



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Trabajo de Fin de Grado

Grado en Administración y dirección de empresas

**Apoyo social y salud según nivel
socioeconómico: una perspectiva de género**

Presentado por:

Mario Sanjurjo Quintano

Tutelado por:

Carmen García Prieto

Valladolid, 02 de Julio de 2023

Resumen

La importancia del nivel socioeconómico en la vida de una persona ha sido objeto de estudio en muchas ocasiones, con especial atención en la influencia que ejerce sobre la salud y las relaciones sociales de dicha persona. Los objetivos de este trabajo fueron observar el grado de incidencia que tienen ciertas variables socioeconómicas tanto en la salud como en el apoyo social de la población española, y si existen diferencias según el género de la persona. Para ello, se utilizaron los datos obtenidos de la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2018, que se realiza a un grupo representativo de hogares. Los resultados confirman la relevancia que tiene el nivel educativo a lo largo de la vida de una persona, ya que influye en su empleo, su poder adquisitivo, sus hábitos, sus relaciones sociales y su salud, estando todos estos aspectos relacionados. Por último, el estudio concluye que un nivel socioeconómico superior está relacionado con una mejora considerable tanto en el apoyo social como en la salud de una persona. No se encontraron diferencias tan evidentes desde la perspectiva de género.

Palabras clave: Nivel socioeconómico, salud, apoyo social, género, nivel educativo.

Clasificación JEL: I14: Salud y desigualdad. I31: Bienestar general. J16: Economía de género; discriminación no laboral.

Abstract

The importance of socioeconomic level in a person's life has been the subject of study on many occasions, with special attention to the influence it has on health and social relationships. The objectives of this study were to observe the degree of incidence that certain socioeconomic variables have on both health and social support in the Spanish population, and whether there are differences according to the person's gender. For this purpose, data obtained from the 2018 Living Conditions Survey, which is carried out on a representative group of households, were used. The results confirm the relevance that the educational

level has throughout a person's life, since it influences their employment, purchasing power, habits, social relations and health, all of these aspects being related. Finally, the study concludes that a higher socioeconomic level is related to a considerable improvement in both a person's social support and health. No such evident differences were found from a gender perspective.

Key words: Socioeconomic level, health, social support, gender, educational level.

JEL classification: I14: Health and inequality. I31: General well-being. J16: Gender economics; non-employment discrimination.

Índice

1. INTRODUCCIÓN	5
2. METODOLOGÍA	6
3. SALUD Y APOYO SOCIAL SEGÚN EL GÉNERO	7
3.1. Edad	12
3.1.1. Salud y edad	12
3.1.2. Apoyo social y edad.....	18
3.2. Densidad de población	22
3.2.1. Salud y ruralidad.....	22
3.2.2. Apoyo social y ruralidad	27
3.3. Nivel de educación alcanzado	30
3.3.1. Salud y nivel de educación alcanzado	30
3.3.2. Apoyo social y nivel de educación alcanzado	36
3.4. Salud y renta.....	40
3.5. Salud y pobreza	43
4. CONCLUSIONES	47
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

1. INTRODUCCIÓN

El apoyo social es un concepto fundamental en el ámbito de la salud, siendo reconocida su relevancia en múltiples estudios realizados hasta la fecha, que serán mencionados posteriormente. La relación entre el apoyo social y la salud es compleja y multifacética (Pedrós Barnils, Eurenus, & Gustafsson, 2020), siendo objeto de investigación en diferentes ámbitos: la psicología, la sociología, la medicina...

El apoyo social es un concepto amplio que recoge el conjunto de recursos que una persona recibe de su entorno social, y que le permiten enfrentar y superar situaciones difíciles. Estos recursos pueden aparecer de diferentes modos, como el afecto, la compañía, el consejo, la ayuda financiera o la asistencia en tareas cotidianas.

En la definición de salud ofrecida por la OMS, se dice que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Por ello, es obvio que existe una clara dependencia entre estos dos conceptos, ya que uno forma parte de otro más amplio.

Además, este trabajo abordará esta relación separando el género de la persona para observar sus diferencias. Esto nos puede ser útil para, desde esta perspectiva, comprobar si las mujeres viven más años pero lo hacen en peores condiciones de salud, como mantienen numerosos estudios (Blanes & Trias-Llimós, 2021).

Aunque el apoyo social puede conllevar resultados positivos para la salud en general, su impacto puede modificarse dependiendo del nivel socioeconómico de la persona. De hecho, se ha observado que las personas con bajos ingresos y educación tienen menos acceso a redes de apoyo social, Además, el apoyo que reciben suele ser de menor calidad y cantidad que el de la gente con un nivel socioeconómico más alto (Vonneilich, Lüdecke, & von dem Knesebeck, 2020).

Estas desigualdades en el acceso al apoyo social pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud de las personas con menores ingresos y educación. De hecho, se ha demostrado que las personas con menor apoyo social tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental y física, como la depresión, la ansiedad, el estrés, la hipertensión y la enfermedad cardiovascular (Almagiá, 2004).

Por esta razón, es importante entender mejor la relación entre el apoyo social y la salud según el nivel socioeconómico, con el fin de desarrollar estrategias efectivas para mejorar la salud de las personas de bajos ingresos y educación, como algún estudio ha realizado (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012) . En este trabajo de fin de grado, se explorará esta relación a fondo dependiendo del género de la persona, analizando los resultados de estudios recientes y discutiendo sus indicaciones para la salud pública.

2. METODOLOGÍA

Para realizar un estudio empírico de la relación que existe entre las variables mencionadas anteriormente, se utilizará la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV). Esta herramienta estadística facilita el análisis, ya que examina las condiciones de vida existentes en una zona determinada (en este caso, España).

Como explica el INE en su descripción de la encuesta, su objetivo general es la producción sistemática de estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida, que incluyan datos transversales y longitudinales comparables y actualizados sobre la renta, el nivel y composición de la pobreza y la exclusión social, a escala nacional y europea. Se trata de una encuesta con un diseño de panel rotante que se realiza a un grupo representativo de hogares anualmente, obteniendo información muy detallada y renovada sobre dichas variables.

Aunque lo prioritario es la producción de información transversal con un alto grado de calidad en lo que a su actualidad y comparabilidad se refiere, la Encuesta permite obtener también información longitudinal, es

decir, referida a las mismas personas en diferentes momentos a lo largo del tiempo (en el caso español el seguimiento se realizará a lo largo de cuatro años). Esto permitirá conocer el cambio bruto, es decir, la evolución temporal de las variables de interés en cada individuo, y el estudio de transiciones, duraciones e intervalos entre sucesos, propio del enfoque Panel.

Estos datos ofrecidos por el INE en coordinación con los servicios europeos de estadística, serán utilizados para relacionar variables y sacar conclusiones de cómo se producen dichas relaciones entre ellas. En este caso, las respuestas utilizadas se extraen de la encuesta realizada en el año 2018, debido a que se incluye un apartado de preguntas cuyo tema principal es el bienestar (variable clave en nuestro estudio). Para analizar estos datos se utilizará Excel, donde se crearán gráficos que faciliten la explicación al relacionar variables.

Estas variables que se mencionan, serán enlazadas en los siguientes epígrafes y con esos resultados se llegará a las conclusiones. En todas ellas, se realizará una comparativa respecto al género de la persona encuestada, para ver si existen diferencias respecto a hombres y mujeres. La muestra seleccionada para realizar la encuesta está integrada por un 47,71% de hombres y un 52,29% de mujeres. A continuación se detalla el estudio realizado de las variables más significativas en relación con la salud y el apoyo social.

3. SALUD Y APOYO SOCIAL SEGÚN EL GÉNERO

Como hemos comentado en la introducción, la salud de una persona no solo se basa en su estado físico, sino que también incluye el estado psicológico. Es por este segundo componente, por el que el apoyo social puede realizar una función crucial tanto en la salud como el bienestar de un individuo.

Este apoyo social se caracteriza por la ayuda y el apoyo que alguien recibe de su gente cercana, como pueden ser familiares, amigos, compañeros de clase/trabajo...

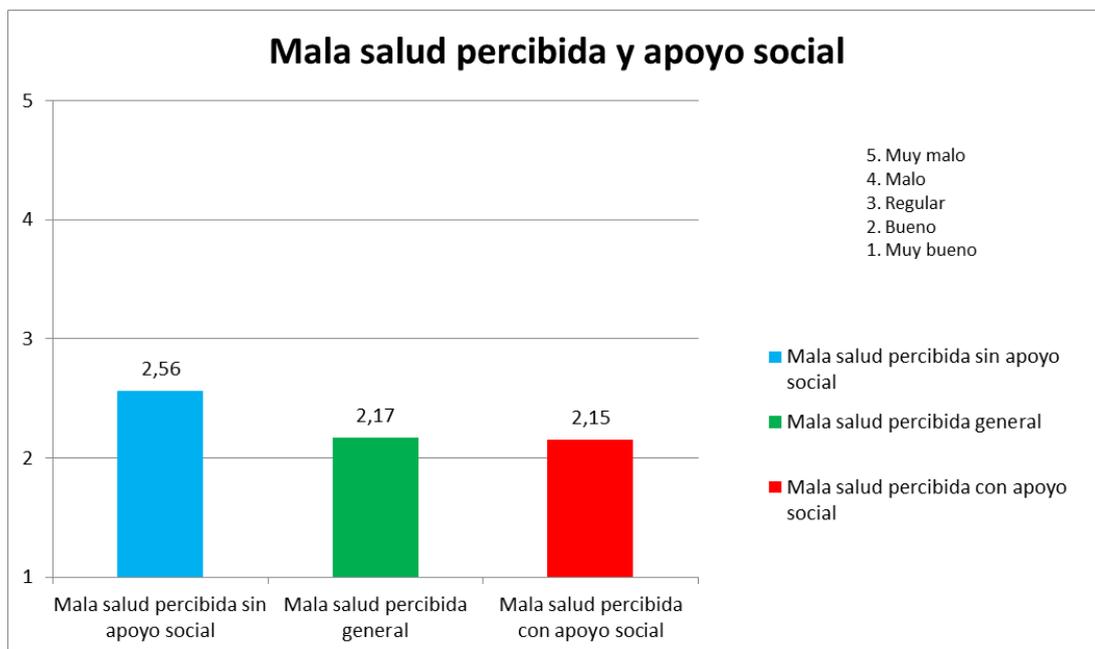
En numerosos estudios (Almagiá, 2004) se demuestra el hecho de que una persona con un nivel alto de apoyo social suele tener un mejor estado de salud que aquella que no lo tiene. Si nos referimos al aspecto psicológico, disponer de relaciones interpersonales ayuda a reducir problemas mentales como el estrés, depresión y ansiedad. En el ámbito físico, el apoyo social puede disminuir la aparición de enfermedades cardiovasculares y mejorar la calidad de sueño.

La explicación se basa en que recibir apoyo de gente cercana en un momento difícil, hace que la persona se sienta más cómoda y tranquila a la hora de afrontar este problema. Es por este motivo por el que dicha persona tiene más posibilidades de seguir adelante al encontrarse en una situación estresante y superar ese obstáculo con más calma. Por otra parte, formar parte de un grupo provoca un sentimiento de pertenencia y aceptación, dos aspectos que pueden mejorar la percepción que alguien tiene de sí mismo.

Al extraer los datos que nos facilita la ECV de las dos variables objeto de estudio, salud y apoyo social, se puede realizar este análisis. Para recoger la información correspondiente a la salud, se tiene en cuenta la pregunta: *“¿Cómo es su salud en general?”*. En este caso, el encuestado dispone de 5 respuestas: Muy buena (1), Buena (2), Regular (3), Mala (4) y Muy Mala (5), entre las que puede elegir una. Tanto en este como en los próximos gráficos elaborados, a la respuesta se le asigna un valor mayor cuanto peor es la valoración de su salud. Por lo tanto, a lo largo del trabajo se va a hablar de “mala salud percibida”, que es un concepto muy empleado en los estudios.

Respecto al apoyo social, se utiliza la pregunta: *“¿Podría pedir ayuda no material, si la necesitase, a familiares, amigos, vecinos o conocidos, que no sean miembros del hogar? Con ayuda no material queremos decir, por ejemplo, alguien con quien hablar o ayuda para hacer algo.”* Para esta pregunta solo existen dos posibles respuestas: Sí (1) y No (2).

Como datos a destacar un 95'09% de los encuestados responden que sí disponen de apoyo social, una cifra altísima. Respecto al estado de salud, la media de todos los encuestados es un 2'17, es decir, entre “Buena” (2) y “Regular” (3), pero con una cercanía superior a “Buena”. Con perspectiva de género, es importante comentar que existen diferencias entre hombres y mujeres. Mientras que en los varones su media se sitúa en un 2,1 (muy cerca del 2, estado de salud “Bueno”), las mujeres presentan un peor estado de salud con un 2,21 (media un poco más alta, aunque sigue cerca del 2). Si se habla de apoyo social, tanto hombres como mujeres consiguen resultados similares. Ambos sexos superan el 95% (95,08% hombres y 95,09% mujeres) de encuestados con apoyo social.

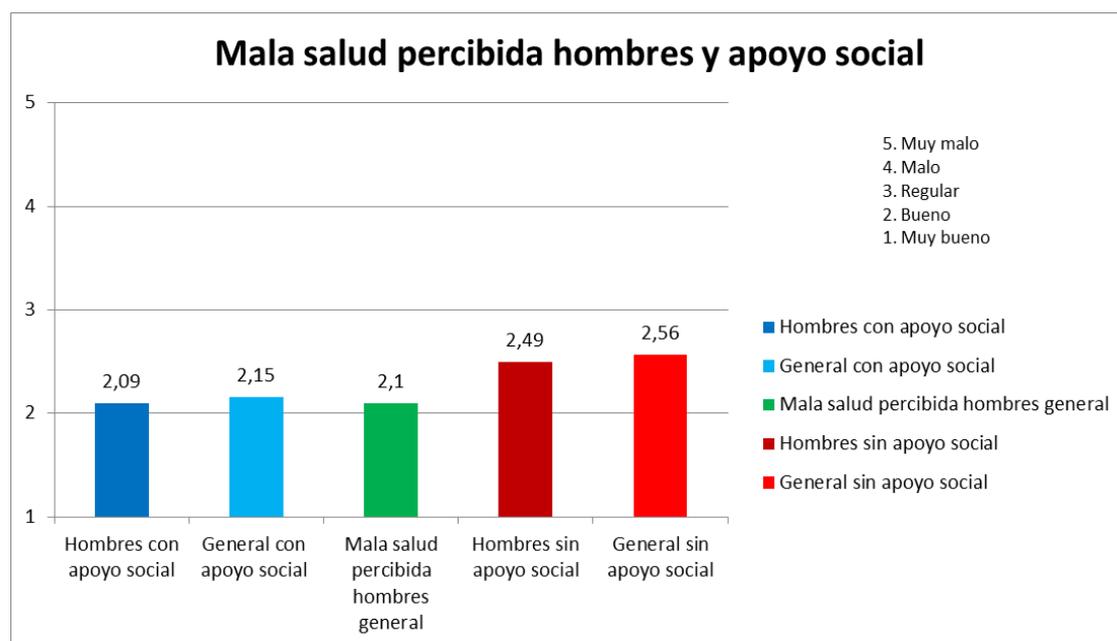


Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Como se puede observar en este gráfico, el problema de mala salud percibida es mayor para las personas que no disponen de esta ayuda. Aunque los dos valores se encuentren entre las opciones “Bueno” y “Regular”, las personas que cuentan con este apoyo poseen una media bastante inferior (2,15), muy próxima al 2 (“Bueno”). En cambio, la mala salud percibida de las personas que no disponen de alguien con quien hablar obtiene una media de 2,56, valor que se encuentra en un punto medio entre 2 y 3 (“Bueno” y “Regular”).

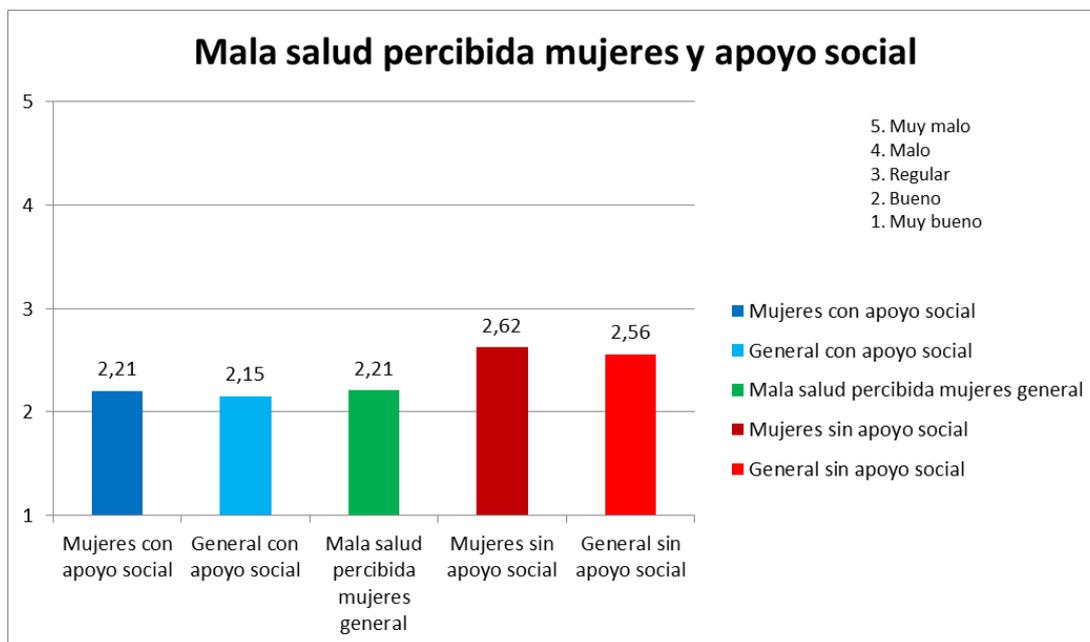
Como curiosidad, es obvio que la media de todos los encuestados (2,17) debe situarse entre los dos valores que se representan en el gráfico (2,15 y 2,56). Pero al existir un 95,09% de entrevistados con apoyo social, dicha cifra está muy próxima a la media que cuenta con esta ayuda, ya que es un valor mucho más representativo del total de encuestados.

Como hemos comentado anteriormente, este estudio de variables siempre va a ser analizado diferenciando el género de la persona. Para ello, se van a separar a los encuestados que disponen de apoyo social y aquellos que no. Este paso ya se ha hecho para obtener el gráfico anterior, pero ahora se van a analizar ambos grupos diferenciando entre hombres y mujeres. El objetivo es descubrir si existe un sexo al que le resulte más necesario disponer de estas relaciones sociales, analizando cómo afecta a su salud este hecho. Antes de empezar, cabe recordar que el estado de salud de las mujeres generalmente es peor que el de los hombres, según los datos. Este es un factor importante debido a que las medias de salud ya están condicionadas por su sexo, por lo que se deberá analizar más detalladamente si la posible diferencia se debe a tener ayuda de gente cercana o proviene únicamente del sexo del encuestado.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Como se preveía, los hombres con apoyo social mejoran su estado de salud respecto al grupo general de población con apoyo social. Este mismo hecho ocurre en el grupo de población sin apoyo social. Se debe a que los hombres generalmente presentan mejor estado de salud que las mujeres, como ya se conoce.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Obviamente, en este gráfico se observa el suceso contrario al mencionado anteriormente en los hombres, ya que las mujeres empeoran la media general de salud tanto del grupo con apoyo social como sin apoyo social. Además, lo más relevante a destacar, es que la falta de apoyo social se relaciona con peor salud tanto en hombres como mujeres.

Para saber si existe alguna diferencia entre ambos géneros en la influencia del apoyo social sobre la salud se analiza cada uno por separado. En el caso de las mujeres, la variación que existe entre sus dos medias (contando o no con apoyo social) es de 0,41 (2,62-2,21), mientras que en los hombres es de 0,40 (2,49-2,09). Por ello, se puede extraer que la diferencia por falta de apoyo social es prácticamente igual para los dos sexos, sabiendo que las mujeres siempre presentan un peor

estado de salud que los hombres, tanto si cuentan con apoyo social como en el caso en que no disponen de ello.

Una vez que se ha realizado un pequeño estudio sobre cómo se relacionan las dos variables principales entre ellas, se analiza el grado de influencia que ejercen las siguientes variables secundarias. Para ello, cada subapartado se dividirá en dos: salud y apoyo social. En ambos, se tratará de averiguar la importancia de la variable secundaria sobre cada una, por separado. Además, como en este punto, se llevará a cabo un análisis desde la perspectiva del género tanto para la salud, como para el apoyo social.

3.1. Edad

3.1.1. Salud y edad

En este punto, se intenta conocer de qué manera la salud de una persona se ve afectada por su edad. En general, cuanto mayor es una persona, peor será su estado de salud, pero se busca averiguar cuál es el grado de importancia y sus motivos.

Cuando una persona envejece, asume mayores riesgos de que aparezcan ciertas enfermedades o problemas causados por cambios naturales que sufre cualquier cuerpo humano. Es el caso del sistema inmunológico, que suele deteriorarse con los años provocando que existan mayores probabilidades de sufrir una infección, típica en personas mayores. Pero, este sistema no es el único que tiende a experimentar cambios que afecten a la salud, ya que también es característico en sistemas como el respiratorio, cardiovascular, muscular, esquelético...

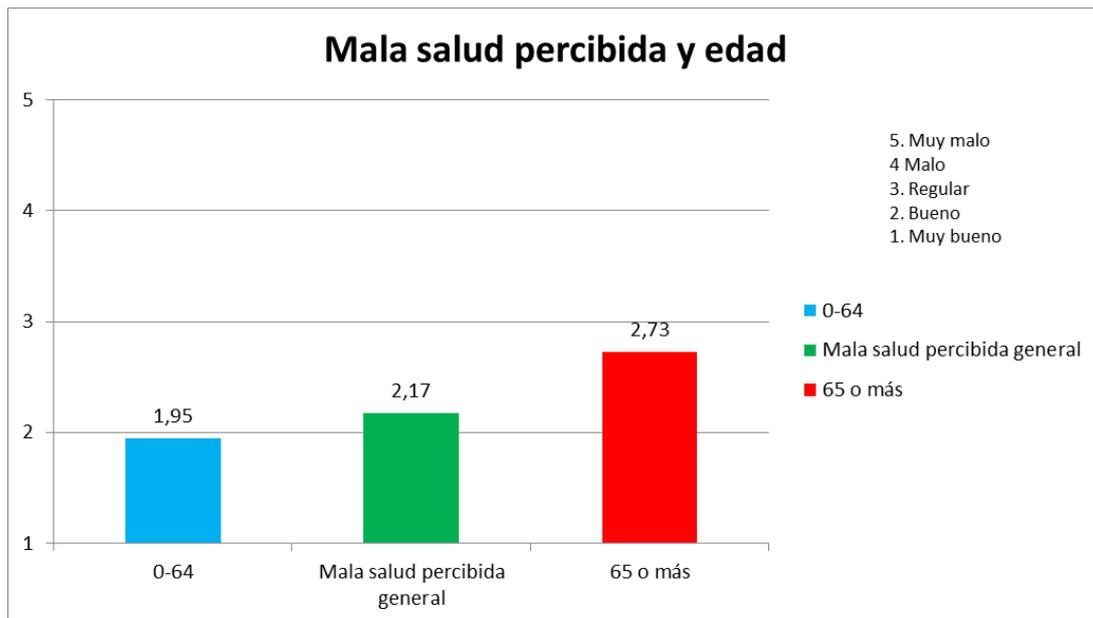
Además, con la edad aumentan los casos de enfermedades crónicas y se vuelven más comunes problemas en el corazón que provocan enfermedades cardíacas. Otros problemas de salud como hipertensión arterial, diabetes e incluso algún tipo de cáncer también se ven incrementados en personas mayores.

A pesar de que, como está demostrado, el envejecimiento está asociado con cambios fisiológicos y un aumento del riesgo en ciertas enfermedades, existen muchos otros factores que influyen en la salud de estas personas mayores. Podemos destacar el estilo de vida (alimentación, ejercicio, fumar o beber) la genética o el acceso a atención médica, como aspectos clave que pueden mejorar la salud de dicha persona a pesar de su edad.

En este caso, para hallar la edad de la persona encuestada se utiliza un sencillo procedimiento. Se coge como referencia el año de la encuesta, cuyo dato es el 2018. A continuación, se elige una variable que nos muestra el año de nacimiento de cada persona, por lo que únicamente hay que restar ese dato al año de la encuesta (2018) para conseguir su edad.

Para conocer la influencia que ejerce la edad sobre la salud de una persona, se separan los encuestados en dos tramos de edad: los menores de 65 años y los que tienen 65 o más. Se elige esta cifra ya que está establecida por el CSIC como edad para considerar a una persona mayor. Además, abarca gran cantidad de datos recogidos en ambos grupos, ya que un 26,64% de las personas encuestadas son mayores de 64 años.

Como último apunte antes de empezar el comentario de los gráficos, es importante comentar que la encuesta solo incluye a mayores de 16 años.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Como se ha comentado, los datos demuestran un claro empeoramiento de la salud al aumentar su edad. Si se hubiese tomado como punto de corte una edad más tardía (85 años, por ejemplo), los datos tendrían mayor diferencia aún. En este caso, la mala salud percibida de las personas menores de 65 años se encuentra en un 1,95, es decir, muy próximo (mejor) a “Bueno”. Si se observa la columna de los encuestados con 65 o más años, recoge un valor de 2,73, situándose en la zona entre “Bueno” y “Regular”, pero más próximo a esta segunda categoría.

Como dato, recordar que la media de la mala salud percibida general en España es de 2,17, empeorada obviamente por los mayores de 64 años. Esta media general es un valor más cercano a la cifra de los menores de 65 debido a que representan un 73,36% de los encuestados. Por lo tanto, podemos obtener la conclusión de que existe un grave deterioro de la salud en las personas con mayor edad, gracias a estos datos.

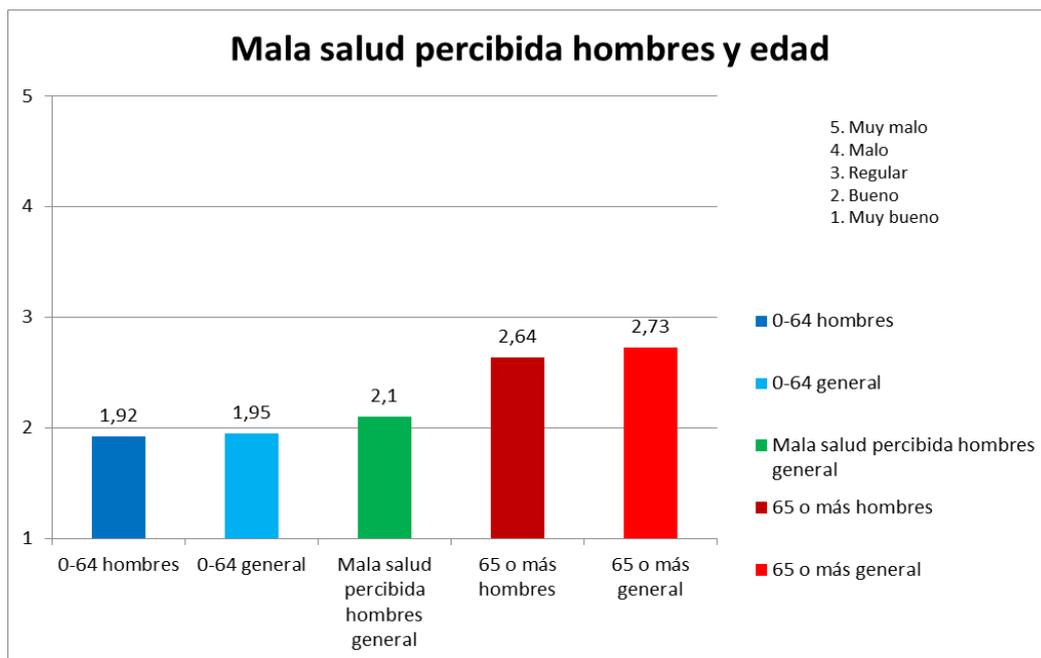
Para analizar si existen diferencias en la influencia de la edad sobre la salud dependiendo del género, se va a realizar un procedimiento similar al anterior, pero utilizando unos gráficos diferentes. Como en el anterior caso (comparando los dos géneros juntos) a simple vista no se observaba con facilidad ninguna diferencia, esta vez se realizan los gráficos de hombres y mujeres separados para analizarlo

individualmente. Para ello, volvemos a calcular las medias de mayores de 64 y menores de 65 años (hombres y mujeres), obteniendo 4 valores que serán utilizados para analizar si esta variable afecta más a un género que a otro.

Antes de analizar ambos gráficos, se debe conocer que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres. Esto nos lleva a pensar que las mujeres tienen, por lo tanto, una mayor probabilidad de experimentar esos efectos negativos que provoca el envejecimiento en la salud.

En relación a este apartado con perspectiva de género, existe un estudio con muestras de población mayor de 60 años, que obtiene las siguientes conclusiones. En el caso de las mujeres, a pesar de vivir solas en mayor proporción, el hecho de tener o no apoyo instrumental y emocional disponible no parece tener un impacto significativo en cómo perciben su salud. Cuando se habla de apoyo instrumental, se refiere al hecho de contar con ayuda de forma directa a quien lo necesita, es decir, práctica. Sin embargo, en el caso de los hombres, la falta de apoyo emocional sí tiene una influencia en cómo perciben su salud. Esto significa que si no reciben el apoyo emocional necesario, es más probable que consideren su salud como peor en comparación con aquellos que sí tienen acceso a ese tipo de apoyo. (Ferrando, Nebot, Borrell, & Egea, 1996).

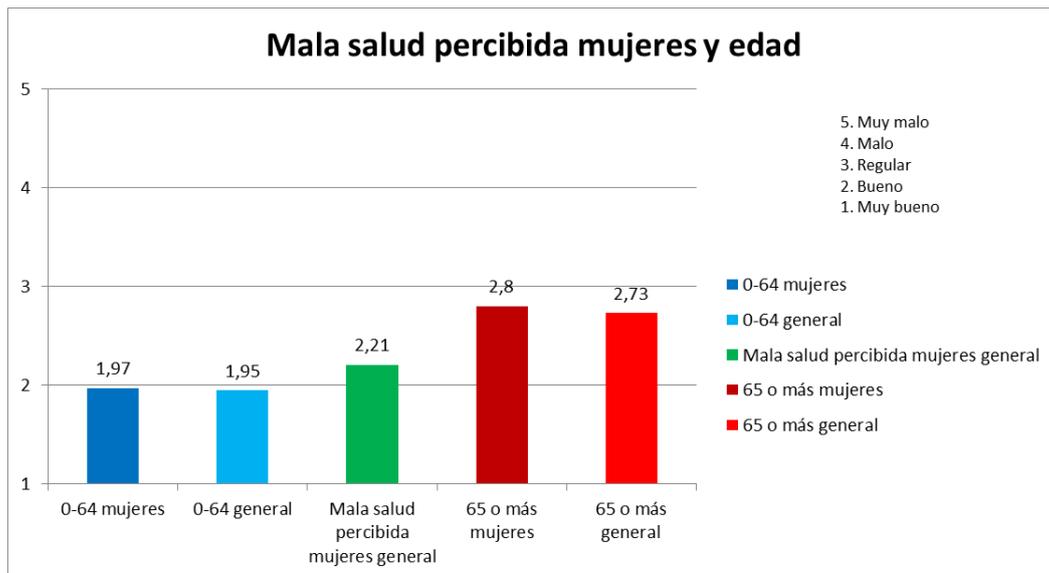
En primer lugar, se observará el gráfico del nivel de salud de los hombres, separando a los menores de 65 años de los mayores de 64. Como se obtuvo anteriormente, la media de mala salud percibida de los hombres en España es de un 2,1. Se conoce que existe un porcentaje mayor de encuestados con menos de 65 años, por lo que dicha media estará más próxima a ellos que a las personas mayores, cuya cifra se verá aumentada.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Como se preveía, se han visto mejorados los datos en los hombres respecto a su grupo de población general, tanto en los menores de 65 como en los mayores de 64 años, aunque el porcentaje de las personas mayores es relevante. Entre la media de mala salud percibida que se obtiene en los hombres de 65 o más años y la obtenida en los hombres de 0-64 años, existe una diferencia de 0,72 (2,64-1,92).

A continuación, se muestra el gráfico correspondiente a las mujeres, realizando el mismo procedimiento que en los hombres. La media general en las mujeres es de 2,21, estando más próxima a la media de las menores de 65 años.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Al contrario que ocurría en los hombres, ambos datos (para mayores de 64 y menores de 65) se ven aumentados respecto a la media general de la población, ya que el estado de salud de las mujeres es peor que el de los hombres. Se observa cómo en las mayores de 64 años, su cifra se acerca mucho al número 3, correspondiente al estado de salud “Regular”, según el baremo. En este caso, sus medias se modifican en un 0,83 (2,8-1,97).

Como habíamos previsto anteriormente, el paso de los años afecta de manera más significativa al sexo femenino que al masculino, observando un gran deterioro de su salud (hombres 0,72 y mujeres 0,83). Esta variación se explica por más factores, aparte de la mayor esperanza de vida en las mujeres.

Como ya se conoce, las mujeres sufren cambios hormonales muy significativos a lo largo de su vida. Estos cambios se centran en tres procesos que los hombres no experimentan: ciclo menstrual, embarazo y menopausia. Estos sucesos pueden influir en tres aspectos de la salud que van a ser comentados a continuación.

En primer lugar, la salud reproductiva. Con los años, la fertilidad de una mujer se ve reducida y además conlleva un aumento del riesgo en que

aparezcan complicaciones tanto en el embarazo como en el parto en mujeres mayores.

El segundo aspecto que se ve afectado es la salud cardiovascular. En general, los hombres poseen mayor riesgo que las mujeres de sufrir una enfermedad de este tipo, si nos referimos a una edad temprana. En este caso, después de la menopausia, el riesgo de enfermedad cardiovascular en las mujeres aumenta, igualando al de los hombres.

Por último, cabe destacar la salud ósea. Al igual que sucedía en el caso anterior, después de la menopausia las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar osteoporosis, que se trata de una enfermedad cuya característica principal es la disminución de la salud ósea.

Como curiosidad, si se habla sobre salud mental, tanto hombres como mujeres pueden experimentar algún tipo de cambio a medida que pasan los años. Según los estudios, las mujeres tienen mayor probabilidad de pasar un proceso de depresión o ansiedad (Kuehner, 2017), mientras que los hombres sufren más trastornos relacionados con el consumo de sustancias (Santos-de Pascual, Saura-Garre, & López-Soler, 2020).

3.1.2. Apoyo social y edad

Una vez estudiada la gran influencia que tiene la edad de la persona sobre su salud, en este punto se analiza si el paso de los años hace efecto en el apoyo social que recibe una persona o no. Hay que tener en cuenta varios factores que pueden justificar los resultados de los gráficos que se obtengan.

La relación entre el apoyo social y la edad de una persona puede variar según varios factores, como la cultura, las circunstancias personales y los rasgos de personalidad. Sin embargo, se observan tendencias comunes en la investigación sobre este tema.

En general, se ha encontrado que el apoyo social disminuye con la edad. Esto puede ser causado por muchos motivos. Por ejemplo, a medida que las personas envejecen, pueden enfrentar cambios en sus redes

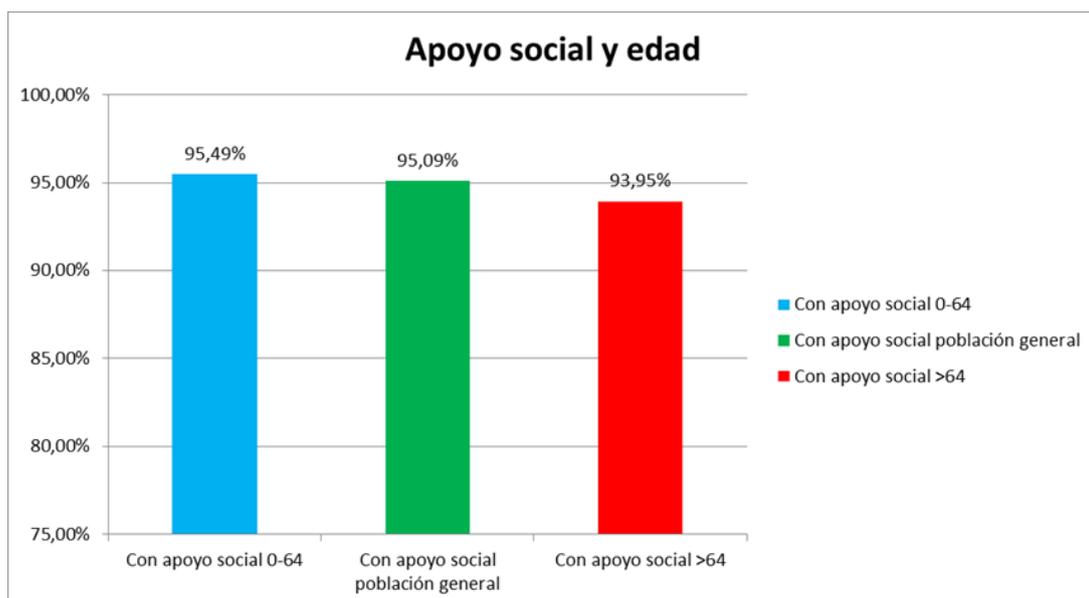
sociales, como la muerte de amigos o seres queridos. Además, algunas personas mayores pueden tener movilidad o salud reducidas, lo que puede dificultar su participación en actividades sociales y el mantenimiento de relaciones.

Sin embargo, es importante señalar que el nivel de apoyo social no se limita a la calidad de la comunidad, sino que también incluye la salud de la relación y el tipo de apoyo recibido. Aunque la frecuencia de la socialización puede disminuir con la edad, las personas mayores tienden a reportar relaciones cercanas y significativas con su familia y amigos cercanos.

También hay que destacar que no todas las personas experimentan una disminución en el apoyo social a medida que envejecen. Algunas personas mayores pueden mantener una amplia red de relaciones sociales y recibir un apoyo significativo de sus familiares, amigos y comunidades. Además, las personas mayores también pueden buscar nuevas formas de apoyo social, como participar en grupos de intereses compartidos, actividades comunitarias o programas de voluntariado.

En resumen, si bien existe una tendencia general a una disminución en el apoyo social a medida que las personas envejecen, la relación entre el apoyo social y la edad es compleja y está influenciada por múltiples factores. Es importante saber que todos tienen una experiencia diferente y que el apoyo social puede variar mucho entre las personas mayores.

Para obtener los resultados del apoyo social, se van a realizar gráficos similares a los realizados en el apartado de la salud, mostrando el porcentaje de apoyo social que posee cada grupo. En este caso, se separan a los menores de 65 y mayores de 64 años, observando si existe algún cambio en el apoyo social que reciben debido al paso de los años. Cabe recordar, al igual que se hizo al inicio del estudio general sobre salud y edad, que la encuesta solo incluye mayores de 16 años.



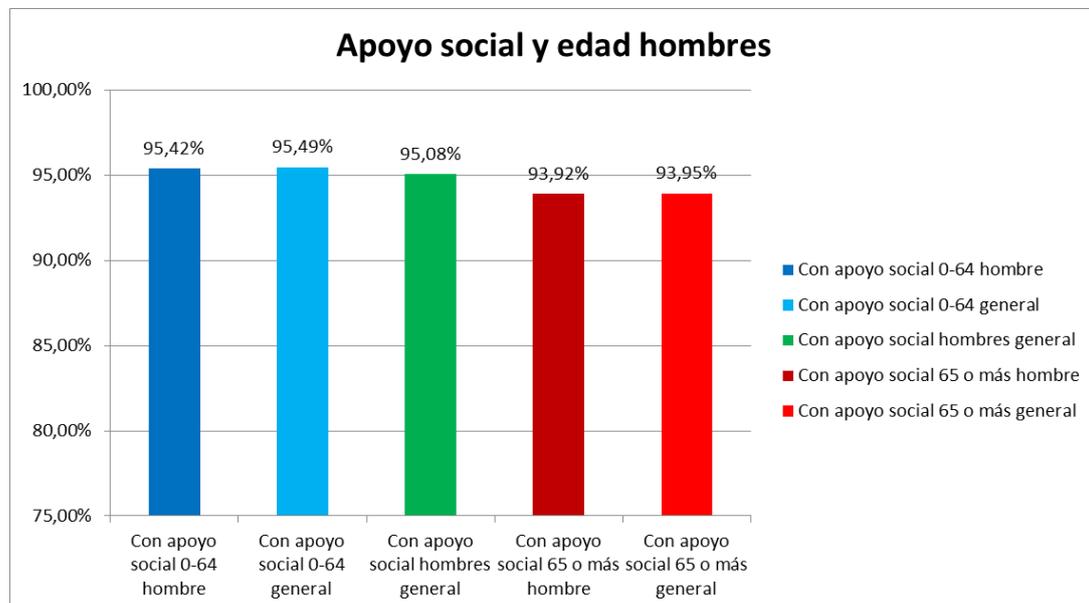
Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

El grupo de población con menos de 65 años se representa de color azul y es un 73,36% del total de encuestados. Establece que un 95,49% dispone de apoyo social, mejorando un poco la media general (95,09%). Es coherente con la explicación que se ha dado, ya que la población menor de 65 años tiene más relaciones sociales.

De color rojo se representa a la población mayor de 64 años, el 26,64% restante. Se observa una diferencia considerable respecto a los resultados generales, ya que el porcentaje de personas con apoyo social se ve reducido hasta un 93,95% (media general 95,09%). Por ello, el análisis previo era correcto y se cumple la hipótesis planteada. La variación entre ambos porcentajes generales es de 1,54 puntos porcentuales (95,49%-93,95%). La edad influye en gran medida en el apoyo social de las personas, ya que con el paso de los años se va perdiendo este tipo de ayuda.

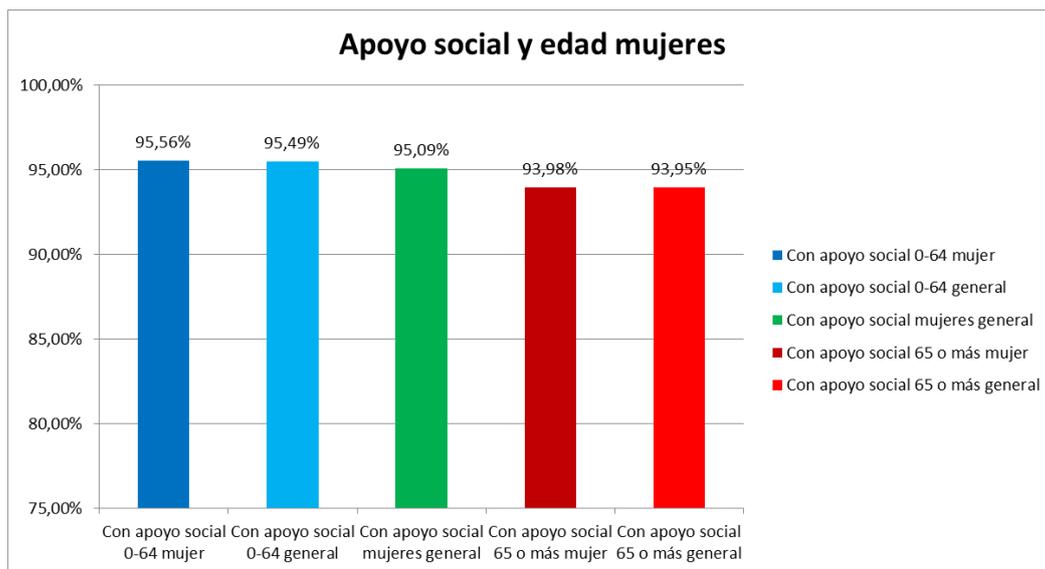
Al igual que se realiza un análisis posterior con perspectiva de género en el apartado de la salud, se va a realizar en el apartado del apoyo social. Para ello, se elaboran gráficos semejantes diferenciando 2 grupos: 0-64 con apoyo social y 65 o más con apoyo social. En ambos grupos de

población, se separan hombres y mujeres para ver si se obtiene algún dato a destacar.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Respecto a este gráfico, se conoce que la media general de los hombres que poseen apoyo social es 95,08%. En concordancia con los datos obtenidos anteriormente, los menores de 65 años mejoran esos datos, mientras que los mayores de 64 reducen ese porcentaje. Los hombres que disponen de apoyo social menores de 65 años empeoran los datos del grupo general de esa edad. También ocurre esto en el caso de los hombres mayores de 64 años, ya que el sexo masculino generalmente dispone de menos apoyo social que las mujeres.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

En el gráfico femenino, ya se había comentado que la media de las mujeres con apoyo social es de 95,09%. Al igual que ocurre en los hombres, esta media se ve superada por los menores de 65 años, mientras que los mayores de 64 disponen de menos apoyo social. En cambio, tanto las mujeres menores de 65 como las mayores de 64 mejoran la media general de sus respectivos grupos de edad, por el mismo motivo que se comentaba en el gráfico de los hombres.

En general, las mujeres suelen tener redes de apoyo social más amplias y diversificadas, mientras que los hombres a menudo dependen más de relaciones estrechas (Antonucci & Akiyama, 1987).

Respecto a la variación de los porcentajes de cada sexo, se obtienen los siguientes resultados. En el sexo masculino, la diferencia entre ambos datos es 1,5 (95,42%-93,92%). En las mujeres, esta variación es 1,58 (95,56%-93,98%). Se puede comentar que los resultados son similares, con una mayor variación en las mujeres, por lo que para las que se reducen más sus redes de apoyo con el paso de los años.

3.2. Densidad de población

3.2.1. Salud y ruralidad

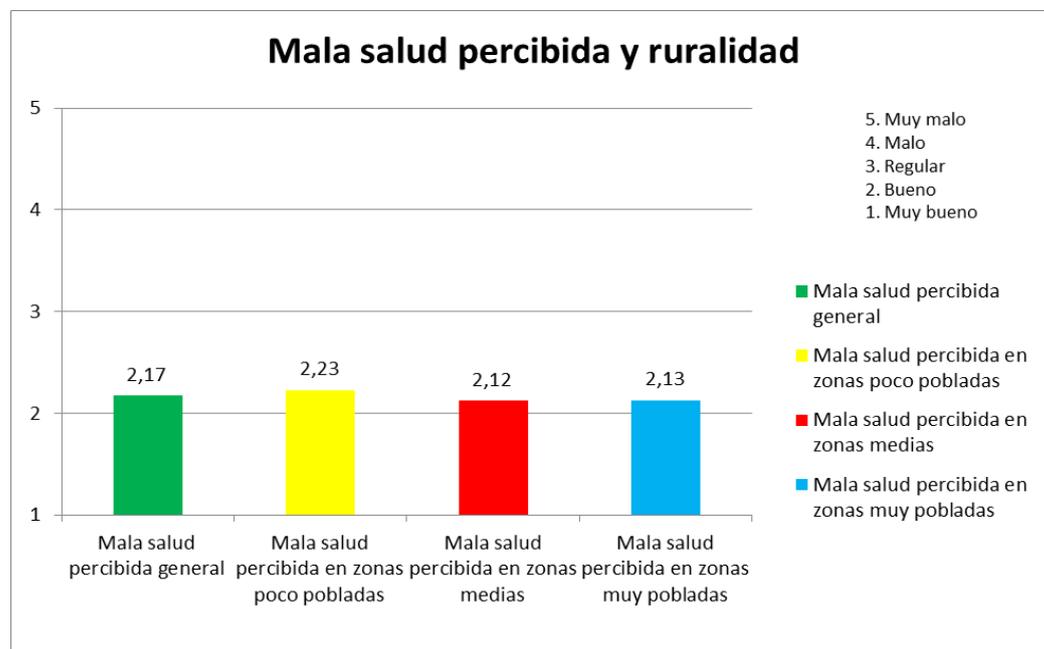
En este apartado, se averiguará si tiene influencia el tamaño de la población donde vive una persona en su salud.

Lo primero que se le puede ocurrir a alguien, al pensar si existe alguna diferencia, es el acceso a servicios de salud. Obviamente, en zonas donde existe una población más densa, es más probable que este tipo de servicios sea más accesible. En estas áreas, será mucho más sencillo encontrar un hospital, una clínica o cualquier tipo de centro de atención médica cerca de ti. Este hecho puede ser muy beneficioso para la salud de una persona, ya que, en general, conseguirá una atención médica más rápida y el tratamiento necesario. En cambio, vivir en un entorno rural donde existen servicios de salud limitados, puede resultar una cuestión de vida o muerte para una persona en situación de emergencia, ya que en estos casos el tiempo es oro.

Otro aspecto a destacar es la salud mental. Vivir en zonas con mucha concentración de gente y ruido puede generar altos niveles de estrés, frente a la tranquilidad de residir en un pueblo tranquilo y solitario. Este estrés crónico tiene un impacto negativo en la salud, pudiendo derivar en problemas mentales mayores como ansiedad, depresión o trastornos del sueño. Además, en las grandes ciudades existe una alta contaminación, que contrasta con la conexión con la naturaleza que se experimenta en los pueblos.

Para llevar a cabo el estudio de la influencia del entorno en que habitan las personas sobre su salud, se utiliza la variable “Grado de urbanización”. El INE distingue tres niveles. En primer lugar, zona densamente poblada, que corresponde a una zona de áreas locales que tiene una densidad superior a 500 habitantes por kilómetro cuadrado, donde la población total para la zona es al menos de 50000 habitantes. La segunda opción es la zona intermedia, que se trata de una zona de áreas locales que no disponga de las características mencionadas anteriormente. Por último, la zona poco poblada se compone de la serie de áreas locales que no pertenezcan ni a la zona densamente poblada ni

a la zona intermedia, es decir, los municipios más pequeños, los pueblos.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

En este gráfico, se observa en primer lugar la media general de la mala salud percibida, que ya hemos comentado anteriormente que se sitúa en 2,17. Este dato nos sirve para comparar los resultados obtenidos de estos tres grupos de población con la media total.

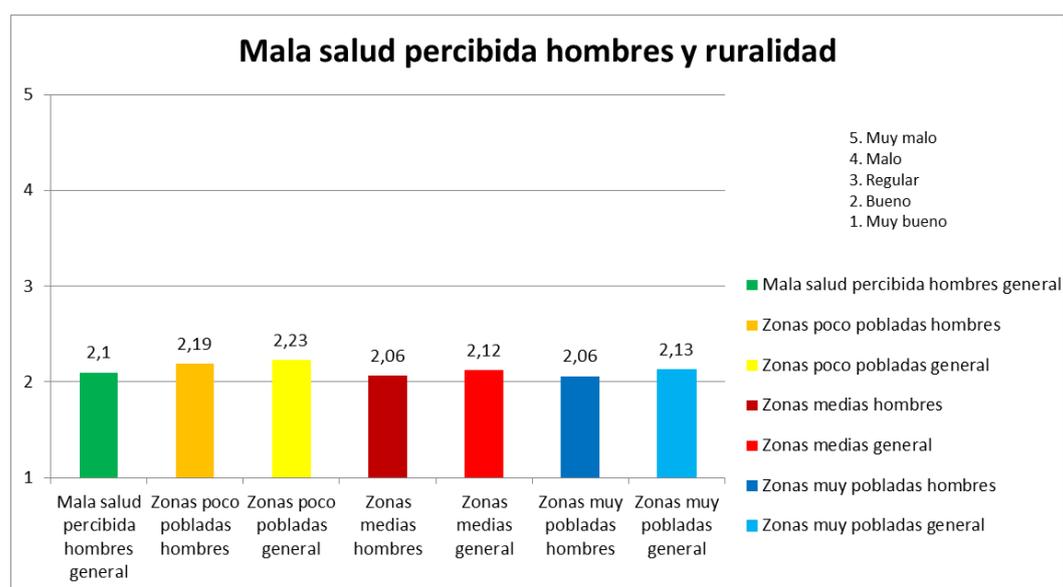
Con el color amarillo se identifica a la gente que vive en zonas poco pobladas, representando al 28,36% de los encuestados. Su media es un 2,23, mayor a la media general, por lo que este grupo posee un peor estado de salud en promedio.

En rojo, se representa la media obtenida por las personas que residen en zonas de urbanización media, figurando este grupo un 21,88% del total. En este caso, 2,12 es una cifra menor que la obtenida por el total de encuestados, por lo que mejora su estado de salud.

Por último, en azul se reflejan a los individuos cuyo lugar de residencia se encuentra en una zona muy poblada, siendo el 49,76%. Su promedio es muy similar al grupo anterior, con un valor de 2,13.

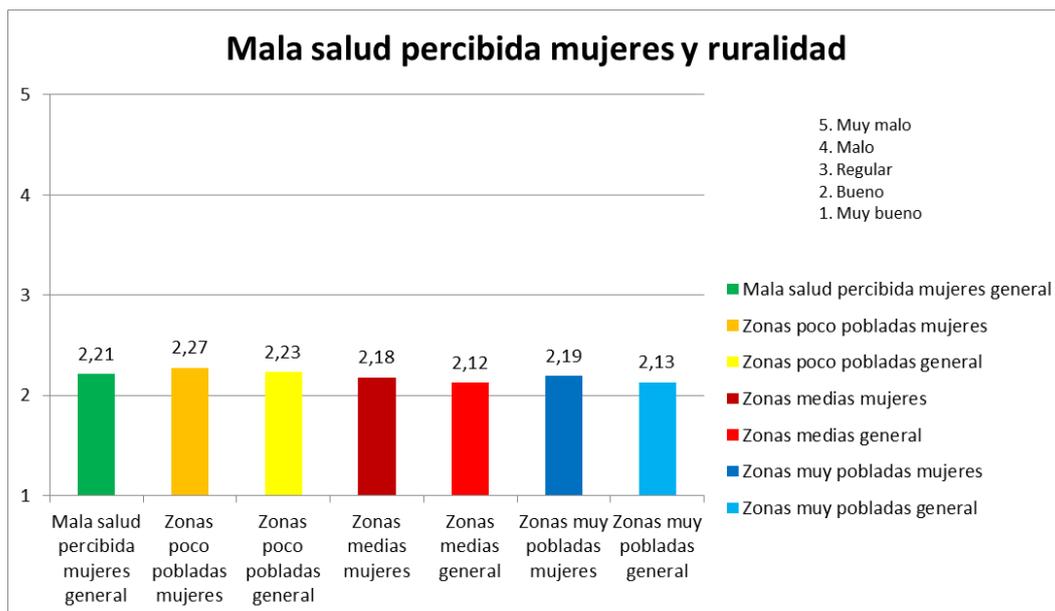
Como conclusión, los datos reflejan que vivir en un municipio pequeño aumenta el riesgo de sufrir un peor estado de salud. En cambio, la población que reside en grandes pueblos o ciudades obtiene mejores resultados, a pesar de los inconvenientes que se han comentado al inicio de este apartado. Estos resultados se pueden deber a múltiples factores. Entre ellos, destaca que generalmente el tipo de población que habita en pueblos pequeños es gente mayor, además de tener un nivel educativo inferior a las personas que viven en ciudades.

A continuación, se intentará averiguar si el género influye en alguno de estos tres grupos de población. Para ello, se va a realizar un procedimiento similar al apartado anterior, elaborando una gráfica para los hombres y otra para las mujeres.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

En todos los casos, la media general se ve reducida por los hombres, ya que presentan un mejor estado de salud en todos los grupos de población. Es obvio que las mujeres van a obtener datos contrarios, superando en los tres grupos a esa media general..



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Para descubrir si afecta más a un género que a otro, se calcula la variación que existe entre la media del grupo con peor y mejor salud, para ambos sexos.

En los hombres, el grupo con peor salud es el formado por personas que viven en zonas poco pobladas, con un 2,19. En cambio, el valor más bajo (tanto para zonas medias como zonas muy pobladas) es 2,06. Por lo tanto, los hombres tienen una diferencia de 0,13 entre ambas.

Al igual que ocurre en los hombres, el valor más alto para las mujeres es el obtenido en los municipios más pequeños, con un 2,27. En el caso de las mujeres, la gente con mejor salud se encuentra en el grupo de zonas medias, cuya media es un 2,18. Al restar, se obtiene una variación de 0,09 entre las dos cifras.

Por ello, según los datos podemos afirmar que los hombres se ven un poco más afectados por esta variable, pero con una diferencia pequeña, que puede deberse a muchos otros factores.

Se puede concluir este apartado comentando que este factor no tiene tanta influencia en la salud como el analizado en el apartado anterior (la edad). Esto se explica porque la diferencia que existía entre las medias generales de los menores de 65 y mayores de 65 años era de 0,78. En

este caso, la variación es de 0,11, por lo que queda demostrado que el paso de los años en una persona afecta mucho más a su salud que el tamaño de la población donde viva.

3.2.2. Apoyo social y ruralidad

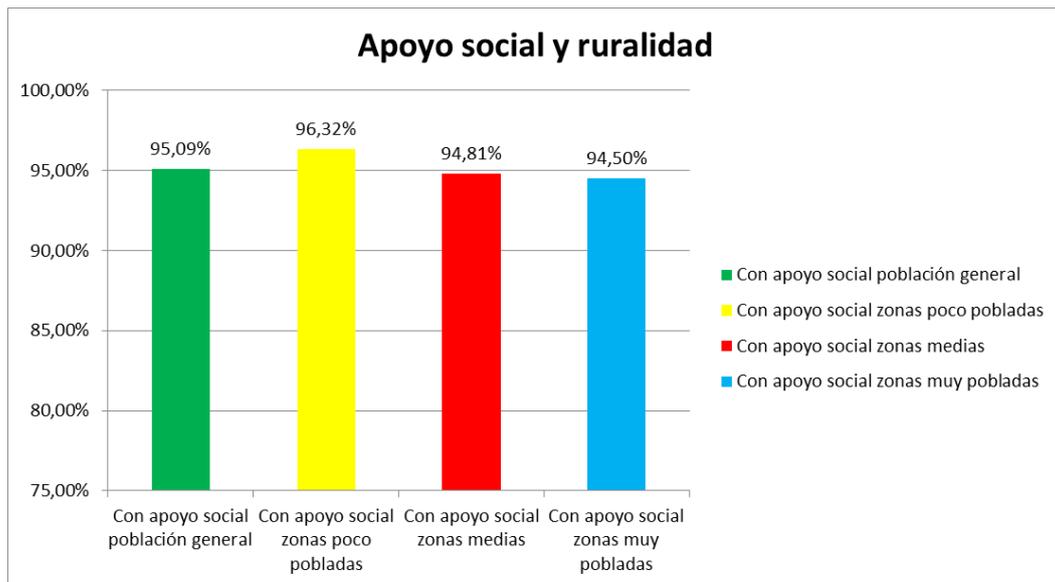
En este punto se estudia la influencia que tiene la densidad de población en las redes de apoyo social que tiene una persona. Sin haber analizado ningún dato, se puede pensar que estas dos variables están muy relacionadas, debido a muchos factores.

En áreas densamente pobladas, es más probable que una persona tenga facilidades para acceder a mayor cantidad de gente y, por lo tanto, tenga una red social más amplia. Esto puede facilitarle encontrar y obtener apoyo social, ya que hay más oportunidades para establecer conexiones y relaciones significativas.

También es probable que en las ciudades haya muchas organizaciones de apoyo y servicios comunitarios, como centros de atención médica, centros de bienestar, grupos de apoyo, actividades, entretenimiento y programas educativos. La presencia de estas organizaciones puede proporcionar una red de apoyo social más sólida, ya que hay más opciones disponibles para quienes buscan ayuda.

Por otro lado, en áreas rurales o remotas, los lazos sociales son más fuertes, tal vez porque solo se tienen a ellos y cuidan más las relaciones de amistad o vecindad. Suele ocurrir que en las áreas densamente pobladas se produzca mayor aislamiento social, siendo más sencillo sentirse solo en una ciudad llena de gente.

Para elaborar los gráficos, se separa a la población en tres grupos (igual que en el apartado de la salud): zonas poco pobladas, zonas medias y zonas muy pobladas. Se estudia el apoyo social que posee cada grupo para realizar un comentario que resuma los resultados obtenidos.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

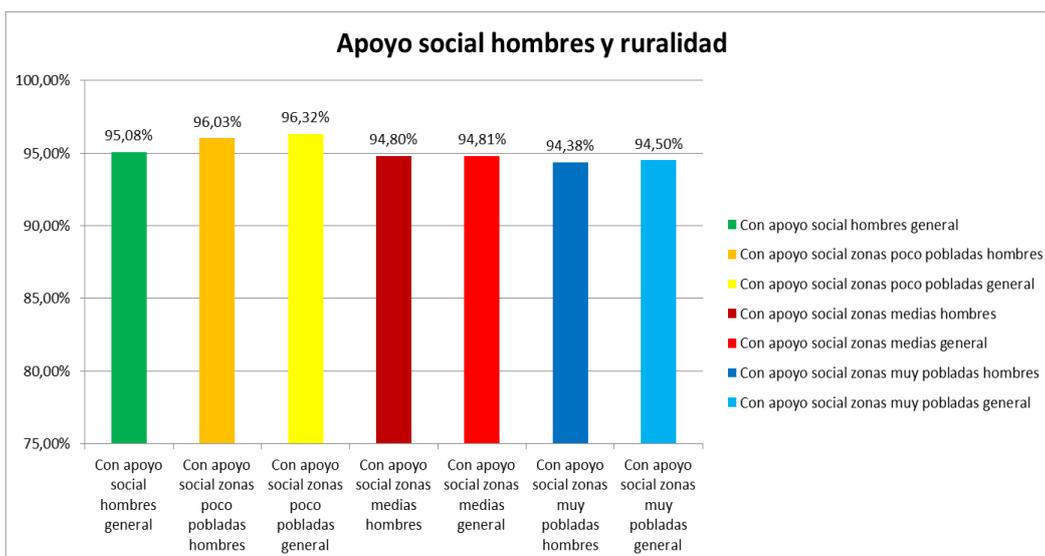
Con la información que ya conocemos de que la media general de población con apoyo social es 95,09%, se obtiene que el porcentaje en las zonas poco pobladas es 96,32%, por lo que mejoran los datos.

El grupo de población que vive en zonas medias de población tiene un 94,81% de individuos con apoyo social. Obtiene datos peores que la media general española.

Por último, las personas residentes en zonas muy pobladas obtienen el peor de los 3 datos, con un 94,50%.

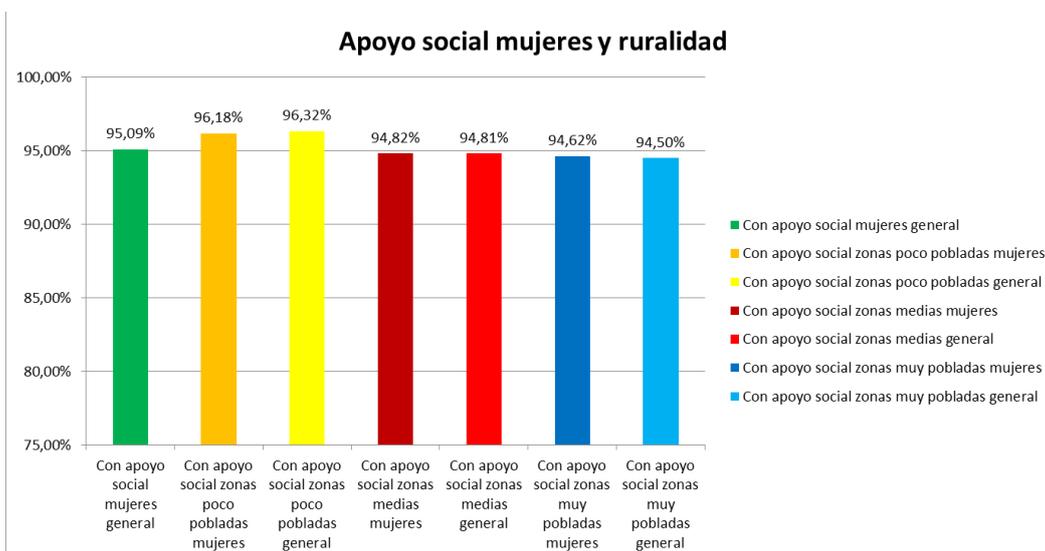
Para finalizar el comentario general, la variación entre el grupo con mayor y menor porcentaje es de 1,82 puntos porcentuales (96,32%-94,50%). A pesar de estos resultados obtenidos, en los que se demuestra que la población que vive en zonas rurales dispone de mayor apoyo social que las personas que viven en ciudades, la salud (analizada anteriormente) en los pueblos es peor, debido a la influencia de otras variables (como puede ser la edad o el nivel de educación).

Tras estos resultados, se pasan a analizar los datos con perspectiva de género. El objetivo es averiguar si un sexo dispone de mayor o menor apoyo social dependiendo de la densidad de población donde viva.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Siguiendo la línea de los resultados generales obtenidos, los hombres que viven en municipios pequeños (96,03%) disponen de un porcentaje mayor de apoyo social que la población general masculina (95,08%). En cambio, tanto los hombres que residen en pueblos grandes o ciudades poseen este tipo de ayuda en menor medida (94,80% y 94,38% respectivamente).



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

En el gráfico del género femenino, los resultados concuerdan con los anteriores. Las mujeres en zonas poco pobladas (96,18%) superan a la media general (95,09%). Como ocurre en el sexo masculino, tanto las

zonas medias como muy pobladas presentan menos individuos con apoyo social que la población general española (94,82% y 94,62%, respectivamente).

Respecto a la variación entre el mayor y el menor porcentaje de ambos sexos, los resultados son los siguientes. En los hombres, ambas cifras varían en un 1,65 puntos porcentuales (96,03%-94,38%). En el caso del sexo femenino, ambos valores se diferencian en 1,56 puntos porcentuales (96,18%-94,62%). A diferencia que ocurría con la edad, en la densidad de población la variación es mayor entre los porcentajes de los hombres, por lo que son un poco más sensibles al cambio. Al existir una mínima diferencia, se puede deber a otros factores.

3.3. Nivel de educación alcanzado

3.3.1. Salud y nivel de educación alcanzado

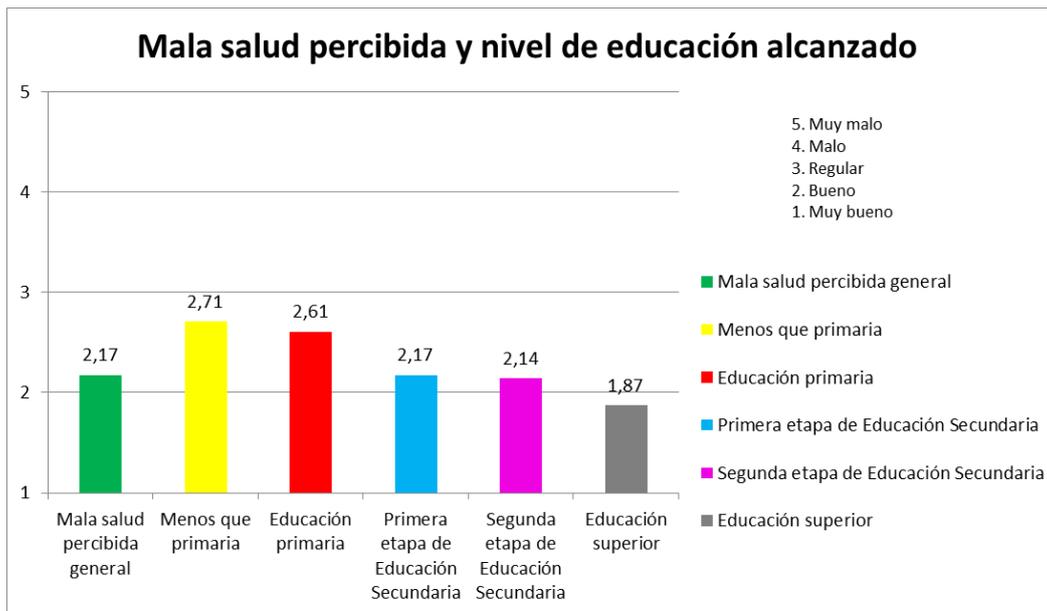
En este punto, se estudiará la relación que existe entre el nivel de estudios logrado por una persona y su salud. Antes de pasar a los datos, se puede pensar que estas dos variables están estrechamente relacionadas y existen varios aspectos donde puede notarse una clara influencia.

En primer lugar, y más obvio, el conocimiento de la salud. Una persona con mayor educación puede llegar a tener más información sobre los factores que influyen en su propia salud. En general, dichas personas comprenderán de manera más sencilla cómo llevar a cabo el cuidado de su cuerpo y mente, sabiendo el riesgo de enfermedad que tiene realizar una determinada acción perjudicial para su bienestar. Cuando se habla de este tipo de acciones, nos referimos al consumo de tabaco, alcohol y drogas, tan comunes en la sociedad. Por ello, las personas con un nivel de educación más alto evitarán este tipo de actos e incluirán en su vida hábitos saludables, generalmente. Entre ellos, se destaca la importancia de la actividad física y mantener una dieta equilibrada.

Además, la educación también influye en las oportunidades laborales y los ingresos económicos de una persona. Una persona con más estudios tiene mayor probabilidad de conseguir un empleo mejor remunerado, cuyas condiciones de trabajo sean más beneficiosas y pudiendo tener acceso a seguros médicos de la empresa. Estas ventajas también llevan a que este grupo tenga más opciones de acceder a una atención médica adecuada, incluso privada, con tratamientos oportunos y cuidados más rápidos. Además, estos mayores ingresos económicos ayudan a tener una vivienda segura, mejor alimentación, un entorno social más favorable...

Al final, todos estos factores están relacionados generalmente. Si se tiene más educación, se tendrá mejor trabajo con condiciones beneficiosas para la salud. Si se posee mejor trabajo, se poseerán mayores ingresos económicos para seguir hábitos saludables. Si se dispone de un mayor nivel adquisitivo, se dispondrá de una mejor vivienda y entorno social.

Una vez realizado este análisis previo, es el momento de pasar a los datos para comprobar si se ve reflejado. Para llevar a cabo este estudio, se utiliza la variable "Nivel de los estudios terminados". En la encuesta existen 10 respuestas posibles, pero en el gráfico solo vamos a reflejar las más importantes. Esto se debe a que nuestro objetivo es conocer si se cumple la hipótesis comentada (cuanta mejor educación haya recibido una persona, mejor será su estado de salud), no analizar en detalle los estudios realizados por cada encuestado, ya que el gráfico resultaría difícil de comprender. Por ello, se van a recoger las respuestas del 93% de los encuestados aproximadamente, donde se va a observar el estado de salud de los 5 grupos más importantes, viéndose claramente si la hipótesis es cierta o presenta matices.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Tras elaborar el gráfico, queda perfectamente reflejada la demostración de que nuestra hipótesis razonada anteriormente era correcta.

En color amarillo se muestra la mala salud percibida del grupo que ha recibido un nivel de educación inferior a primaria. Representa un 8,5% de la muestra elegida y, como se ve a simple vista, tiene una media (2,71) muy elevada respecto a la general.

Con el color rojo se observa el grupo que ha logrado superar la educación primaria. Simboliza un 17,24% del total y, a pesar de mejorar un poco la media del grupo anterior, con un 2,61, posee un estado de salud bastante peor que la población general.

La media de la mala salud percibida general (siempre de color verde), 2,17, es la misma que obtiene el grupo que ha llegado a superar la primera etapa de Educación Secundaria. Este conjunto, de color azul, representa un 27,81% de los 5 grupos que forman la muestra. Como hemos comentado, iguala al estado de salud que presenta la media de la población española.

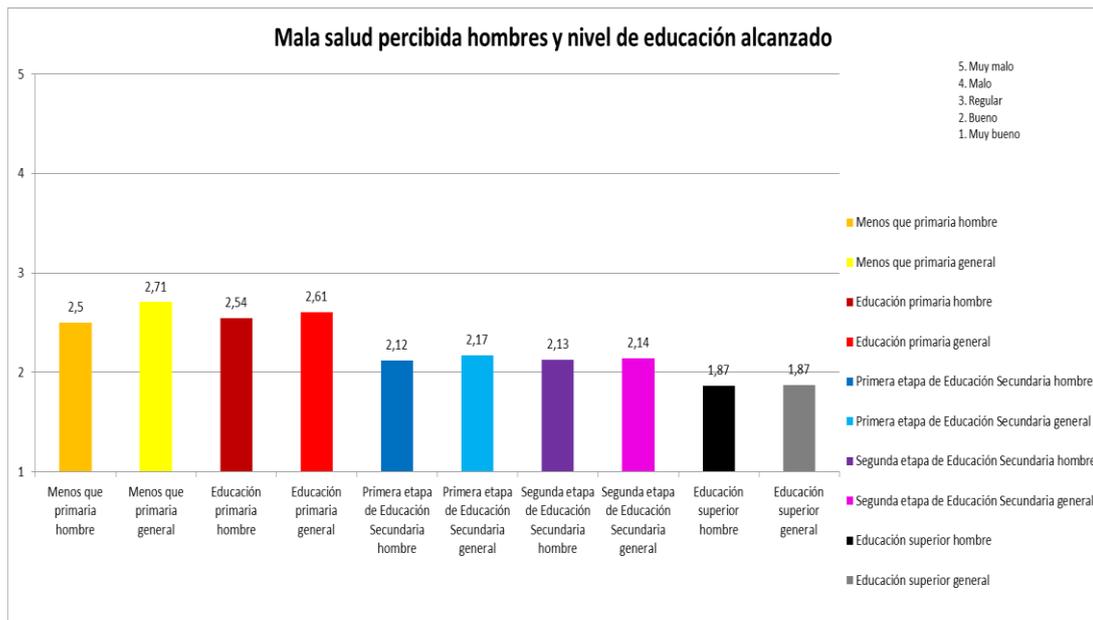
De color morado, figura el conjunto de personas que han superado la segunda etapa de Educación Secundaria. Con un 15,94%, su media

(2,14) es muy similar a la general, aunque mejora un poco su estado de salud, siguiendo con ese orden descendente.

Por último, de color gris, el grupo de población que ha conseguido educación superior, con un 30,6%. Su media es un 1,87, presentando un estado de salud muy bueno, además de ser el grupo con mayor porcentaje de integrantes de los 5.

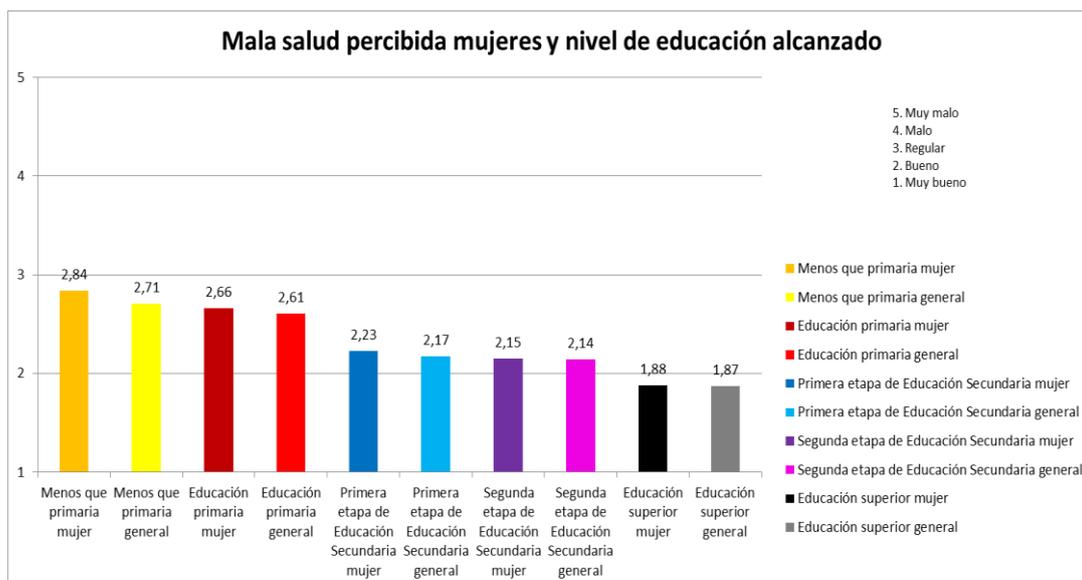
Como se había analizado antes, todos esos factores que se iban explicando eran motivos para pensar que los resultados iban a ser los obtenidos en el gráfico. Los 5 grupos van mejorando su estado de salud cuanto mayor es el nivel de educación obtenido. Además, se observa que los dos primeros (menos que Educación Primaria y Educación Primaria) presentan unos datos llamativamente desastrosos. Un dato relevante es que en estos dos grupos de población se incluyen muchos mayores que nunca estudiaron y por lo tanto es coherente que tengan peor estado de salud. El único aspecto favorable es que las personas que no han llegado a obtener la Educación Primaria son el conjunto con menos integrantes de todos, un 8,5%. En cambio, se destaca por el lado bueno que el grupo que tiene una educación superior presenta la mejor media que hemos visto hasta ahora en todo este estudio, con un 1,87. Además este grupo es el que más representantes tiene, con un 30,6%.

Una vez analizada la influencia de esta variable sobre la salud en general, se vuelven a separar los datos por sexo para ver si se encuentra algún suceso llamativo. En este apartado pueden influir en contra los roles de género que existían hace años y que aún existen en algunos hogares, en el que la mujer asumía una mayor responsabilidad en el cuidado de la familia y el hogar, dejando de lado su crecimiento educativo (Calvente, del Río Lozano, & Marcos, 2011). Por suerte, este hecho ha ido cambiando con el paso del tiempo y las mujeres pueden acceder a niveles más altos de educación sin ningún inconveniente.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

En el gráfico del sexo masculino, se observa cómo existe un patrón claro. En los 5 grupos se ve mejorado el estado de salud respecto a la media general del grupo respectivo, pero además, comparando con el gráfico siguiente, se observa que cuanto mayor es el nivel educativo del encuestado, menor es la diferencia que existe con las mujeres. Además, no se obtiene una demostración tan clara como en el gráfico anterior de nuestra hipótesis: a mayor educación, mejor salud. Esto se debe a que la salud es mejor en el primer grupo que en el segundo, al igual que ocurre entre el tercer grupo y el cuarto.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Obviamente, el gráfico femenino sale escalonado con pendiente descendente. Dos motivos: el estado de salud mejora cuanto mayor es el nivel de educación alcanzado y las mujeres empeoran la media de población general respectiva en los 5 niveles de educación. Se observa que en el primer grupo la diferencia no es tanta con la media general del conjunto como ocurría con los hombres. Esto se debe a que las mujeres representan el 61% de los individuos que no tienen Educación Primaria y por lo tanto, su media es más representativa.

Si se calcula la variación que existe entre las medias con mejor y peor estado de salud de cada género, se obtienen los siguientes resultados. En los hombres, la diferencia entre el grupo que no tiene Educación Primaria y el que ha superado la Educación superior es 0,63 (2,5-1,87). Para el sexo femenino, esa diferencia es 0,96 (2,84-1,88). Es un dato llamativo ya que la variación es muy elevada. Por lo tanto, las mujeres son bastante más sensibles al cambio de pertenecer a un conjunto con menor o mayor nivel educativo.

Gracias a estos datos, se puede concluir que cuanto mayor educación recibe una persona, su estado de salud se estabiliza en medias llamativamente buenas, independientemente del género. En cambio, en los grupos con un nivel educativo pobre, surgen grandes diferencias en

las que la mujer se ve más afectada, además de contar con más integrantes que los hombres. Estas mismas conclusiones se obtienen en un estudio de características similares (Pinillos-Franco & García Prieto, 2017)

Por último, en este apartado se debe mencionar la gran importancia que tiene esta variable en la salud. Al contrario que se comentaba con la densidad de población, en este caso se observan grandes diferencias entre los 5 grupos. La variación general entre el grupo con mayor media de mala salud percibida y el que mejor estado de salud tiene es 0,84, aumentando incluso la diferencia que existía en el apartado de la edad. Por ello, se puede afirmar que el nivel educativo alcanzado es uno de los aspectos que más influyen en la salud de una persona.

3.3.2. Apoyo social y nivel de educación alcanzado

Este apartado afronta el estudio sobre la importancia que tiene en una persona el nivel de educación alcanzado para lograr redes de apoyo social. Antes de pasar a los datos, se hace un pequeño análisis teórico sobre los factores que pueden ser claves en este apartado.

La educación tiende a brindar a las personas más oportunidades para interactuar con una variedad de personas, como compañeros de clase, maestros y amigos. Estas interacciones pueden ayudar a expandir la red social de dicha persona y proporcionar una variedad más amplia de relaciones y conexiones sociales.

Un mayor nivel de educación puede aumentar las probabilidades de conseguir un trabajo y acceder a empleos mejor pagados. Esto puede proporcionar a la persona una red de apoyo social adicional, teniendo la oportunidad de construir relaciones profesionales que resulten útiles.

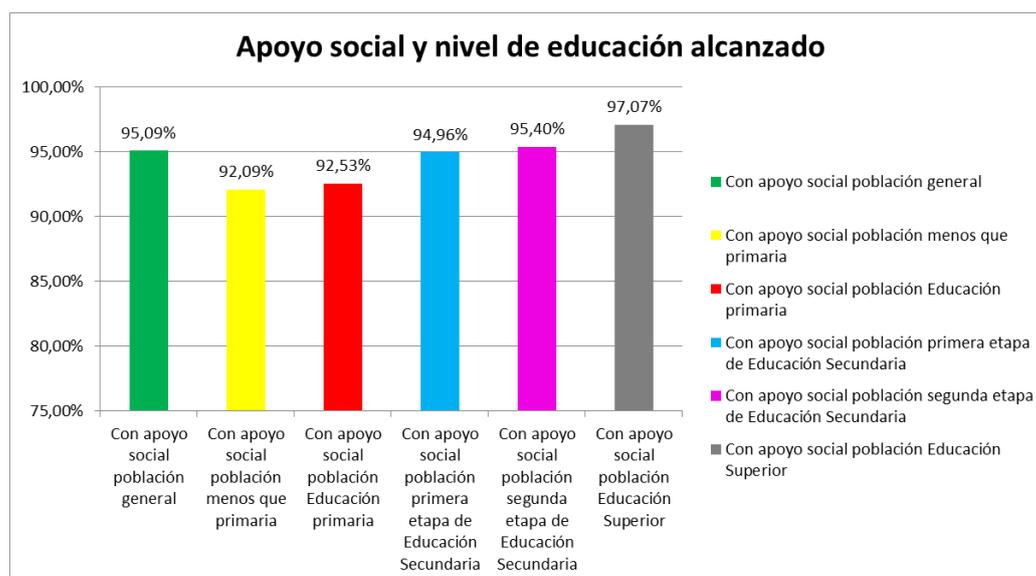
La educación formal tiende a mejorar las habilidades de comunicación, resolución de problemas y pensamiento crítico. Estas habilidades también pueden ser de utilidad para construir y mantener relaciones

sociales saludables, resolver conflictos y encontrar apoyo de manera efectiva.

Además, una educación superior a menudo viene acompañada de un mejor conocimiento y facilita el acceso a los servicios de la comunidad. Esto puede incluir servicios de salud, programas de apoyo social, actividades culturales y educativas y oportunidades de participación cívica. El acceso a estos recursos puede aumentar la disponibilidad de apoyo social en varios aspectos de la vida de una persona.

Por último, la educación puede ayudar a desarrollar la confianza y el autocontrol. Estos valores afectan a la forma en que te relacionas con los demás y buscas apoyo. Una persona con educación superior puede sentirse capaz de buscar y aprovechar el apoyo social cuando lo necesite.

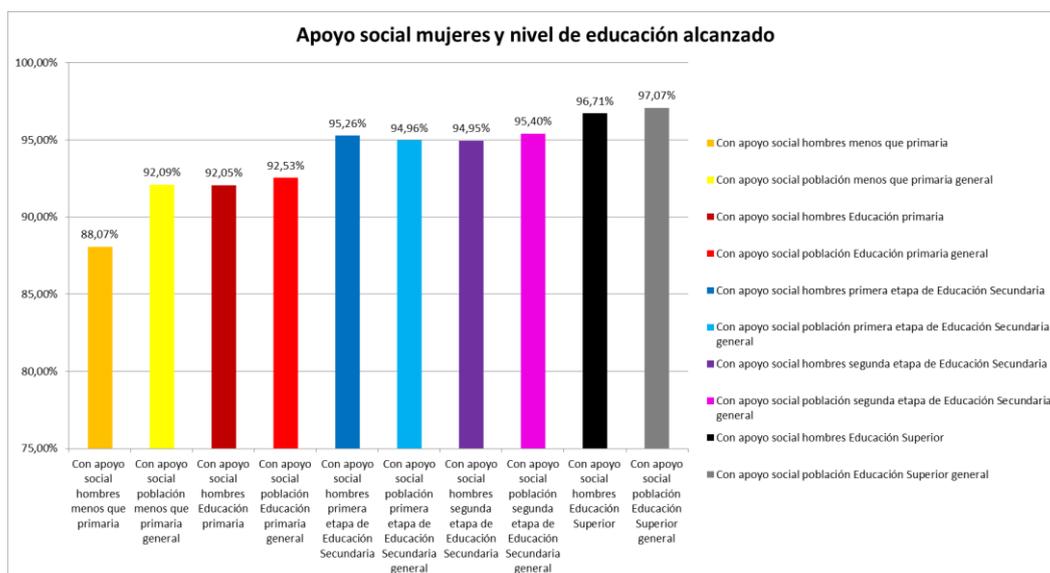
En los gráficos, se va a calcular el porcentaje de apoyo social del que dispone cada uno de los 5 grupos que se han seleccionado en el apartado de la salud. Con estos 5 datos, se conocerá si es cierta la hipótesis de: a mayor nivel de educación, mayor apoyo social. Para ello, se tiene que observar un aumento de ese porcentaje mientras avanza el nivel de educación alcanzado.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

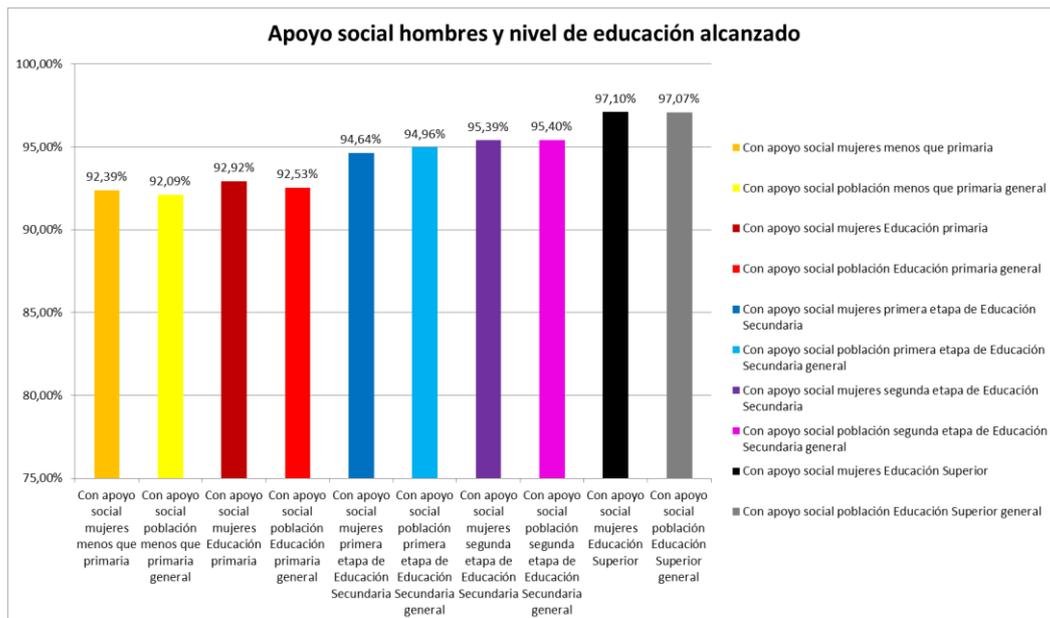
Tras realizar el gráfico, los datos han dado la razón al análisis planteado anteriormente. Por cada nivel de educación que se avanza, se observa un porcentaje superior de apoyo social en cada uno de los 5 grupos. Se conoce que la media general de población española con apoyo social es 95,09%. En estos datos se observa una gran variación en torno a esa cifra. Esa diferencia es de 4,98%, entre la población con Educación Superior (97,07%) y el grupo que tiene un nivel de educación inferior a Educación primaria (92,09%). Al igual que en el caso de la salud, se observan grandes diferencias entre los grupos, mostrando la importancia que tiene en una persona la educación.

Una vez que ya se ha comprobado la certeza de nuestra hipótesis con los datos, se analiza la relación de ambas variables con la perspectiva de género, utilizando el mismo procedimiento que en los anteriores casos.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

En los hombres, se obtiene un dato llamativamente bajo en el apoyo social que tienen los hombres que no han logrado la Educación primaria. Ese 88,07% se aleja mucho de la media general de los hombres (95,08%). El porcentaje más alto se encuentra en los hombres con Educación Superior, con un 96,71%.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

En las mujeres, se observa cómo ambos datos son más estables, ya que el porcentaje inferior se sitúa en un 92,39%, mientras que el superior es 97,1%. Ninguno de los dos datos se aleja demasiado de la media general de las mujeres (95,09%), como ocurría en los hombres.

Otro dato que llama la atención en el análisis es el apoyo social en la primera etapa de Educación Secundaria. Es llamativo debido a que es el único grupo de población donde los hombres presentan mayor porcentaje de apoyo social que las mujeres (95,26% en hombres y 94,64% en mujeres). El resto de valores que se han obtenido son los previstos.

La variación entre el mayor y el menor porcentaje en los hombres es grande, debido al porcentaje obtenido por los hombres sin Educación primaria. Esta diferencia es de 8,64 puntos porcentuales (96,71%-88,07%). En cambio, en las mujeres ambos porcentajes varían en 4,71 puntos porcentuales (97,1%-92,39%). Se trata de una modificación sorprendente, comparada con la que existía en los dos apartados anteriores. En este caso, los hombres son mucho más sensibles a pertenecer a un grupo superior de nivel de educación. Puede ser por motivos de estigmas y normas sociales, donde los hombres pueden

encontrar barreras para buscar apoyo emocional debido a las normas de masculinidad que enfatizan la fortaleza y la independencia.

3.4. Salud y renta

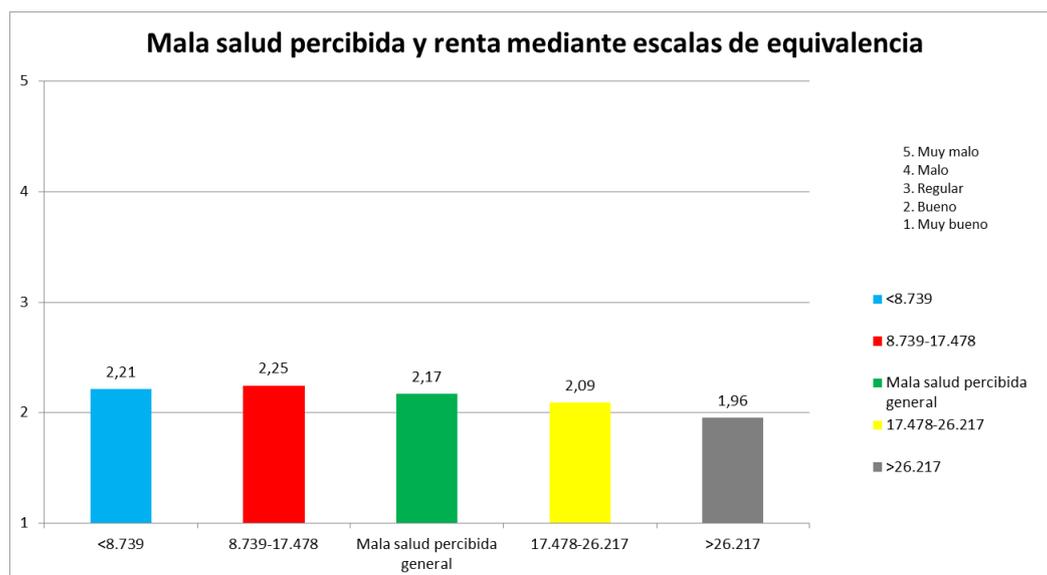
Tanto en el apartado de la renta como en el próximo, de la pobreza, no se va a realizar el análisis del apoyo social, únicamente de la salud. El motivo es que el nivel socioeconómico que da la educación se acerca mucho al de la renta, por lo que se van a obtener resultados similares y no es necesario, ya que sería repetitivo. Lo mismo ocurre con el caso de la pobreza, ya que están estrechamente relacionadas las tres variables y no es de utilidad dicho análisis.

Por ello, se va a estudiar la influencia que ejerce la renta en la salud del encuestado. Como se comentaba en el apartado del nivel de educación alcanzado, disponer de mayor poder adquisitivo facilita la adopción de hábitos saludables, una mejor vivienda y un entorno social adecuado. Ya que los factores están tan relacionados con el punto anterior y son muy similares, no hace falta una extensa explicación. Por ello, es hora de pasar a los datos.

Para elaborar un gráfico que se adapte bien a lo necesario para el estudio, se va a utilizar la renta mediante escalas de equivalencia. Este método permite comparar el gasto entre hogares de diferente tamaño y composición, basándose en las teorías de la existencia de economías de escala y de unidades de consumo equivalentes. En este caso, se va a dividir la variable “Renta disponible total del hogar en el año anterior al de encuesta” entre la variable “Unidades de consumo. Escala OCDE modificada”. La escala utilizada es la siguiente: $(1 + 0,5 * (N^{\circ} \text{ mayores } 13 \text{ años} - 1) + 0,3 * (\text{Número de miembros del hogar} - N^{\circ} \text{ mayores } 13 \text{ años}))$. De esta forma, se mide algo similar al número equivalente de adultos en el hogar, teniendo en cuenta el nivel añadido de consumo teórico que supone una persona adulta adicional o un menor. Básicamente, lo que se busca con este método es asignar de manera

proporcional el gasto para conservar la misma pauta de consumo, obteniendo unos gráficos coherentes.

En el gráfico, se van a utilizar cuatro tramos, con tres cortes: la media, la mitad y el 150% de la media. De esta forma, se conocerá si es verdad la hipótesis de: a mayor renta, mejor salud. En caso contrario, será un resultado inesperado.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Tras elaborar la renta por persona mediante escalas de equivalencia, la media general es 17.478, la mitad de ese valor es 8.739 y el 150% es 26.217. Con esos valores como límites, se forman 4 tramos hallando la mala salud percibida media de cada grupo de población.

De color azul, figura el grupo de personas con una renta inferior a 8.739. Representa un 18,1% de los encuestados y su media es 2,21.

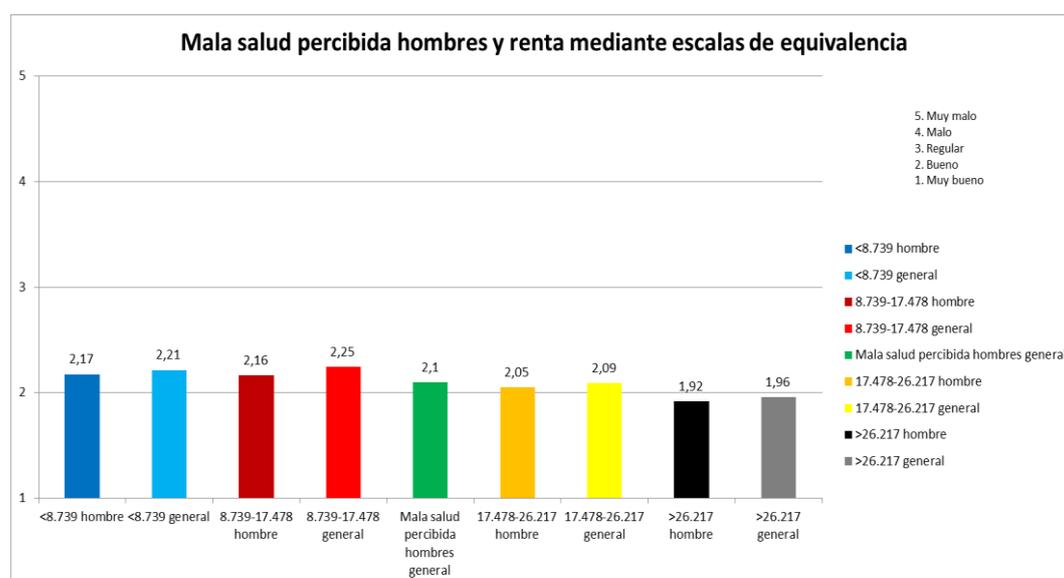
En rojo, se observa a las personas cuya renta se encuentra entre 8.739 y 17.478. Respecto del total de encuestados, este conjunto es un 41,25%, siendo su mala salud percibida un 2,25.

Al siguiente grupo se le asigna el color amarillo, siendo el primero que reduce la media general (2,17). Su renta se encuentra entre 17.478 y 26.217 y representan un 24,53% del total. Su media se sitúa en un 2,09.

Por último, de color gris se muestra al grupo de gente cuya renta es superior a 26.217. Forman el 16,12% restante y su media es la mejor de los 4 grupos, un 1,96.

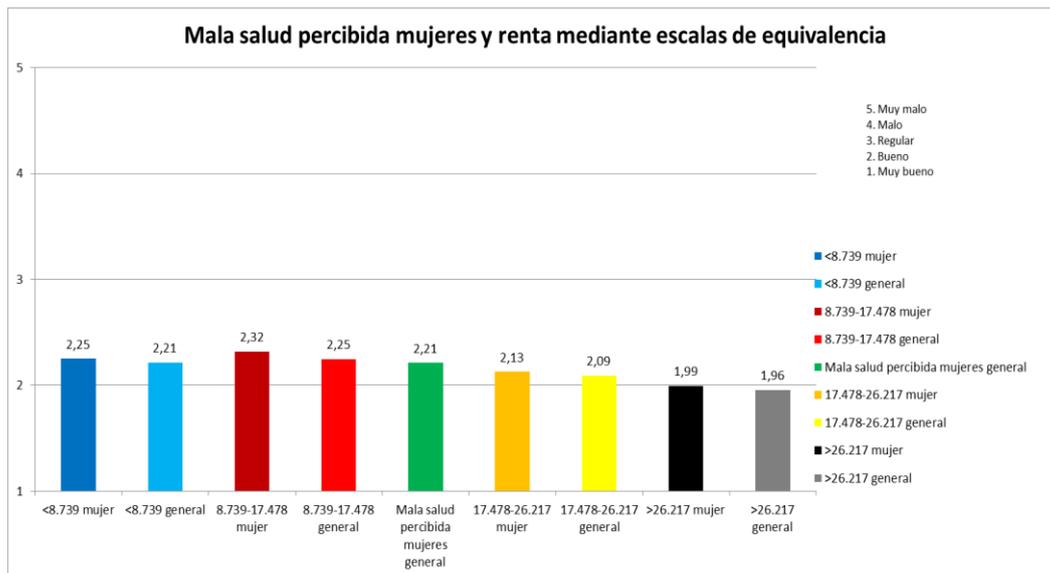
En este apartado, se observa un valor que llama la atención. El segundo tramo (mayor renta) tiene un estado de salud peor que el primero (menos renta). Los siguientes dos tramos, que reducen la media general, cumplen la hipótesis de a mayor renta, mejor salud. Este hecho se puede deber a que exista un determinante que domine, como es el género.

Igual que en todos los apartados, se separan los grupos de población entre hombres y mujeres, esta vez con doble intención: comprobar si esta variable tiene más influencia en un género que otro (la de siempre) y averiguar si en ese segundo tramo domina otra variable como puede ser el sexo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Como ha ocurrido en cada apartado, los 4 grupos de población de hombres mejoran a su grupo general respectivo. Además, en el gráfico se percibe cómo la media de ese segundo tramo en los hombres mejora al primer grupo (con menos renta). Esto quiere decir que en los hombres la hipótesis que se planteaba es cierta.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

A diferencia de lo que ocurría generalmente, las columnas de este gráfico no descienden escalonadamente. Esto se debe a la mala salud percibida de las mujeres en el segundo tramo, cuyo valor es muy elevado, haciendo que la media general también sea alta (mayor que la del primer tramo). Por lo tanto, este estudio del género nos ha servido para encontrar el motivo de ese dato sorprendente.

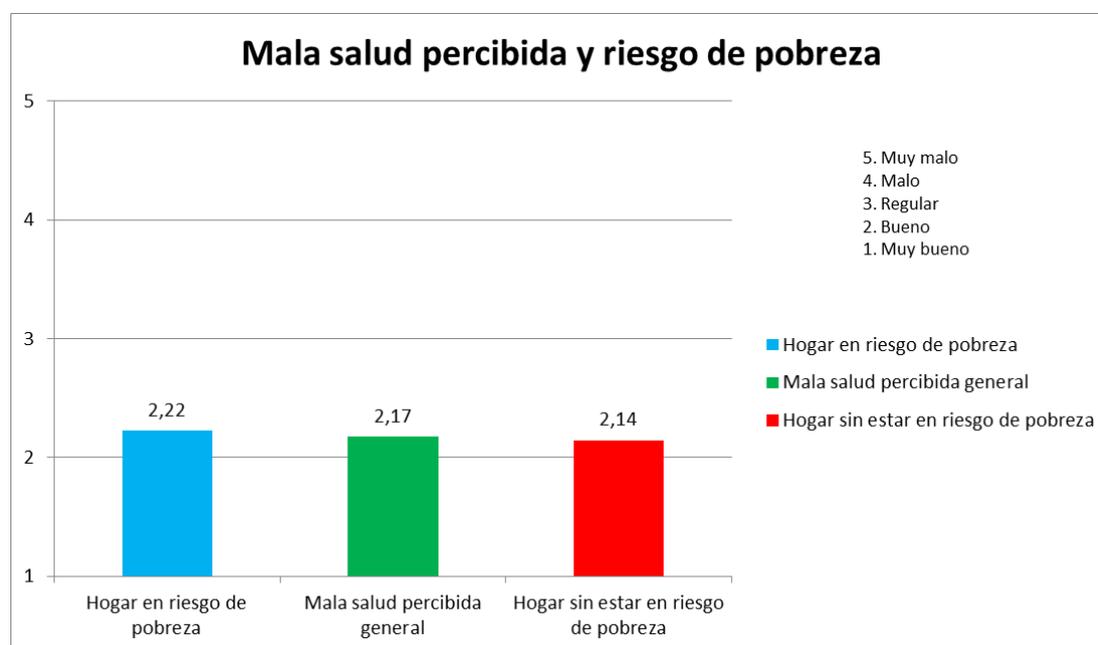
El siguiente paso es calcular la variación que existe entre el tramo con peor y mejor salud percibida, dependiendo del género. En el sexo masculino, la diferencia entre ambas medias es 0,25 (2,17-1,92). En el caso de las mujeres, para escoger el dato más alto hay que seleccionar el obtenido en el segundo tramo, a diferencia de los hombres que se situaba en el primero. En el sexo femenino, la diferencia entre las dos medias es 0,33 (2,32-1,99). Por ello, existe una variación superior en las mujeres debido a ese alto valor del segundo tramo.

Respecto a los datos generales, la diferencia es de 0,29 (2,25-1,96), escogiendo como valor más alto la media del segundo tramo. Es un cambio considerable, por lo que se puede otorgar valor a esta variable respecto a su influencia sobre la salud de un individuo.

3.5. Salud y pobreza

Este punto está dedicado a averiguar el grado de influencia que ejerce la pobreza en la salud del encuestado. Los factores implicados son idénticos al apartado anterior, con la variable renta, pero al contrario. Por lo tanto, la pobreza se traduce en peor acceso a servicios médicos, condiciones de vida inadecuadas, mala alimentación, hábitos no saludables, estrés y problemas mentales.

La elaboración del gráfico necesita la información aportada por la variable “Hogar en riesgo de pobreza”. Se explica que el umbral de pobreza es el 60% de la mediana de los ingresos anuales mediante escalas de equivalencia (escala OCDE modificada), tomando la distribución de personas. Los ingresos por unidad de consumo se obtienen dividiendo los ingresos totales del hogar entre el número de unidades de consumo. Como se puede ver, utiliza la misma escala que se ha utilizado para hallar la renta en el punto anterior, la escala OCDE modificada. En esta pregunta de la encuesta, solo existen dos respuestas posibles, afirmativa o negativa.



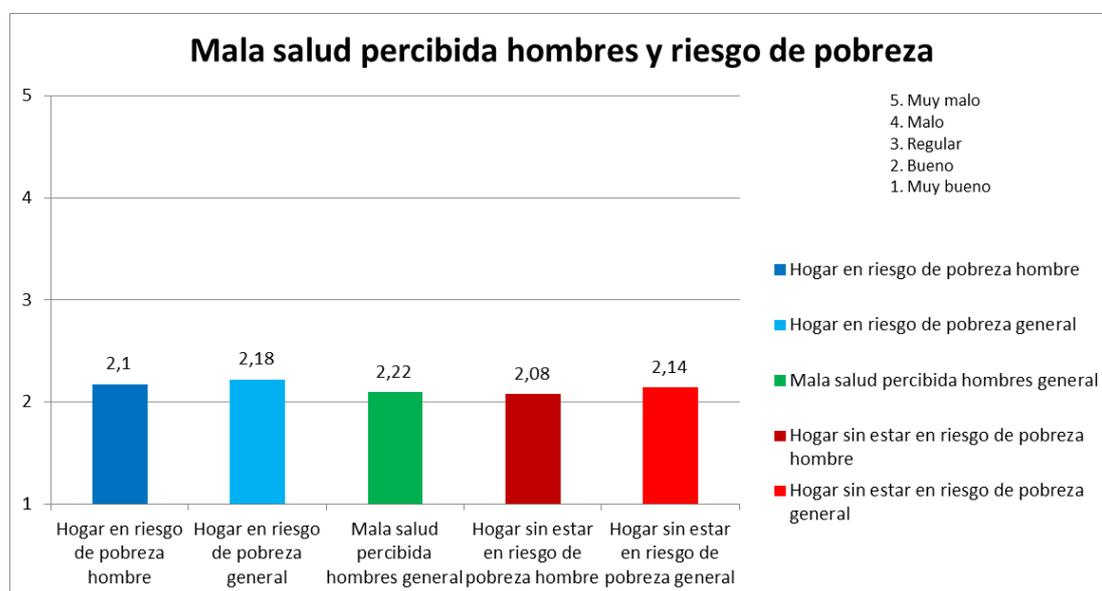
Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Como se aprecia en el gráfico, la primera columna de color azul representa a las personas que viven en hogares en riesgo de pobreza, siendo un 19,03% de los encuestados. Su media (2,22) supera a la

general, obteniendo un resultado esperado, ya que las personas en riesgo de pobreza tienen peor estado de salud.

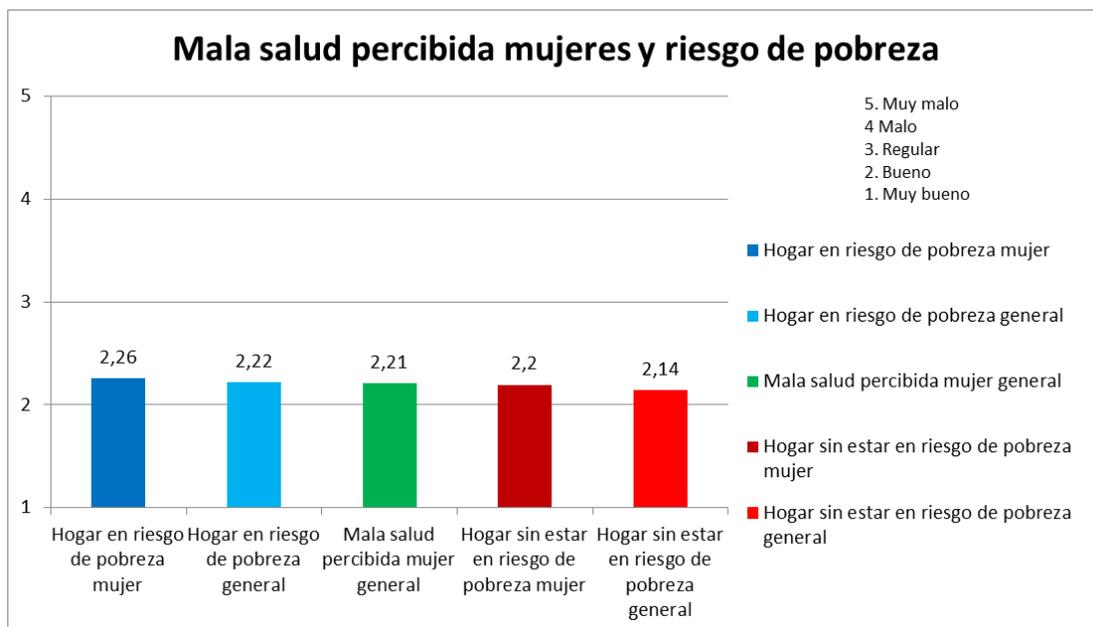
De color rojo se representa al grupo de población que no se encuentra en riesgo de pobreza, un 80,97%. Este conjunto posee una media de 2,14, reduciendo la media general española, es decir, con mejor estado de salud.

Como siempre, se va a tratar de conocer si un sexo se ve más afectado que otro al estar en riesgo de pobreza. En primer lugar, se elabora el gráfico del género masculino:



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

Al igual que en todos los gráficos anteriores, el estado de salud en los hombres mejora al general en ambos grupos. Al haber un porcentaje mayor de hombres que no se encuentran en riesgo de pobreza, su media se acerca más a la general que el otro grupo.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018.

En el gráfico de las mujeres se mantiene una tendencia descendente escalonada. Obviamente, ocurre el caso contrario a los hombres ya que empeora ambos datos generales, situándose la mala salud percibida de la mujer general en medio de ambos grupos.

Al calcular la variación entre el dato más alto en los hombres y el más bajo, el resultado es 0,1 (2,18-2,08). En las mujeres, la diferencia es de 0,04 (2,26-2,22). Por lo tanto, los hombres se ven un poco más afectados por estar en riesgo de pobreza, pero el cambio es mínimo.

Si se realiza ese cálculo con el gráfico general, la variación es de 0,08 (2,22-2,14). Como conclusión, se puede afirmar que esta variable no tiene tanta influencia como la edad o el nivel de educación, cuyas diferencias entre grupos eran mucho más amplias. Además, ya se ha comentado que el grupo de población que no se encontraba en riesgo de pobreza era más de un 80%. Por ello, podía haber ocurrido que este conjunto hubiese tenido una media cercana a la general ya que es muy representativa, y en el caso del grupo en riesgo de pobreza obtener un dato de mala salud percibida muy elevado y alejado de ese 2,17. Esto, por ejemplo, ocurría en el apartado de la edad, ya que los mayores de 65 años solo representaban un 26,64% y la diferencia entre las medias de ambos grupos era de 0,78, siendo el valor de los menos de 65 más

cercano a la general. En cambio, en el caso del riesgo de pobreza, este cambio no ha sido tan grande debido a que no influye tanto en la salud de una persona.

4. CONCLUSIONES

El estudio realizado determina que las personas con un nivel socioeconómico más alto suelen disfrutar de un mejor estado de salud y mayor apoyo social. En el análisis con perspectiva de género, no se hallaron variaciones tan destacadas para obtener una conclusión clara.

Los resultados mostraron diferencias significativas en ambas variables principales dependiendo del nivel socioeconómico del encuestado, obteniendo datos muy razonables y relacionados en cada una de las variables secundarias analizadas. No obstante, esto no cambia el hecho de que tanto la salud como el apoyo social dependen de muchos otros factores.

Entre todas las variables secundarias analizadas, cabe citar el nivel educativo alcanzado como una de las más destacadas. Esto se debe a que la educación juega un papel fundamental en la vida de una persona, ya que tiene un impacto significativo en su desarrollo personal, profesional y social. En su análisis se han obtenido unos resultados muy claros, viéndose mejorado escalonadamente tanto el estado de salud como el nivel de apoyo social cuanto mayor era el nivel de estudios del individuo. En este caso, los hombres se veían más afectados dependiendo de su nivel de educación en el apoyo social disponible, mientras que las mujeres eran más sensibles respecto a su estado de salud.

Tanto la renta como el riesgo de pobreza de una persona están relacionados con su nivel educativo, ya que este factor es una ventaja para lograr un mejor empleo y disponer de mayor poder adquisitivo. Por ello, los resultados obtenidos en ambos análisis han estado en concordancia con el primero.

En el caso de la densidad de población, sus resultados son un poco llamativos. A pesar de las ventajas que existen de encontrar apoyo social en una zona muy poblada, es en las zonas más rurales donde la población se siente más arropada con sus relaciones sociales. El motivo es la relación tan estrecha que forma la gente en los pueblos, creando lazos muy fuertes al ser pocos habitantes. En las ciudades, en cambio, una persona rodeada de tanta gente que no conoce, puede sentirse aislada y sola. A pesar de este resultado favorable que obtiene la población residente en pueblos pequeños, no se ve reflejado en su estado de salud. Los datos son contrarios a los mencionados en el apoyo social, ya que las personas que viven en ciudades poseen mejor estado de salud. Uno de los motivos es que, la gente de las zonas rurales es más longeva y su nivel educativo es limitado, aspectos que hacen que su estado de salud sea más delicado a pesar de disponer de un círculo social beneficioso.

En el apartado de la edad se han obtenido unos resultados previsibles, siendo las personas mayores quienes tienen peor estado de salud y menos apoyo social, obviamente. Lo mismo ocurre en la mayoría de análisis que se han realizado diferenciando el género de la persona, obteniendo peores datos de salud en las mujeres debido, en parte, a que su esperanza de vida es mayor. Por otra parte, los hombres disponían en general de un apoyo social inferior, con una diferencia mínima.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almagiá, E. B. (2004). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 237-243.

Antonucci, T., & Akiyama, H. (1987). Un examen de las diferencias sexuales en el apoyo social entre hombres y mujeres mayores. *Roles sexuales*, 17, 737-749.

Blanes, A., & Trias-Llimós, S. (2021). Vivir menos y con peor salud: el peaje de la población menos instruida en España. *Perspectives Demogràfiques*, 24.

- Calvente, M. G., del Río Lozano, M., & Marcos, J. M. (2011). Desigualdades de género en el deterioro de la salud como consecuencia del cuidado informal en España. *Gaceta Sanitaria*, 25, 100-107.
- Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2012). Propuesta de políticas e intervención para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 26 (2), 182-189.
- Ferrando, J., Nebot, M., Borrell, C., & Egea, L. (1996). Apoyo social y estado de salud percibido en población no institucionalizada de más de 60 años. *Gaceta Sanitaria*, 10 (55), 174-182.
- Kuehner, C. (2017). ¿Por qué la depresión es más común entre las mujeres que entre los hombres? *The Lancet Psychiatry*, 4 (2), 146-158.
- OMS. (7 de Abril de 1948). ¿Cómo define la OMS la salud? Recuperado el 15 de Mayo de 2023, de Acerca de la OMS: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
- Pedrós Barnils, N., Eurenus, E., & Gustafsson, E. (2020). Self-rated health inequalities in the intersection of gender, social class and regional development in Spain: exploring contributions of material and psychosocial factors. *Int J Equity Health*, 19, 85.
- Pinillos-Franco, S., & García Prieto, C. (2017). La brecha de género en la autoevaluación de la salud y la educación en España. Un análisis multinivel. *PLOS ONE*.
- Santos-de Pascual, A., Saura-Garre, P., & López-Soler, C. (2020). Salud mental en personas con trastorno por consumo de sustancias: aspectos diferenciales entre hombres y mujeres. *Anales de Psicología*, 36(3), 443-450.
- Vonneilich, N., Lüdecke, D., & von dem Knesebeck, O. (2020). Desigualdades educativas en la salud autoevaluada y las relaciones sociales: análisis basados en la Encuesta Social Europea 2002-2016. *Ciencias Sociales y Medicina*, 267, 112379.

