la Jara J, Agar Corbinos L, Saffie Guevara N. El aporte a la salud pública del Dr. Abraham Horwitz: luces desde la contemporaneidad. Acta Bioethica. noviembre de 2014;20(2):279-89.