



---

# **Universidad de Valladolid**

**Facultad de Ciencias Económicas  
y Empresariales**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Grado en Finanzas, Banca y Seguros**

**Apoyo Social y Salud según el  
nivel socioeconómico: la  
influencia del entorno.**

Presentado por:

***Mario Barón Martín***

Tutelado por:

***Carmen García Prieto***

***Valladolid, 7 de Julio de 2023***

## **ÍNDICE:**

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD A PARTIR DE LA ECV 2018.....	2
2.1 METODOLOGÍA.....	4
2.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO.....	6
2.3 ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DEL ENTORNO.....	20
3. CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

<b>Gráfico 1:</b> Salud buena desagregada por sexo y edad.....	8
<b>Gráfico 2:</b> Salud mala desagregada por sexo y edad.....	9
<b>Gráfico 3:</b> Diferencias de salud entre nacionales y extranjeros.....	11
<b>Gráfico 4:</b> Diferencias de edad entre nacionales y extranjeros.....	12
<b>Gráfico 5:</b> Diferencias de salud por niveles de educación.....	14
<b>Gráfico 6:</b> Diferencias de salud por niveles de ocupación laboral.....	17
<b>Gráfico 7:</b> Diferencias de salud con capacidad de pedir ayuda social.....	19
<b>Gráfico 8:</b> Diferencias entre zona de urbanización y salud.....	22
<b>Gráfico 9:</b> Municipios que pierden población.....	23
<b>Gráfico 10:</b> Diferencias entre posibilidad pedir ayuda social y salud en las zonas poco pobladas .....	25
<b>Gráfico 11:</b> Diferencias entre grado de urbanización y apoyo social.....	26
<b>Gráfico 12:</b> Diferencias entre nivel educación y capacidad de apoyo social....	27
<b>Gráfico 13:</b> Diferencias de sexo y capacidad de apoyo social.....	28

## **ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS:**

<b>Figura 1:</b> Modelo de determinantes de la salud.....	5
<b>Tabla 1:</b> Análisis descriptivo de variables discretas de la muestra de la ECV 2018 .....	6

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es estudiar los determinantes de la salud de la población española para determinar cómo varía la salud según el nivel socioeconómico de las personas, viendo la capacidad que tienen de percibir apoyo social o ayuda no material y como puede incidir esto sobre la salud. Para ello, se ha realizado un estudio transversal de la ECV del 2018. En primer lugar, se ha elaborado un estudio descriptivo por edad, sexo, país de nacimiento, ocupación laboral y nivel educativo. En segundo lugar, se ha realizado un análisis de la influencia del entorno para explicar la relación entre el grado de urbanización de los encuestados con su salud percibida y sus diferencias en función de la zona donde se habite. Además, se ha incidido en las zonas poco pobladas, haciendo referencia al problema de despoblación y envejecimiento que está ocurriendo en España en las zonas rurales o poco pobladas y analizado como afecta esto a la capacidad de percibir apoyo social en estas zonas. Usando estos recursos, los resultados permiten concluir que la edad, el nivel educativo, país de nacimiento, la ocupación laboral, el sexo y la capacidad de pedir apoyo social son fundamentales para explicar las desigualdades socioeconómicas.

**Palabras clave:** *salud, apoyo social, desigualdades socioeconómicas, zonas poco pobladas.*

## ABSTRACT

The purpose of this research is to study the determinants of the health status of the Spanish population to determine how health varies according to the socioeconomic level of people, looking at the ability of people to perceive social support or non-material help and how this may affect health. To do this, a cross-sectional study of the 2018 ECV has been carried out. First, a descriptive study by age, sex, country of birth, occupational occupation and educational level has been elaborated. Secondly, an analysis of the influence of the environment has been carried out to explain the relationship between the degree of urbanization of the respondents with their perceived health and its differences depending on the area where they live. In addition, emphasis has been placed on sparsely

populated areas, referring to the problem of depopulation and aging that is occurring in Spain in rural or sparsely populated areas and analyzing how this affects the ability to perceive social support in these areas. Using these resources, the results allow us to conclude that age, educational level, country of birth, labor occupation and the capacity to ask for social support are fundamental in explaining socioeconomic inequalities.

**Key words:** *health, social support, socioeconomic inequalities, sparsely populated areas.*

**Clasificación JEL:** C25, I12, I

## 1. INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria que atravesó España, así como el resto del mundo, producida por la pandemia del COVID-19 a mediados del año 2020, tuvo como consecuencia la acentuación de las desigualdades sociales, así como de salud, causadas por el diferente nivel socioeconómico de las personas y familias.

Durante muchos años, la salud ha sido definida como la ausencia de enfermedad, pero durante la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York en Julio de 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió el término salud como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*, por tanto, se deduce que la salud es un proceso complejo que engloba diferentes factores como biológicos, sociales, económicos, o nivel de educación, que se han de tener en cuenta para observar que el nivel socioeconómico constituye un factor discriminante del estado de salud de las personas a lo largo de su vida, siendo la educación uno de los indicadores más utilizados en los estudios sobre desigualdades sociales en mortalidad y salud, ya que condiciona en gran medida los estilos de vida y las preferencias hacia la salud de los individuos.

En este trabajo, uno de los objetivos que se persigue, será investigar las desigualdades en salud por clase social en España. Para ello, mediremos la salud a través de la salud percibida (Self-rated health-SRH), y observaremos cómo se necesitan políticas locales y nacionales para mejorar notablemente la equidad en salud en España.

Para la correcta planificación de estas políticas e intervenciones, tendrá que existir un compromiso para impulsar la salud y el equilibrio en todas las políticas, sin embargo, es importante tener presente que estas intervenciones pueden aumentar las desigualdades si no se diseñan intentando maximizar los beneficios en los colectivos más vulnerables.

En cuanto al apoyo social, es un concepto fundamental que juega un papel crucial en la salud y bienestar de las personas, por lo que es esencial reconocer la importancia del apoyo social en nuestras vidas, según los psicólogos Jesús Pérez Bilbao y Félix Martín Daza es definido “por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras

personas significativas” Bilbao y Daza (2006), se ha demostrado que tiene una gran influencia en diversos aspectos relacionados con los procesos de salud, entre ellos, la forma de afrontar el estrés, la progresión en la enfermedad, el ajuste y la recuperación de la enfermedad, la recuperación posquirúrgica, por ello se ha llegado a afirmar que un insuficiente apoyo social puede considerarse como un factor de riesgo en relación a la mortalidad.

## **2. ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES DE LA SALUD A PARTIR DE LA ENCUESTA DE CONDICIONES DE VIDA (ECV) 2018.**

Para poder diseñar las líneas de actuación, en lo que a política sanitaria se refiere, es necesario conocer el estado de salud de la población. En este contexto, las encuestas de condiciones de vida son una herramienta esencial para poder analizar el estado de salud y las necesidades sociales de la población.

En España, la primera encuesta de condiciones de vida (ECV), se llevó a cabo en 1964 por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y fue llamada “Encuesta sobre presupuestos familiares y distribución de la renta”. Esta encuesta recopilaba información sobre el consumo de alimentos y otros bienes de consumo, así como sobre la distribución de la renta entre la población. Desde entonces, se han realizado varias encuestas de condiciones de vida en España, con carácter anual, para obtener información sobre el bienestar y la calidad de vida de la población.

En este trabajo trataremos de estudiar algunos determinantes que influyen en la salud de los españoles a partir del estudio de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) de 2018.

El objetivo general esta encuesta, según el Instituto Nacional de Estadística, 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. La ECV busca la producción de información transversal con un alto grado de calidad en lo que a su

actualidad y comparabilidad se refiere. Emplearemos información que proporcionan los microdatos transversales de la encuesta.

La encuesta se compone de una gran cantidad de datos, ya que incluye información sobre múltiples aspectos de la vida de los hogares y las personas, en concreto, recopiló información de más de 17.000 hogares y 36.000 personas residentes en España.

Además, la encuesta de Condiciones de Vida de España del año 2018 se compone de varias secciones que recogen información sobre diferentes áreas, más concretamente, orientada a proporcionar informaciones comparables y armonizadas sobre los siguientes aspectos del nivel y condiciones de vida y de la cohesión social.

Algunas de las secciones destacadas de la encuesta incluyeron el ingreso y la pobreza, el empleo y las condiciones laborales, la vivienda, la educación, la salud y el acceso a los servicios sociales. Gracias a estos datos, nos permite comprender la situación económica de los hogares y evaluar la efectividad de las políticas de bienestar social, también sobre la situación laboral de los ciudadanos y evaluar las oportunidades de empleo en España.

La encuesta también aborda temas como la vivienda, recopilando información sobre el tipo de vivienda y el acceso a los servicios básicos. Además, se recopiló información sobre la educación, los niveles de educación alcanzados y el acceso a la formación continua.

La salud fue otro aspecto clave que se tuvo en cuenta, se recopilaron datos sobre la salud percibida, la utilización de servicios de atención médica y el acceso a medicamentos.

También cabe destacar que en esta encuesta del año 2018 se incluyó un módulo de preguntas sobre bienestar, donde está incluida la pregunta relativa a la capacidad de percibir apoyo social o no.



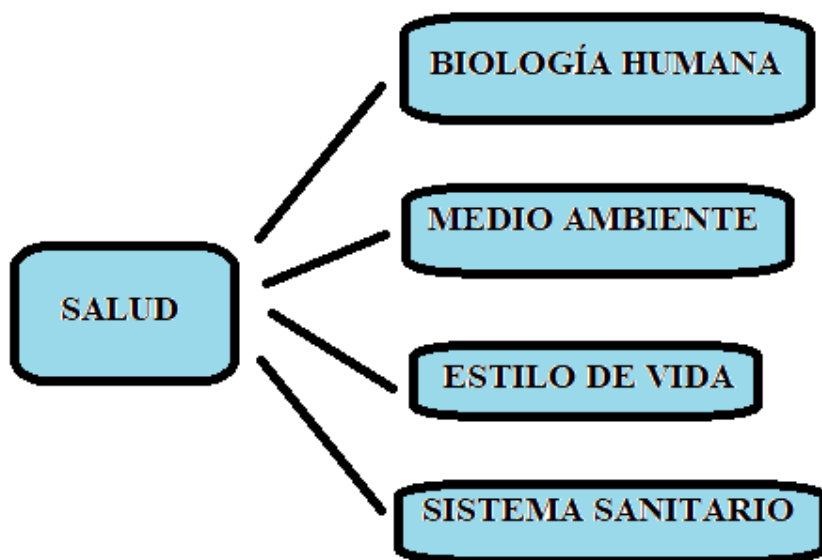
## 2.1. METODOLOGÍA

Existen varios modelos que explican la influencia de los diferentes determinantes de la salud, en este trabajo lo trataremos en base a un modelo desarrollado por Marc Lalonde.

Lalonde fue un ministro de Canadá que publicó en 1974, como muestra la Figura 1, que la salud estaría determinada por cuatro factores: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario. Sin embargo, como Lalonde demostró, son el medio ambiente y el estilo de vida los determinantes que mayor impacto tienen en la salud.

Por lo que se analizarán los factores que inciden en el estado de salud de los individuos relacionados con las características personales (como el sexo y la edad), con las condiciones socioeconómicas (nivel de estudios, ocupación etc)

**Figura 1:** Modelo de determinantes de la salud



*Fuente: elaboración propia a partir del modelo de Lalonde.*

Los datos utilizados en el análisis empírico que realizaremos proceden de los microdatos de la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2018.

En primer lugar, se ha realizado el análisis descriptivo de los datos para estudiar la composición de la muestra y las posibles tendencias de la población en materia de salud. Para ello, se ha realizado el análisis a través de Excel, restringiendo la muestra a los individuos mayores de edad, comparando variables determinantes en la salud de la población. Se ha utilizado como variable dependiente la variable continua salud percibida, que se obtuvo preguntando al encuestado que puntúe su estado general de salud de 1 al 5, donde 1 significará muy buena salud, y 5 la peor salud posible y como regresores, todas las variables que se sospecha puedan tener influencia en la salud.

En segundo lugar, se ha realizado un análisis de la influencia del entorno, el cual, es una herramienta fundamental en la investigación social. Este análisis se centra en comprender y evaluar los factores externos que rodean a un determinado fenómeno, examinando tanto los aspectos físicos como los sociales, económicos y culturales que pueden influir.

Al realizar este análisis de la influencia del entorno, se busca obtener una visión clara y completa de los factores que pueden afectar al problema específico, en este caso la salud y el apoyo social.

En el ámbito de la salud, por ejemplo, este tipo de análisis puede ayudar a comprender cómo factores como la calidad del aire, disponibilidad de servicios, estilos de vida, nivel de estrés etc pueden influir en la salud y el bienestar de las personas.

## 2.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

La Tabla 1 recoge los principales resultados que describen la composición de la muestra.

**Tabla 1:** Análisis descriptivo de variables discretas de la muestra de la ECV 2018

Variable	Categoría	% en la muestra
<b>Estado general de salud (PH010)</b>	Muy buena	20,46%
	Buena	51,35%
	Regular	20,37%
	Mala	6,13%
	Muy mala	1,69%
<b>Sexo (RB090)</b>	Varón	47,71%
	Mujer	52,29%
<b>País Nacimiento (PB210)</b>	España	89,82%
	Extranjero (UE)	2,11%
	Extranjero (Resto del mundo)	8,07%
<b>Nivel Educativo (PE040)</b>	Menos que primaria	7,91%
	Educación Primaria	16,00%
	1ª etapa Secundaria	25,81%
	2ª Etapa Secundaria	14,79%
	Orientación general (16 a 34 años)	5,05%
	Orientación profesional (16 a 34 años) <sub>1</sub>	0,12%
	Orientación profesional (16 a 34 años) <sub>2</sub>	1,87%
	Educación post secundaria no superior	0,13%
	Orientación profesional (16 a 34 años)	0,03%
	Educación superior (16 a 34 años)	28,30%
<b>Situación Laboral (PL031)</b>	Asalariado tiempo completo	33,46%
	Asalariado tiempo parcial	5,34%
	Trabajador por cuenta propia tiempo con	6,59%
	Trabajador por cuenta propia tiempo par	0,38%
	Parado	10,78%
	Estudiante	6,97%
	Jubilado	20,42%
	Incapacitado	2,61%
	Labores del hogar, cuidado de personas	11,98%
	Otra clase de inactividad económica	1,46%
<b>Edad (RB080)</b>	Mayores de 65	26,64%
	Menores de 65	73,36%
<b>Capacidad pedir apoyo social (PW):</b>	Sí	95,09%
	No	4,91%
<small><sub>1</sub> Sin acceso directo a la educación superior</small>		
<small><sub>2</sub> Con acceso directo a educación superior</small>		

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ECV 2018

Como se observa en la Tabla 1, más de la mitad de la muestra encuestada son mujeres (un 52,29%, frente a un 47,71% de varones). En lo que se refiere a la edad, hemos dividido la edad de nacimiento de los encuestados en dos franjas, edad de más de 65 años y edad de menos de 65 años, por lo que se observa que el 73.36% de la muestra tienen menos de 65 años. Este hecho podría

relacionarse con que más del 50% de la muestra consideran que tienen un buen estado general de salud.

En cuanto al estado de salud general, vamos a considerar como indicador, la salud percibida por el individuo (self-rated health). Este indicador es una medida subjetiva del estado de salud de una persona basada en su propia percepción de su salud física y mental. Dicho indicador es muy utilizado en la investigación en salud pública ya que proporciona una medida de la salud percibida por el paciente, que puede diferir de la evaluación objetiva del estado de salud realizada por un profesional de la salud.

Este concepto de salud percibida ha sido abordado por diversos autores a lo largo del tiempo, pero uno de los primeros en destacar su importancia fue el sociólogo estadounidense René Dubos, quien sostenía que *“la percepción subjetiva de la salud es un aspecto crucial en la comprensión de la salud y la enfermedad”* (Dubos,1965).

Se trata de un indicador que refleja factores objetivos y subjetivos, además, está muy correlacionado con la mortalidad y la morbilidad.

En la actualidad, la mayoría de las encuestas de carácter socioeconómico que se realizan han incluido este indicador al considerarlo un componente importante en la evaluación de la calidad de vida.

En la encuesta que utilizo en el trabajo, se pide a los encuestados que califiquen su salud como muy buena, buena, regular, mala o muy mala. Para simplificar en este estudio, las cinco categorías iniciales las agruparemos en dos: “buena”, que incluye las opciones de “muy buena” y “buena” y la otra categoría será “mala” que englobará las opciones de “regular”, “mala” y “muy mala”.

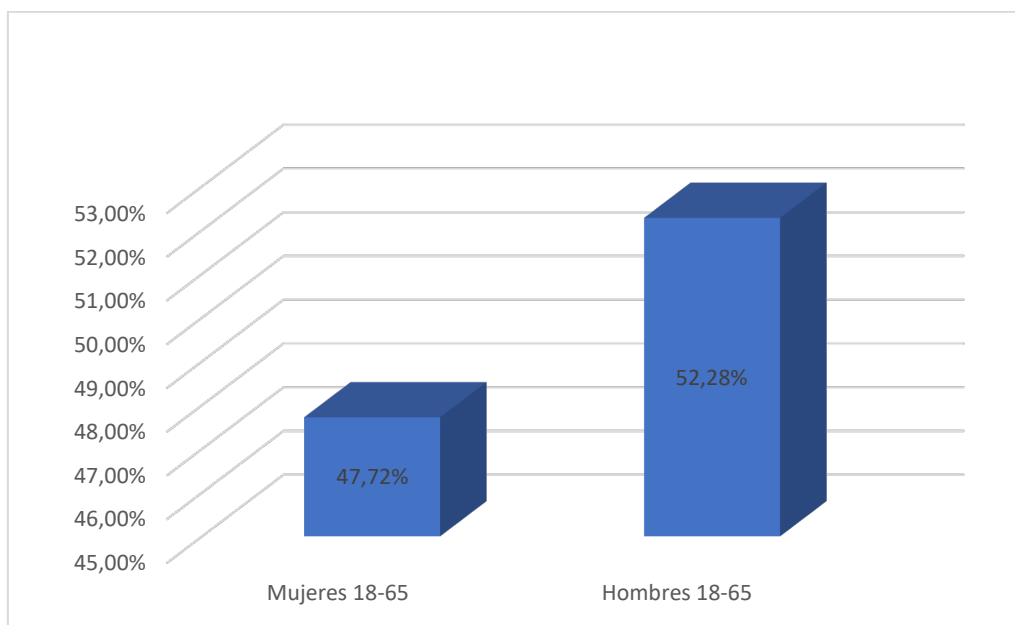
Por lo que ahora los resultados muestran cómo el 71,80% de la muestra considera que su estado de salud general es bueno, frente al 28,20% que afirma tener un mal estado de salud.

Siguiendo el mismo procedimiento de simplificación que con la salud, agruparemos la edad de los encuestados en dos tramos, el primer tramo serán

las personas que están entre los 18 y 65 años de edad, es decir, un 73,36%, mientras que el segundo tramo serán los mayores de 65 años, un 26,64%.

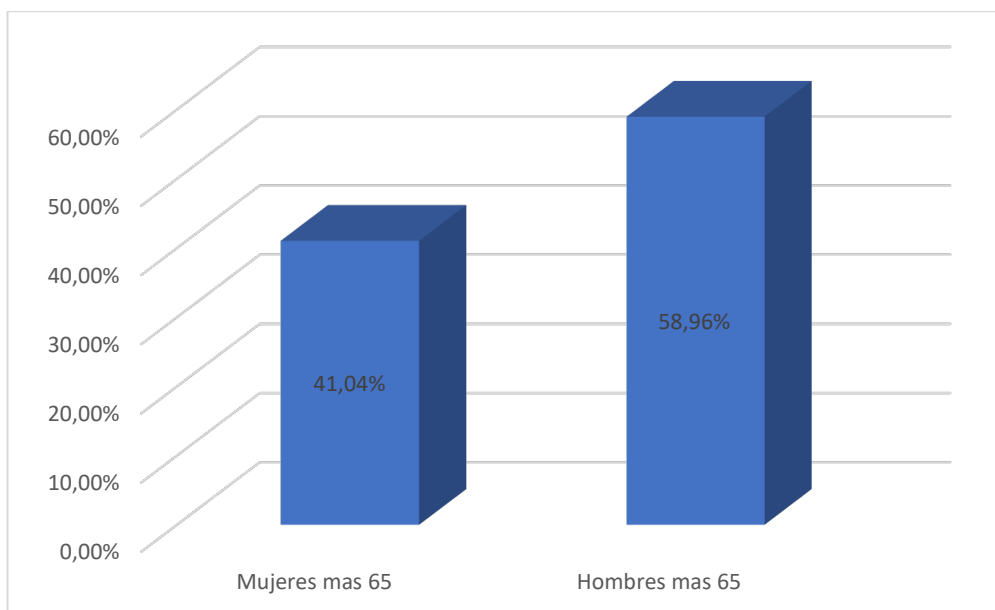
Al desagregar por sexo y tramos de edad, se ve cómo en lo relativo a la categoría de buena salud, no se perciben apenas diferencias entre hombres y mujeres. Por el contrario, tomando como referencia a las personas con mala salud (Gráfico 1 y 2), y diferenciando por sexo podemos observar cómo son el número de mujeres en ambos tramos de edad con menor porcentaje de mala salud con respecto al de los varones, esto puede estar relacionado con la mayor longevidad de las mujeres, ya que según el estudio del Instituto Nacional de Estadística (INE), en la UE, las mujeres viven de media 5,5 años más que los hombres.

**Gráfico 1:** Mala salud percibida por sexo y edad



*Fuente: elaboración propia a partir de la ECV 2018*

**Gráfico 2:** Salud mala desagregada por sexo y edad



*Fuente: elaboración propia a partir de la ECV 2018*

### **Factores Socioculturales**

Una vez estudiados los indicadores de la salud, analizaremos siguiendo el modelo de Lalonde, algunos factores socioculturales que son de gran importancia en el estado de salud, como son la nacionalidad, el nivel educativo, la ocupación laboral y el apoyo social.

-Nacionalidad:

En las últimas décadas, España ha experimentado un notorio aumento en su población debido, entre otras causas, al fenómeno de la inmigración. Este fenómeno tiene un impacto significativo en el perfil demográfico del país, provocando cambios sociales, culturales y económicos muy importantes.

Tal y como dice el Centro de Investigación en Salud Laboral (CISAL), en el año 2010, el 12% de la población española estaba formada por inmigrantes. Las características principales de esta población eran personas jóvenes, con un nivel alto de estudios y trabajando en España en empleos precarios (García, 2010).

Las causas más habituales de los fenómenos inmigratorios en España son motivadas por la búsqueda activa de trabajo y la necesidad de unas

condiciones de vida mejor. También se sabe que las condiciones laborales afectan considerablemente a la salud.

Para estudiar el fenómeno migratorio desde el punto de vista sanitario, surge en 2006 el proyecto de “Inmigración, Trabajo y Salud” (ITSAL), cuyo objetivo es mejorar las condiciones laborales y sanitarias de los inmigrantes. Los resultados dieron a conocer que las condiciones laborales a las que, normalmente, están expuestos los inmigrantes tienen consecuencias negativas para la salud. Además, este colectivo es más vulnerable que la población autóctona debido a que, en algunos casos, se encuentran en condiciones de irregularidad, no tienen conocimiento de sus derechos laborales y/o por miedo a perder el trabajo. Algunos resultados más específicos de este proyecto, revelaron que los trabajadores extranjeros tienen mayor propensión a sufrir enfermedades o lesiones relacionadas con el trabajo, y que las trabajadoras inmigrantes que se dedican al servicio doméstico se encuentran entre el colectivo más vulnerable.

Sin embargo, como señala García (2010), a pesar de que varios estudios indican un mayor riesgo de que los inmigrantes presenten problemas de salud relacionados con las condiciones laborales, poco se sabe sobre las condiciones bajo las cuales estas personas regresan a sus países de origen o de cómo viven las que han perdido el empleo y no quieren o no pueden volver.

Como hemos hecho anteriormente con las variables de salud y edad, simplificaremos la nacionalidad en dos categorías: “Españoles” y “Extranjeros”, por lo que en el grupo de extranjeros sumaremos las variables de personas nacidas en la UE (excluyendo a España) y personas nacidas en el resto del mundo, dando un porcentaje total de extranjeros encuestados del 10,18%.

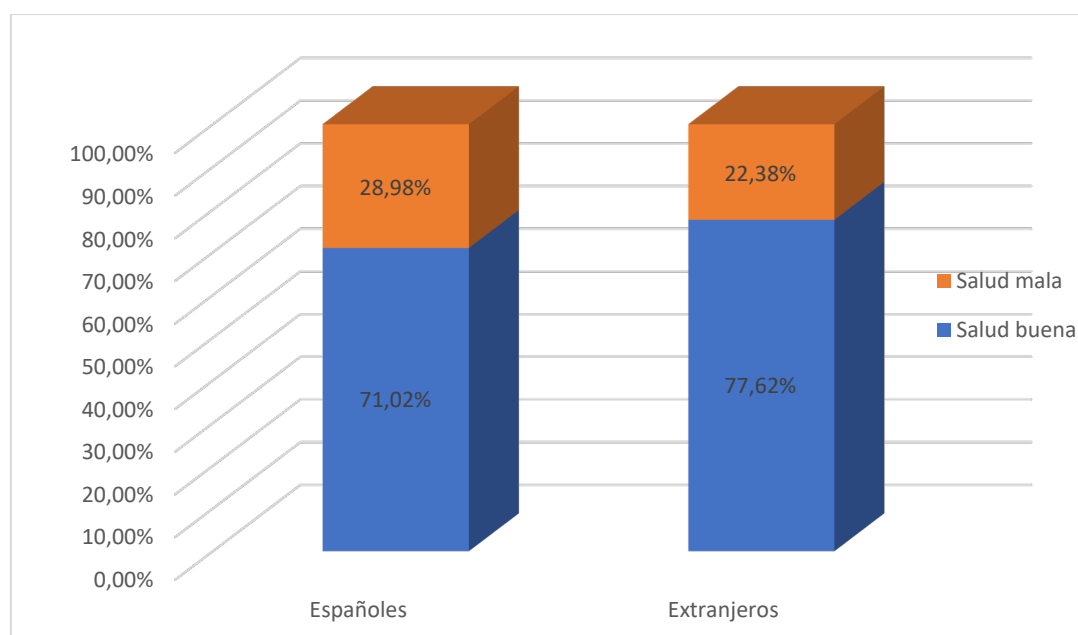
El análisis de los datos de la ECV 2018 refleja cómo la mayor parte de la población encuestada mayor de edad es de nacionalidad española (89,82% de la muestra). La población de nacionalidad extranjera parece tener un estado de salud mejor como se observa en el gráfico 3.

En cuanto a la relación entre la edad de los encuestados y su país de nacimiento, podemos decir que ambas variables pueden influir en diferentes aspectos de la vida de una persona, según los datos de la ECV 2018, podemos

observar cómo existe un porcentaje superior de personas nacidas en España en los grupos de edad más avanzada, lo que puede indicar una tendencia de envejecimiento de la población autóctona (Gráfico 4). De la población extranjera podemos decir que hay un mayor porcentaje de extranjeros de edad más joven, lo que refleja la influencia del fenómeno migratorio en España en las últimas décadas. La llegada de migrantes ha contribuido a una mayor diversidad de la población en España, especialmente en los grupos de edad más jóvenes, mientras que la población española, en general, muestra una distribución más concentrada en los grupos de edad más avanzados.

En conclusión, la distribución por grupos de edad varía según el país de nacimiento, reflejando el envejecimiento de la población nacional y la presencia de población migrante más joven.

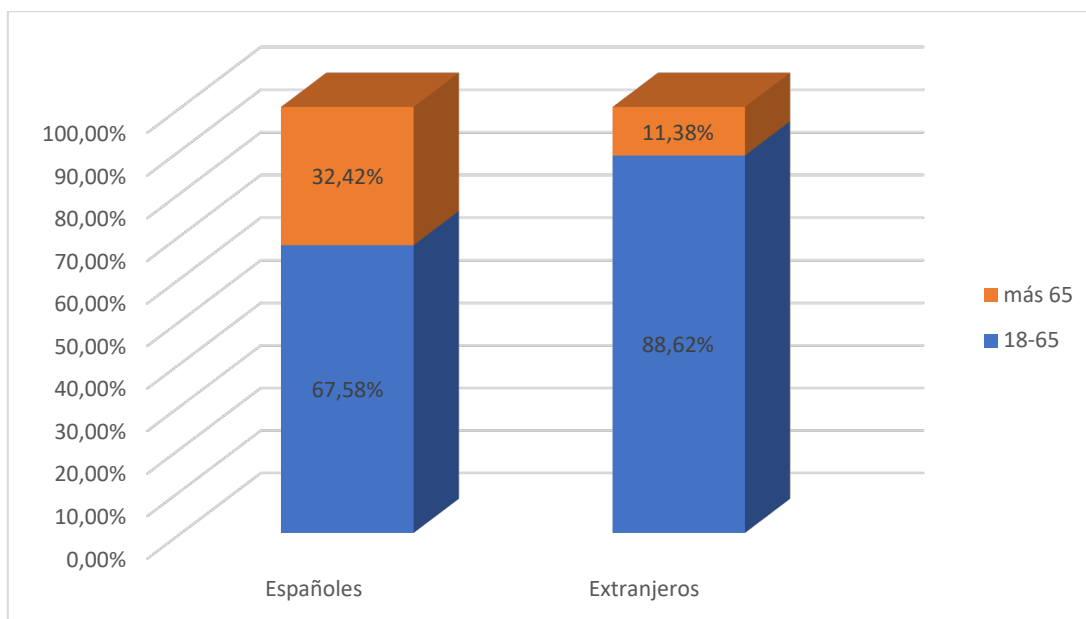
**Gráfico 3:** Diferencias de salud entre nacionales y extranjeros



Fuente: *Elaboración propia a partir de la ECV 2018*



**Gráfico 4:** Diferencias de edad entre nacionales y extranjeros



*Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018*

#### -Educación:

Como ya se ha mencionado, existen varios determinantes que pueden incidir en la salud de los individuos y, desde hace años, se observó que el factor socioeconómico es uno de los responsables de las desigualdades existentes en la salud de una misma población. Un indicador socioeconómico muy representativo, es la clase social, que se define en términos laborales y económicos. Debido a esto, como señala De la Cruz Sánchez, Feu y Vizuet Carrizosa (2012), es frecuente utilizar el nivel educativo como indicador de la clase social puesto que está muy relacionado.

El uso de este indicador tiene algunas ventajas respecto a los indicadores tradicionales de estatus económico. En primer lugar, el nivel de estudios es estable a lo largo de la vida del individuo y permite clasificar tanto a personas que trabajan como a las que no están trabajando o están jubiladas. En segundo lugar, está directamente relacionado con el estilo de vida, el acceso a atención sanitaria o la exposición a ambientes de riesgo. Para terminar, diversas investigaciones señalan que el nivel de estudios podrían ser el factor socioeconómico que el mejor explique las desigualdades sociales en salud.

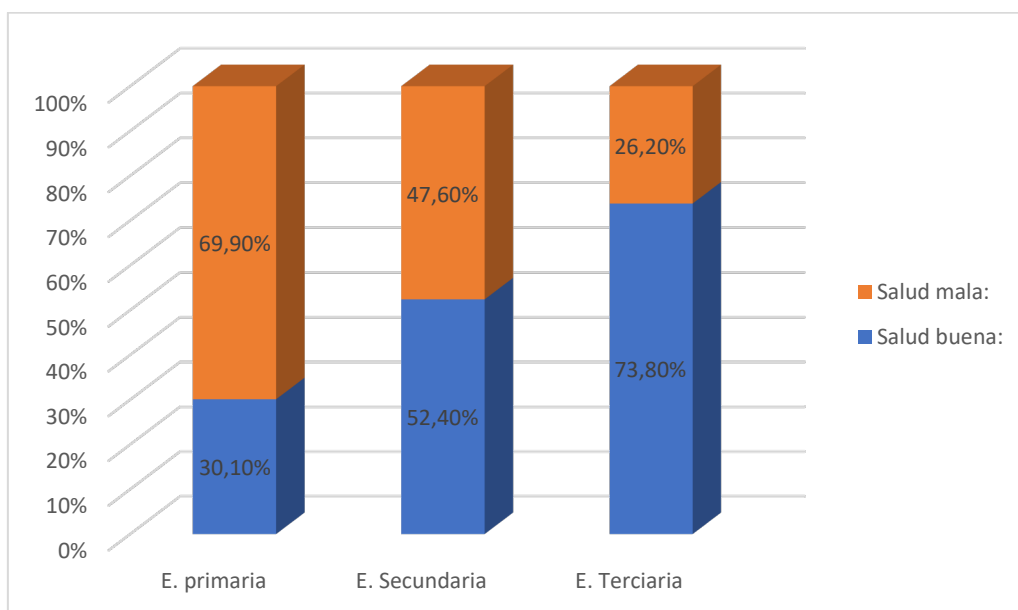
No obstante, tiene algunas limitaciones a la hora de explicar la relación entre salud percibida y mortalidad. Las personas con estudios bajos tienden a valorar peor su salud por lo que las tasas de mortalidad en este colectivo no se pueden relacionar con la salud percibida. Por el contrario, en aquellas personas con un nivel educativo alto, la salud percibida está estrechamente ligada con la mortalidad (De la Cruz Sánchez, Feu y Vizúete Carrizosa (2012)).

En lo que respecta a España, algunos estudios como el realizado por Aguilar Palacio, Carrera Lasfuentes y Rabanaque (2014), muestra cómo un nivel educativo bajo, en la mayoría de las CCAA, se asoció a una peor salud percibida.

En la actualidad, todas las encuestas de carácter socioeconómico incluyen una pregunta con referencia al nivel de estudios. La ECV 2018, en el fichero “*educación*” incluye una clasificación detallada en personas cuyo nivel de educación es: “Menos que primaria”, “Educación primaria”, “Primera etapa de Educación Secundaria”, “Segunda etapa de Educación Secundaria”, “Educación postsecundaria no superior” y “Educación superior”. Para un mejor análisis, simplificaremos esta clasificación en tres tramos, el primer tramo serán las personas con educación primaria o inferior, el segundo tramo incluirá a las personas con educación secundaria (Primera etapa educación secundaria, segunda etapa educación secundaria y educación post secundaria no superior), y, por último, las personas con educación terciaria, es decir, educación universitaria y superiores.

Al realizar el análisis, se observa que estos datos muestran clara una tendencia: a medida que aumenta el nivel educativo, aumenta la proporción de personas que perciben tener una buena salud y disminuye la proporción de personas que perciben tener una salud mala (Gráfico 5), por lo que podemos deducir la importancia que tiene promover la educación como una herramienta para mejorar la salud y el bienestar de la población.

**Gráfico 5:** Diferencia de salud por niveles de educación



*Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018*

#### -Situación Laboral:

En el ámbito laboral, la ocupación también es un factor importante que condiciona el estilo de vida. De hecho, desde hace décadas, muchas investigaciones relacionadas con la salud pública se han centrado en estudiar los efectos del desempleo en la salud.

Sin embargo, a día de hoy, hay una gran controversia en torno a cuál es la relación entre salud y empleo. Como sostienen Urbanos Garrido y González López Valcárcel (2013), la existencia de factores de confusión de tipo social, clínico y económico hace que resulte complicado establecer el tipo de asociación entre la salud y estar desempleado.

Muchos defienden una asociación positiva entre el desempleo y salud, es decir, estar desempleado mejora la salud. Estas teorías suelen apoyarse en la mejor asignación del tiempo o menor exposición a accidentes laborales, ya que muchas de las patologías que actualmente ponen en riesgo la salud de la población están relacionadas con el estrés diario proveniente del trabajo, por lo que estar desempleado libera tiempo y reduce estrés. Por otra parte, se reduce la probabilidad de tener un accidente laboral o estar expuesto a ambientes contaminantes, dependiendo del puesto de trabajo. De hecho, la evidencia

empírica ha comprobado algunos resultados. Un estudio demostró que en 26 Estados de la Unión Europea el aumento del desempleo redujo significativamente las muertes por accidentes de tráfico (Urbanos Garrido y González López Valcárcel, 2013). Además, varias publicaciones han llegado a la conclusión que, frecuentemente, un aumento de la tasa de desempleo conlleva una reducción de la mortalidad en el corto plazo.

Por otro lado, muchos autores se inclinan por la relación negativa entre desempleo y salud, estar parado tiene un impacto negativo para la salud. En principio, la relación causa-efecto entre desempleo y salud es bidireccional. Por una parte, haber sido despedido genera efectos negativos en la salud de las personas, esto se denomina como la hipótesis de “exposición al trabajo”, por la otra, está la hipótesis de “selección” que sostiene que aquellas personas con peor salud tienen más probabilidad de estar desempleadas. Los estudios empíricos establecen que el efecto “exposición” suele dominar sobre el efecto “selección”.

Existen varios argumentos para explicar por qué el desempleo influye negativamente en la salud de las personas:

- Pérdida de poder adquisitivo: Estar desempleado implica una reducción de los ingresos, y, por tanto, un empeoramiento de la dieta y disminución en el nivel de atención médica.
- Enfermedades relacionadas con el estrés: A pesar de la creencia de que estar desempleado implica mayor tiempo libre y menor estrés, la búsqueda de un nuevo empleo y la situación financiera, como por ejemplo tener que hacer frente a pagos hipotecarios, generan estrés que pueden desencadenar en numerosas enfermedades
- Modelo de apoyo social: Sostiene que una de las consecuencias del desempleo es el aislamiento social que puede tener impacto directo en la salud.
- Modelo de función latente: parte de la idea de que el trabajo no cubre solamente necesidades económicas sino también necesidades fisiológicas, puesto que proporciona un estatus, estructura horaria, satisfacción personal etc.

- Políticas de ajuste: las medidas de austeridad implementadas por los gobiernos en épocas de recesión son traumáticas para la sociedad. Estudios han demostrado cómo en algunos países como Grecia los recortes han aumentado los suicidios y los brotes de enfermedades infecciosas.

Como resumen, parece confirmarse la creencia de que, a pesar que en el corto plazo el aumento del desempleo reduce las tasas de mortalidad, a la larga, se asocia a un empeoramiento del estado de salud y, consecuentemente, aumento de la tasa de mortalidad, especialmente si los niveles de renta se mantienen bajos. Como sugiere García (2010), las actuaciones del gobierno son determinantes a la hora de reducir el efecto negativo del desempleo en la salud. Es lógico pensar que aquellos países que dispongan de políticas activas del mercado de trabajo, seguridad social y programas de inversión en capital humano, reducirán el impacto del desempleo en el estado de salud de la población. Además, también hay alguna evidencia que sostiene que las actuaciones de servicios de atención primaria y otros servicios de salud comunitaria pueden mejorar la salud de los parados.

Para abordar esta cuestión a través de la ECV, hemos agrupado los datos sobre ocupación laboral que nos aporta la encuesta en cinco grupos; el primer grupo de los “Asalariados” (engloba a los asalariados a tiempo completo y a tiempo parcial); el segundo grupo de los “Autónomos” (engloba a los trabajadores por cuenta propia a tiempo completo y a tiempo parcial); el tercer grupo es el de los “Parados” ; el cuarto grupo será el de los “Estudiantes” (engloba a los estudiantes, escolar o en formación) y quinto grupo será el de los “Jubilados” (engloba a los jubilados, retirados, prejubilados, incapacitados permanentemente para trabajar, otra clase de inactividad económica).

Viendo lo que nos muestra el gráfico 6, se observa cómo los asalariados tienen una proporción considerable de personas que informan tener una buena salud (67,90%). Esto puede atribuirse a una mayor estabilidad laboral, acceso a beneficios laborales y una estructura organizada en el entorno de trabajo.

Los autónomos, también presentan una proporción significativa de personas que perciben tener una buena salud. Aunque pueden enfrentar desafíos

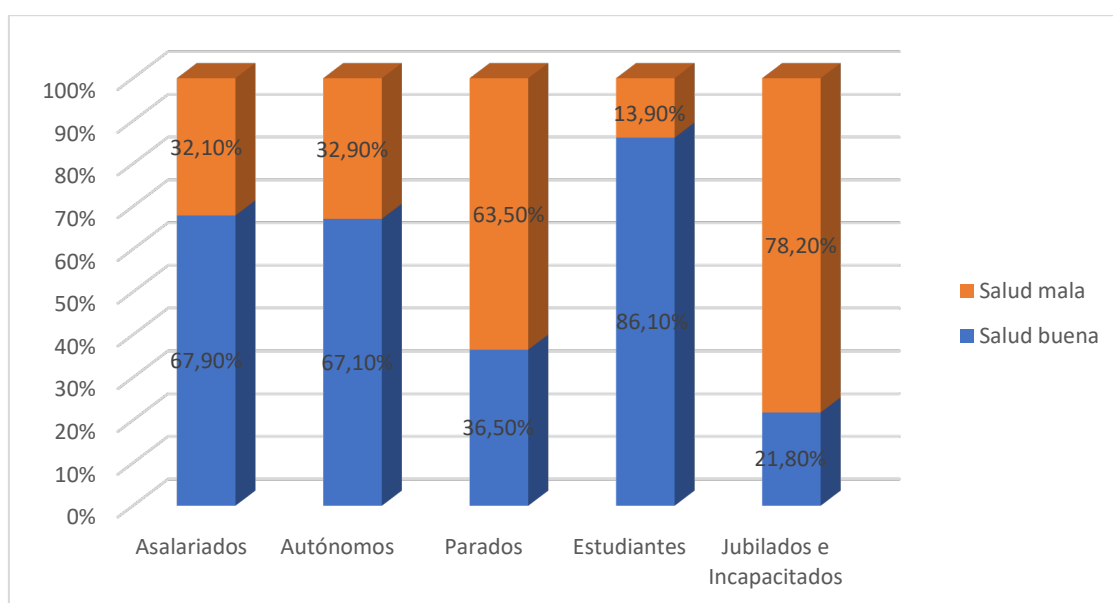
relacionados con la incertidumbre laboral y la gestión de sus propios negocios, pueden tener cierto grado de autonomía y flexibilidad que beneficia su salud percibida.

En lo que se refiere a los parados, se ve claramente cómo abunda lo anteriormente mencionado como la hipótesis de “exposición al trabajo”, ya que es llamativa la menor proporción de personas que afirman tener una buena salud. La falta de empleo y la inseguridad laboral pueden tener un impacto negativo en su bienestar general.

Los estudiantes, muestran una proporción alta de personas que afirman tener buena salud, puede deberse a su relativa juventud y al hecho de que se encuentren en una etapa de su vida con menos responsabilidades laborales y mayores oportunidades de aprendizaje.

Por último, los jubilados e incapacitados, vemos cómo el porcentaje de mala salud es elevado, estos datos podrían variar en función de diversos factores individuales y contextuales (enfermedades crónicas, edad, motivo de la incapacidad etc). Sin embargo, en general, es común encontrar que puedan enfrentar desafíos adicionales en términos de salud debido a su avanzada edad o a condiciones de salud adversas por la acumulación de factores de riesgo a lo largo de su vida.

**Gráfico 6:** Diferencia de salud por ocupación laboral



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018

-Capacidad de pedir Apoyo Social:

Como ya hemos explicado antes lo que significa el apoyo social, vamos a centrarnos ahora en los diferentes tipos de apoyos sociales que existen y ver qué relación existe entre la capacidad o no, de pedir apoyo social con la salud percibida de los encuestados.

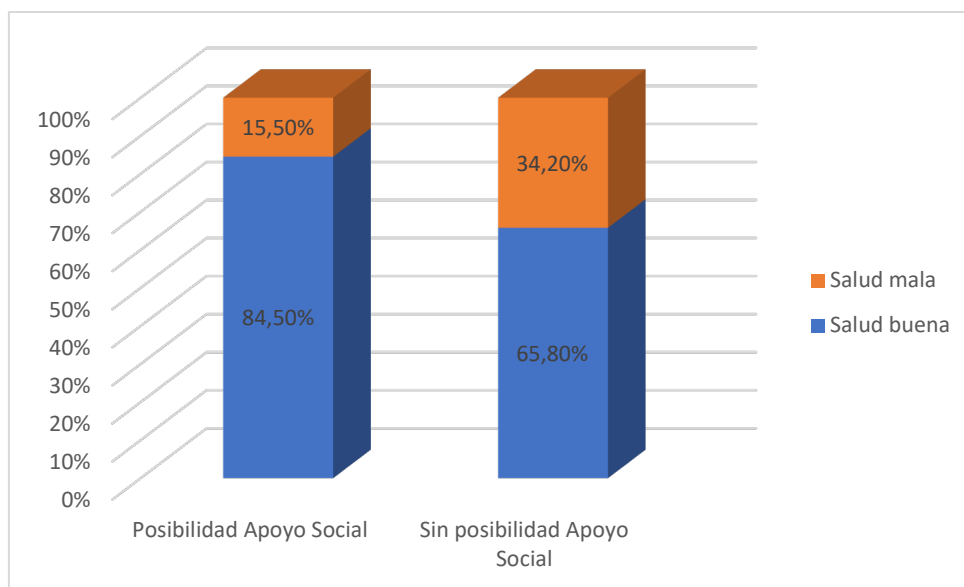
Se pueden distinguir, según el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, cuatro tipos de apoyo social (Apoyo emocional, Apoyo instrumental, Apoyo informativo, Apoyo evaluativo), todos estos tipos de apoyo social han de ser considerados como formas potenciales de apoyo y su capacidad para tener influencia en la salud ha de ser considerada de manera empírica. La importancia de un tipo u otro dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera tal apoyo

- Apoyo emocional: Comprende la empatía, el cuidado, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.
- Apoyo instrumental: Se ofrece “apoyo instrumental” cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita.
- Apoyo informativo: Se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución, sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.
- Apoyo evaluativo: Al igual que el apoyo informativo, solo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social. El apoyo informativo y evaluativo, son los tipos que mayor dificultad presentan para su definición y, por tanto, para su distinción en las otras formas de apoyo.

La posibilidad de pedir ayuda no material a personas cercanas, puede desempeñar un papel importante en el bienestar y la salud percibida de los individuos, teniendo en cuenta los datos de la ECV y del gráfico 7, podemos decir que aquellos que informaron tener la posibilidad de pedir ayuda social a familiares, amigos, vecinos o conocidos, y que afirmaron tener una buena salud, presentaron un porcentaje más alto que los que no tenían esa posibilidad.

Por lo que podemos sacar en conclusión que existe una relación positiva entre la posibilidad de pedir ayuda no material y la salud percibida. Aquellos que tienen la posibilidad de solicitar ayuda social tienden a tener una mejor salud en comparación con aquellos que no tienen esa posibilidad. Estos datos corroboran la importancia del apoyo social en el bienestar y la salud de las personas, enfatizando la necesidad de promover y fortalecer las conexiones sociales.

**Gráfico 7:** Diferencia de salud con capacidad de pedir ayuda social



Fuente: *Elaboración propia a partir de la ECV 2018*



### **2.3. ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DEL ENTORNO**

Dado que nuestro objetivo del trabajo es estudiar el apoyo social y la salud según el nivel socioeconómico de las personas, ahora vamos a centrarnos en analizar la influencia del entorno en que viven y la relevancia que tiene esto en los determinantes de la salud antes vistos y ver si existen diferencias notorias dependiendo de la zona donde se habite. Para ello en este apartado haremos referencia al concepto de salud ambiental y al concepto de entorno físico.

La salud ambiental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), está directamente relacionada con los factores físicos, químicos y biológicos externos de una persona. Es por ello que el mismo concepto se refiere al área de la ciencia que estudia cómo el medio ambiente y las condiciones ambientales en las que vivimos afectan a la salud.

Varios estudios e informes publicados por la OMS y otros organismos medio ambientales advierten sobre los dañinos efectos, y sobre las consecuencias que para la salud tiene la exposición de las personas a la contaminación del aire. Por lo que los factores ambientales que influyen en la salud se dividen en tres grupos según la OMS:

- Factores Físicos: engloban las condiciones externas que nos rodean (Temperatura, iluminación, ruido, olores etc).
- Factores Químicos: Son los que más incidencia tienen sobre la salud ambiental, provocando el agravamiento de enfermedades.
- Factores Biológicos: engloba animales, plantas y microorganismos.

En cuanto al entorno físico, desempeña un papel crucial en la salud y bienestar, si bien hemos visto anteriormente que la salud hasta el siglo XX era definida como la ausencia de enfermedades, hoy se sabe que la salud implica un estado completo de bienestar físico, mental y social,

Así, los estudios indican que, estar saludable significa mantener un equilibrio en la totalidad del ser. Los investigadores acerca de cómo influye el entorno en la salud han señalado la estrecha relación que existe entre estos dos elementos. Por ello, entre los factores influyentes en la salud se han encontrado aquellos que son personales, sociales, económicos y ambientales,

es decir, nivel social, educación, apoyo social, ocupación laboral, características biológicas y culturales.

Para referirnos a este aspecto a través de la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2018, tendremos que centrarnos en el fichero de “datos del hogar”, y dentro de este fichero en el apartado de “grados de urbanización”, que se utilizan para describir el nivel de concentración de la población en una determinada área demográfica. Estos grados se clasifican en tres categorías:

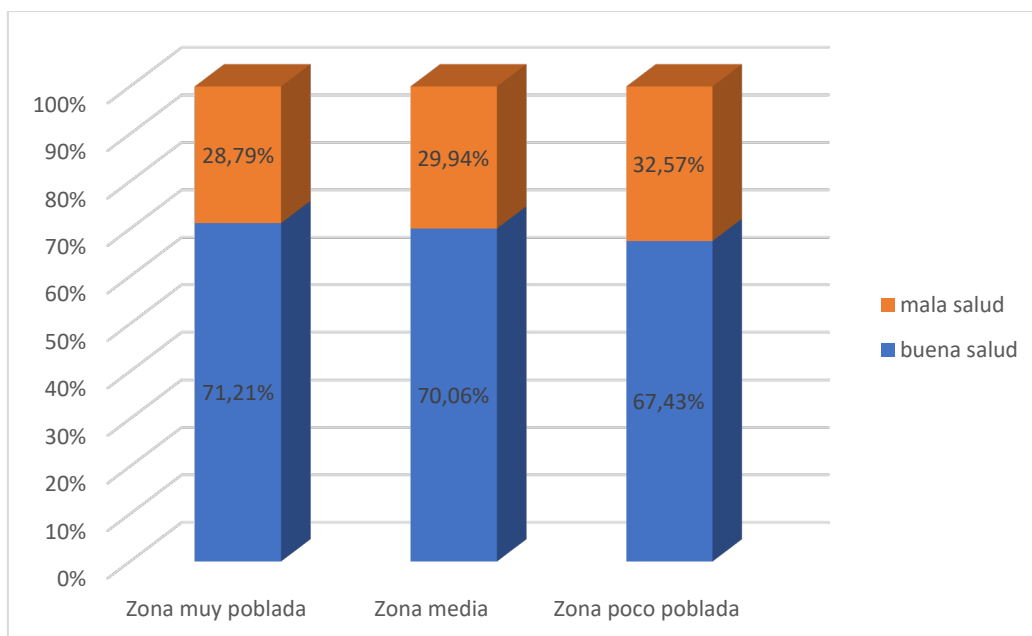
- 1- Zona muy poblada: Esta categoría se refiere a áreas urbanas altamente densas, generalmente asociadas con ciudades grandes o metropolitanas. Estas áreas suelen tener una alta concentración de población y una gran diversidad de servicios e infraestructuras urbanas.
- 2- Zona media: Esta categoría abarca áreas que se encuentran entre las zonas muy pobladas y las zonas poco pobladas. Se refiere a áreas urbanas con una densidad de población moderada, que puede incluir ciudades o pueblos de tamaño mediano. Estas áreas suelen tener una infraestructura y servicios menos desarrollados en comparación con las zonas muy pobladas, pero ofrecen una variedad de servicios esenciales.
- 3- Zona poco poblada: Esta categoría engloba áreas con una baja densidad de población como zonas rurales o áreas escasamente pobladas. Estas áreas suelen estar dominadas por paisajes naturales, como campos, bosques o montañas. La disponibilidad de servicios puede ser limitada en comparación con las zonas más urbanizadas, y la distancia entre los asentamientos puede ser mayor.

Por lo que podemos observar en el gráfico 8, donde se relaciona la salud percibida con las tres categorías, vemos cómo los habitantes de las zonas muy pobladas y zonas medias tienen un porcentaje superior de buena salud con respecto a las que viven en zonas poco pobladas, se trata de una diferencia que ronda un 4%.

En resumen, los resultados sugieren que la percepción de mala salud tiende a ser ligeramente mayor en las zonas poco pobladas en comparación con las zonas medias y muy pobladas. Sin embargo, la mayoría de las personas en

todas las zonas dicen tener una buena salud dentro de la media del país, lo cual puede ser indicativo de diversos factores que influyen en la salud y que no se limitan únicamente al grado de urbanización, estos factores pueden ser el nivel socioeconómico, la educación, el acceso a servicios de salud y el estilo de vida.

**Gráfico 8:** Diferencias entre zona de urbanización y salud

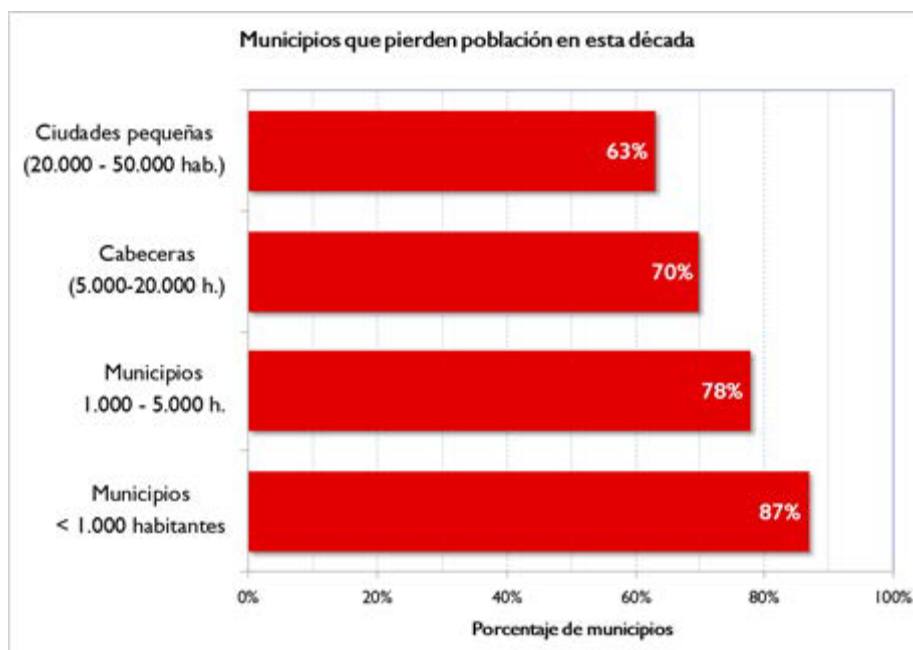


Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018

Una vez vista la relación entre el grado de urbanización, el apoyo social y la salud percibida de los encuestados. Vamos a centrarnos en las zonas menos pobladas. Y es que existe un gran problema de despoblamiento territorial y de envejecimiento poblacional en España. Como muestra el Ministerio de Política Territorial y Función Pública en su archivo de *Directrices Generales de la Estrategia Nacional Frente al Reto Demográfico*, desde el año 2001 hasta 2018 han perdido población el 63% de los municipios españoles. La intensidad de las tasas de variación poblacional 2018-2001 por municipios, muestran que el 48,1% de los municipios han perdido entre el 10% y el 50% de la población. Y si nos centramos en la última década, desde 2011, 6.516 municipios están perdiendo población, es decir, el 80,2% de nuestros municipios. En los pequeños municipios, las pérdidas afectan a casi el 90% de los menores de 1.000 habitantes. El 48,4% de los municipios españoles está por debajo de

12,5 habitantes por km<sup>2</sup>, ratio que la Unión Europea califica como de riesgo de despoblación. Además, de ese 48,4%, el 83,5% son municipios de menos de 500 habitantes. La Unión Europea califica como riesgo severo de despoblación a aquellos municipios por debajo de 8 habitantes por km<sup>2</sup>, y en España el 38,1% de los municipios se encuentra en esta situación.

**Gráfico 9:** Municipios que pierden población.



*Fuente: Ministerio de Política Territorial y Función Pública*

En cuanto al envejecimiento poblacional, según los datos del INE, el índice de envejecimiento en España es del 120,49%, lo que supone que hay 120 mayores de 64 años por cada 100 personas de menos de 16 años. Este índice ha aumentado de forma progresiva en los últimos años, pues en el año 2001 se situaba en el 106,5%. envejecimiento progresivo de la población se ve agravado además por la baja tasa de natalidad. En el año 2017 la tasa bruta de natalidad se situó en 8,4 nacimientos por 1.000 habitantes, casi tres puntos menos que en el año 2008.

Según los últimos datos, el número de hijos por mujer en España fue de 1,3, cifra que viene acompañada de un aumento paulatino de la edad media de maternidad, que se sitúa en 32,1 años. Además, en 2017 en un 29,7% de los municipios no nació ningún niño, agudizando el problema de la despoblación y el del envejecimiento anteriormente mencionado.

Esto nos lleva a analizar la relación que existe, dentro de estas zonas poco pobladas, entre la capacidad de las personas de pedir ayuda social y la salud percibida y compararlo con las zonas más pobladas.

Según los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida, el 28,36% de los encuestados afirma vivir en zonas poco pobladas. En general, se ha observado que existe una relación positiva entre la posibilidad de pedir ayuda no material y la salud percibida dentro de las zonas poco pobladas, como podemos ver en el gráfico 10, vemos como esa relación positiva se ve claramente con el 92,40% de los que sí tienen posibilidad de pedir apoyo social afirman tener buena salud, en cambio la diferencia es amplia con los que no tienen posibilidad de percibir apoyo social. Dentro del Ministerio de Política Territorial y Función Pública en su archivo de *Directrices Generales de la Estrategia Nacional Frente al Reto Demográfico*, nos muestra como esta afirmación puede deberse a diversos factores como:

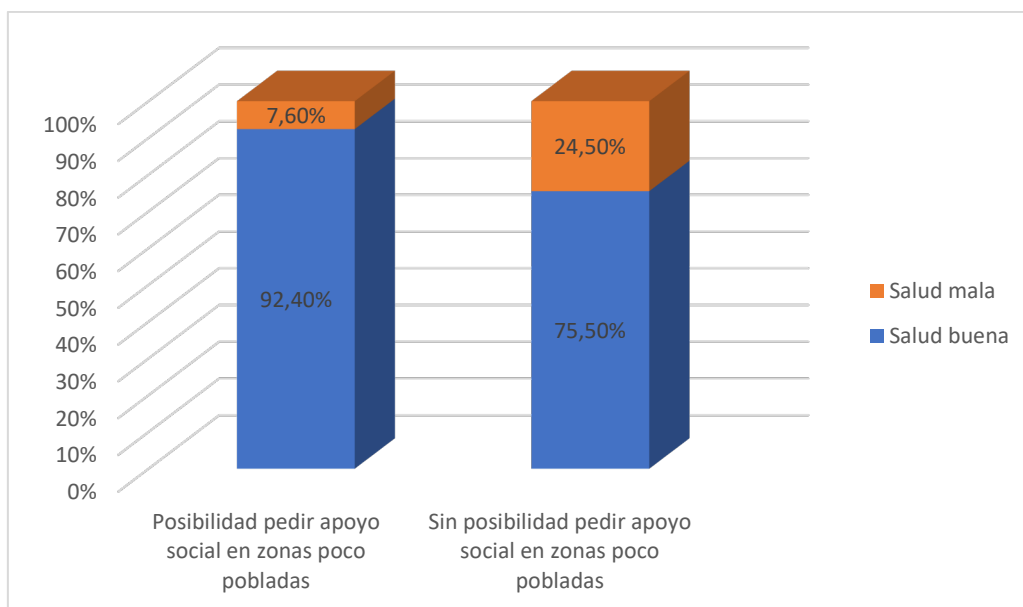
**Redes de apoyo social:** En las zonas poco pobladas, es común encontrar comunidades más estrechas y cercanas. Esto puede promover la existencia de redes de apoyo social más sólidas, donde las personas pueden recurrir a familiares, amigos, vecinos o conocidos en busca de ayuda y apoyo emocional.

**Solidaridad comunitaria:** En entornos rurales o poco poblados, las personas suelen tener mayor interacción y conocimiento mutuo. Esto puede fomentar una mayor solidaridad y disposición de las personas a brindar ayuda no material a quienes lo necesitan, lo que a su vez puede tener un impacto positivo en la salud percibida.

**Sentido de pertenencia:** Vivir en una zona poco poblada, puede generar un mayor sentido de pertenencia y conexión con la comunidad. Las personas pueden sentirse más respaldadas y cuidadas por su entorno, lo que se traduce en una mayor percepción de bienestar y salud.

**Menor estrés y presión social:** Las zonas poco pobladas suelen tener un ritmo de vida más tranquilo y menos influencia de la presión social. Esto puede contribuir a un menor estrés y a una mayor sensación de bienestar, lo que se refleja en una mejor salud percibida.

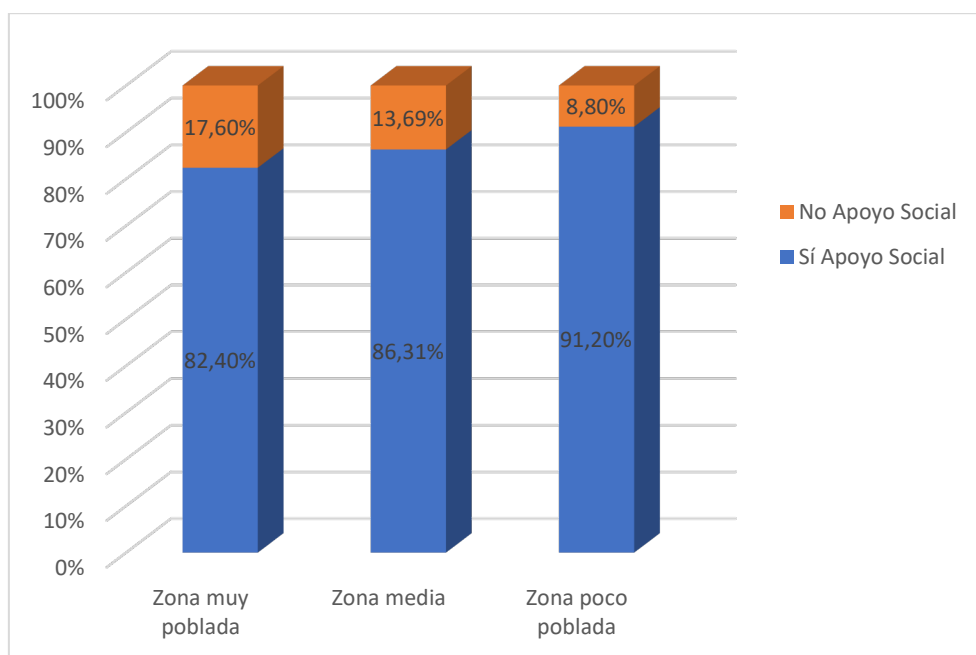
**Gráfico 10:** Diferencias entre posibilidad pedir ayuda social y salud en las zonas poco pobladas.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018

Para completar, si analizamos la capacidad de pedir apoyo social con las demás zonas de urbanización, vemos cómo sigue siendo mayor el porcentaje de posibilidad de apoyo social en las zonas poco pobladas con respecto a las demás zonas (gráfico 11), siendo todos los porcentajes superiores al 80%, algunos estudios como el de la revista de “*estudios de juventud*” del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social indican como existe una tendencia a que en estas zonas poco pobladas haya una mayor capacidad de pedir apoyo social, ya que en estas zonas la menor densidad de población y la posible falta de recursos o servicios pueden fomentar una mayor solidaridad y cooperación.

**Gráfico 11:** Diferencia entre grado de urbanización y apoyo social.

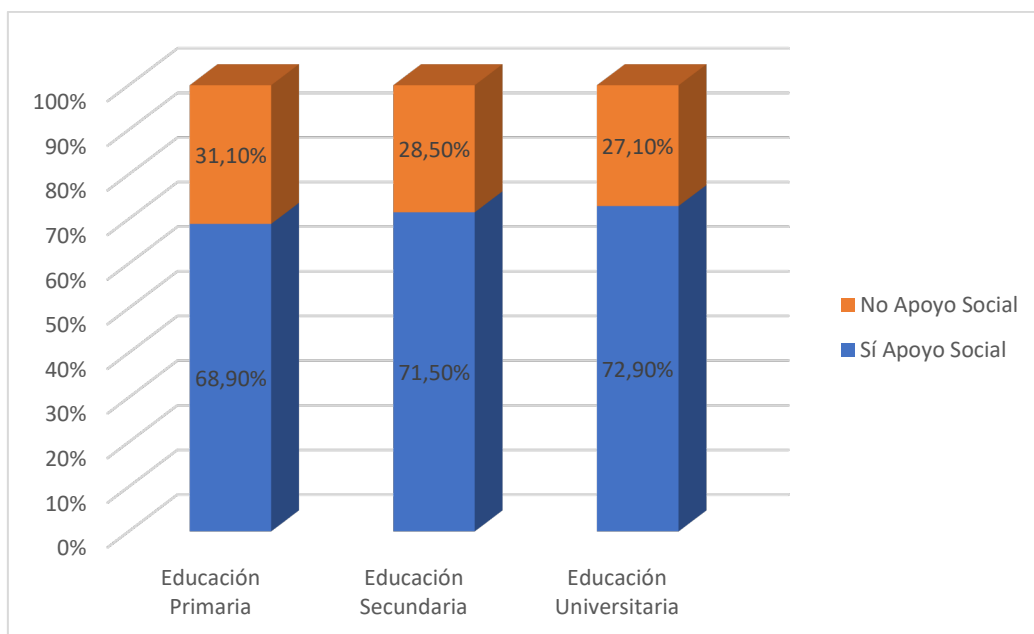


*Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018*

A modo de cumplimentar las relaciones que existen, dentro de las zonas poco pobladas, de los demás determinantes de la salud como la edad, ocupación laboral, sexo y el nivel educativo y basándonos en estudios académicos de autores como Vernon Henderson (2001) nos muestra cómo existen diferencias significativas.

En el nivel educativo, en general, es más común encontrar un nivel más bajo en las zonas poco pobladas en comparación con las zonas muy pobladas. Esto puede deberse, además, de por la población mayor que nunca estudió, a razones como la disponibilidad limitada de instituciones educativas y recursos educativos en áreas rurales (escuelas bien equipadas, programas de captación o instituciones de educación superior). La falta de acceso a una educación de calidad puede dificultar el desarrollo de habilidades y conocimientos avanzados en estas zonas, todo esto puede afectar a la capacidad de percibir apoyo social, como se muestra en el gráfico 12, según los datos de la encuesta podemos ver cómo los porcentajes rondan el 70%, siendo ligeramente superior la capacidad de pedir apoyo social en las personas cuyo nivel educativo es superior.

**Gráfico 12:** Diferencias nivel educativo con capacidad de pedir apoyo social en zonas poco pobladas.



*Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018*

En la ocupación laboral, las oportunidades laborales en zonas poco pobladas a menudo están centradas en actividades primarias, como la agricultura, ganadería, pesca etc. Estas actividades pueden requerir habilidades y niveles educativos específicos, pero tienden a estar más limitada en términos de variedad y desarrollo profesional en comparación con las zonas urbanas densamente pobladas. Las zonas muy pobladas, por otro lado, suelen ofrecer una mayor diversidad de empleos en sectores como el comercio, los servicios, la industria y la tecnología.

En cuanto a las desigualdades socioeconómicas, en las zonas poco pobladas por lo general, suele haber mayores tasas de desempleo y menor acceso a servicios y oportunidades. Estas desigualdades pueden afectar tanto al nivel educativo como a las opciones laborales en estas áreas. Por el contrario, las zonas muy pobladas tienden a tener una infraestructura más desarrollada, una mayor concentración de empresas y una mayor diversidad de servicios.

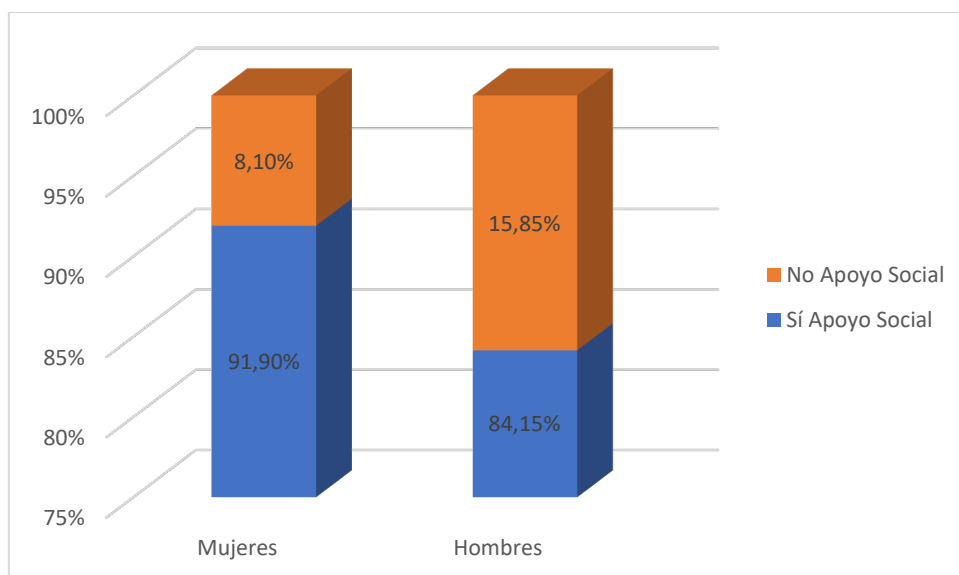
Por todo esto, debido a las diferencias en las oportunidades educativas y laborales, es frecuente que las personas que residen en zonas poco pobladas, busquen oportunidades en áreas urbanas más densamente pobladas, por lo



que la migración desde zonas rurales a zonas urbanas puede estar impulsada por la búsqueda de una educación mayor, mayores perspectivas de empleo y una calidad de vida mejorada. Esto puede contribuir a una brecha aun mayor en el nivel educativo y las ocupaciones entre zonas poco pobladas y zonas muy pobladas.

Por último, y para completar todas las variables relacionadas con la capacidad de pedir ayuda social, vamos a ver, brevemente, como varía desde una perspectiva de género, y es que los datos de la ECV muestran como las mujeres tienen una capacidad mayor de pedir ayuda social que los hombres, según un estudio sobre el apoyo social y la salud mental (Matud, Carballeira, López, Marrero, Ibañez, 2002) las razones de esto podrían ser los establecidos roles de género y es que en muchas sociedades, existen normas y expectativas de género. Por ejemplo, se han observado que los estereotipos de género tradicional pueden influir en que los hombres sean menos proclives a pedir apoyo social o a mostrar vulnerabilidad, también muestran como los hombres tienden a tener redes sociales más pequeñas y menos íntimas, lo que podrá afectar sus opciones de pedir apoyo social.

**Gráfico 13:** Diferencia de sexo y capacidad de pedir apoyo social.



*Fuente: Elaboración propia a partir de la ECV 2018*

### **3. CONCLUSIONES**

El trabajo que se presenta trata de estudiar cómo diferentes factores afectan a la salud y a la capacidad de percibir apoyo social de la población española. Para ello, se han utilizado datos procedentes de la Encuesta de Condiciones de Vida del año 2018.

El uso de la información de la ECV 2018, tiene muchas ventajas, pero también algún inconveniente. En cuanto a las ventajas, el tamaño de la muestra nos proporciona información de más de 17.000 hogares y 36.000 personas residentes en España, y la amplia y variada información que esta encuesta proporciona sobre los determinantes de la salud. Además, se ha demostrado que la salud percibida es un buen predictor para poder sacar relaciones en los análisis.

El análisis realizado tiene algunas limitaciones. En primer lugar, el carácter transversal de los datos impide ver la evolución a lo largo del tiempo que habría proporcionado mayor evidencia. En segundo lugar, la inclusión de los individuos que declararon tener un estado de salud regular dentro de la categoría de salud mala, así como, dentro de las variables de país de nacimiento, donde se simplificaron a extranjeros y españoles. Nivel educativo, donde se simplificó en educación primaria, educación secundaria y educación universitaria. Ocupación laboral, donde se simplificó en asalariados, autónomos, parados, estudiantes y jubilados e incapacitados, puede haber producido una sobreestimación de estas categorías.

El análisis descriptivo ha confirmado la mayoría de resultados de otros estudios o trabajos empíricos: la nacionalidad, la ocupación y la educación son factores fundamentales a la hora de explicar las diferencias de salud en la población española. En el caso de la nacionalidad, se obtuvo un resultado opuesto al esperado, por otro lado, la edad resulta un factor esencial a la hora de poder explicar por qué la población extranjera presenta un mejor estado de salud.

Del análisis de la influencia del entorno, se puede concluir que, tras analizar la influencia del grado de urbanización en la salud percibida, en general, se observa que las personas que viven en zonas muy pobladas tienden a reportar

una salud percibida más positiva en comparación con aquellas que viven en zonas menos pobladas, pero dichos datos están dentro de la media del país.

Dentro de las zonas poco pobladas, se llega a la conclusión que la mayoría de las personas reportan tener una buena salud. Esto se podría atribuir en términos generales, a factores como entorno con menor estrés, mayor calidad de vida o acceso a servicios adecuados.

De la influencia, en las zonas poco pobladas, de la capacidad de pedir apoyo social en la salud percibida, podemos confirmar que existe una relación significativa entre estas variables. Las personas que tienen la posibilidad de solicitar apoyo social a sus familiares, amigos, vecinos o conocidos tienden a reportar una mejor salud en comparación con aquellos que tienen dificultades para percibir esta ayuda no material.

Esta capacidad de percibir ayuda social desempeña un papel crucial en el bienestar emocional y social de las personas en zonas poco pobladas. Al contar con una red de apoyo social sólida, las personas pueden enfrentar de manera más efectiva a los desafíos y adversidades, lo que puede tener un impacto positivo en su percepción de salud.

Por último, se observó cómo influye el sexo en relación con el apoyo social, viendo cómo las mujeres adquieren un mayor porcentaje que los hombres.

Después del estudio realizado, se puede concluir que la mejor forma de atajar estas desigualdades es la importancia de fomentar y fortalecer las redes de apoyo social en las zonas poco pobladas, a través de programas comunitarios, actividades sociales, grupos de apoyo. Estas iniciativas pueden contribuir a mejorar la salud percibida y el bienestar general de las personas que residen en estas áreas poco pobladas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P. y Rabanaque, M.J. (2014): «Salud percibida y nivel educativo en España: tendencia por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)», Gaceta Sanitaria, 29, pp.37-43.

De la Cruz-Sánchez, E., Feu, S. y Vizquete-Carrizosa, M. (2013): «El nivel educativo como factor asociado al bienestar subjetivo y la salud mental en la población española» Universitas Psychologica, 12, pp.31-40.

Mataud, P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R., Ibañez, I. (2002): «Apoyo social y salud. Un análisis de género». Dialnet, pp. 1-6.

Dubos, R. (1965): El hombre y su ambiente. El Conocimiento Biomédico y la Acción Social, pp 471-479.

García, A.M. (2010): «Mercado laboral y salud. Informe SEPAS 2010», Gaceta Sanitaria, 24, pp.62-67.

Ine. Instituto Nacional de Estadística. (2018): “Cuestionario individual”. Disponible en [https://www.ine.es/metodologia/t25/ecv\\_ind18.pdf](https://www.ine.es/metodologia/t25/ecv_ind18.pdf) [consulta: 30/03/2023].

Ine. Instituto Nacional de Estadística (2005): “Encuesta de Condiciones de vida”. Disponible en [https://www.ine.es/daco/daco42/condivi/ecv\\_metodo.pdf](https://www.ine.es/daco/daco42/condivi/ecv_metodo.pdf) [consulta: 30/03/2023].

Ine. Instituto Nacional de Estadística (2005): “Encuesta de Condiciones de Vida. Metodología. Objetivos”, pp 11. Disponible en [https://www.ine.es/daco/daco42/condivi/ecv\\_metodo.pdf](https://www.ine.es/daco/daco42/condivi/ecv_metodo.pdf) [consulta: 1/04/2023].

Ine. Instituto Nacional de Estadística (2019): “Women live longer. Demography of Europe”. Disponible en <https://www.ine.es/prodyser/demografia UE/bloc-2c.html?lang=es#:~:text=Las%20mujeres%20viven%20m%C3%A1s%20que,diferencia%20de%205%2C5%20a%C3%B1os.> [consulta: 18/04/2023].

Ministerio de Política Territorial y Función Pública (2020): “Directrices Generales de la Estrategia Nacional frente al reto demográfico”, pp 6-10. Disponible en <https://www.miteco.gob.es/es/reto->

[demografico/temas/directricesgeneralesenfrd\\_tcm30-517765.pdf](#) [consulta: 23/05/2023].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2018): “Juventud rural y desarrollo”. Disponible en [https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/11/injuve\\_122.pdf](https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/11/injuve_122.pdf) [consulta: 4/07/2023].

OMS. Organización Mundial de la Salud (2020): “¿Cómo define la OMS la salud?”. Disponible en <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions> [consulta: 30/03/2023].

Pérez Bilbao J. y Martín Daza, F. (2006): «NTP 439: El Apoyo Social - INSST. El Apoyo Social», Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 1-2.

Ruiz Álvarez, M, Hugo Llorente, A y Del Llano Señarís, J. (2022): «Los Determinantes Sociales de la Salud en España (2010-2021)». Ministerio de Sanidad, pp 2-3.

Soler & Palau (2019): “Salud ambiental: Nuestro Entorno y Sus Consecuencias”. Disponible en <https://www.solerpalau.com/es-es/blog/salud-ambiental/> [consulta: 25/05/2023].

Urbanos-Garrido, R.M. y López-Valcárcel, B. (2013): «Desempleo y salud: Un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españoles», Estudios de Economía Aplicada, 31-2, pp.303-326.