



EUROPEAN ANTI POVERTY NETWORK **ES**



LA DESIGUALDAD EN LA SALUD

Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español

www.eapn.es

European Anti-Poverty Network (EAPN) es una Plataforma Europea de Entidades Sociales que trabajan y luchan contra la Pobreza y la Exclusión Social en los países miembros de la Unión Europea. La EAPN busca permitir que aquellas personas que sufren la pobreza y la exclusión social puedan ejercer sus derechos y deberes, así como romper con su aislamiento y situación, y tiene como objetivo principal situar ambas cuestiones en el centro de los debates políticos de la Unión Europea.

En España, la Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español (EAPN-ES) es una organización horizontal, plural e independiente que trabaja para trasladar este objetivo a la realidad española y por incidir en las políticas públicas, tanto a nivel europeo como estatal, autonómico y local. Actualmente está compuesta por 19 redes autonómicas y 15 entidades de ámbito estatal, todas ellas de carácter no lucrativo y con un componente común: la lucha contra la pobreza y la exclusión social. En total, EAPN-ES engloba a más de ocho mil entidades sociales en todo el Estado.

Entre nuestros objetivos, al igual que entre los objetivos de EAPN en Europa, se encuentra el de implantar un método de trabajo en Red para trabajar de manera conjunta y aunar esfuerzos para la consecución de mayores y mejores resultados en la lucha por la erradicación en España de la pobreza y la exclusión social.

EAPN ESPAÑA

C/Tribulete, 18 Local, 28012 Madrid

91 786 04 11 - eapn@eapn.es

www.eapn.es



La desigualdad en la salud

Título:

La desigualdad en la salud

Coordinación:

Secretaría Técnica EAPN-ES

Autor:

Juan Carlos Llano

Edita:

EAPN-ES

Septiembre 2019

Se permite la reproducción total o parcial de este documento siempre y cuando se citen las fuentes, respetándose el contenido tal y como está editado sin ningún tipo de tergiversación o cambio.

ÍNDICE

Introducción	
Metodología	
1. El estado de salud de la población adulta	
Autovaloración o salud percibida	
Enfermedades crónicas	
Estado de la dentadura	
Restricción, limitación de actividades y disponibilidad de ayuda	
2. Asistencia sanitaria	
Tiempo transcurrido desde la última consulta	
Pruebas realizadas	
Accesibilidad a atención médica, dental, de salud mental y medicamentos	
Prácticas preventivas	
3. Determinantes de la salud	
Índice de masa corporal (IMC)	
Consumo de tabaco	
Consumo de tabaco	
Consumo de alcohol	
Actividad física	
Alimentación	
4. Comunidades Autónomas	
Estado de salud	
Inaccesibilidad a la asistencia sanitaria por motivos económicos	
Prácticas preventivas por comunidad autónoma	
Determinantes de salud	
5. Conclusiones	
Bibliografía	

Introducción

España es el país más saludable del mundo según la edición 2019 del Índice Bloomberg Healthiest Country¹. ¿Es eso cierto? O, mejor preguntado, ¿es cierto para toda la población española? En particular, ¿es cierto para las mujeres, para las personas en desempleo, para las que viven en hábitats rurales, para las de clase social baja? ¿Es cierto para las personas pobres?

Que “la pobreza marca biológicamente durante toda la vida, del útero a la tumba”², no es sólo una frase afortunada. Diversos estudios³ epidemiológicos, de economía de la salud o de ciencias sociales, muestran que las diferencias socioeconómicas se encuentran estrechamente correlacionadas con los niveles de salud. Estas desigualdades afectan especialmente a los grupos de población más pobres y evidencian la necesidad de abordar la pobreza como un factor transversal en las políticas de salud pública. Además, se reconoce que “los factores sociales actúan sobre los procesos biológicos en etapas muy tempranas de la vida y pueden, por ello, dejar una impronta permanente en la salud, por la vía de la dotación biológica (altura, peso, función pulmonar, etc.) o de la generación de lesiones fisiopatológicas permanentes” (Rico, 2002).

Sin embargo, a pesar de esas evidencias, muchos de esos estudios también apuntan a que las principales instancias con competencias en el ámbito sanitario no ponen atención de forma específica sobre la importancia de las condiciones socioeconómicas. Por ejemplo, la OMS indica que las enfermedades crónicas “resultan de la combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales”, y las condiciones socioeconómicas, a pesar de que se reconoce que “las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las de mayor posición social”, no se consideran como factores de riesgo modificables, entre los que sí se incluyen el consumo de tabaco, la inactividad física, las dietas malsanas y el uso del alcohol⁴.

En España, el reconocimiento de la importancia de las condiciones socioeconómicas en la salud recibió un importante impulso político entre los años 2008 y 2010, especialmente durante la Presidencia española de la UE. El documento *Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España* (MSSSI, Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2009)⁵, resaltaba la importancia de la “disminución de las desigualdades entre los grupos menos privilegiados y los más privilegiados” y de la utilización de “enfoques selectivos” para tratar de mejorar la salud de la población vulnerable, y aclaraba, también, que “a menudo, las intervenciones no tienen en cuenta las desigualdades y ello hace que los grupos socioeconómicos más privilegiados se beneficien más de ellas”. El documento, además, indicaba que “España es uno de los países que tiene ya evidencia de la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud, pero donde las políticas para disminuirlas prácticamente no han entrado en la agenda política”.

A partir de las conclusiones del informe señalado, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España elaboró en mayo de 2010 su documento final *Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*, de cuyo contenido se resaltaron “por su factibilidad”⁶ veinte políticas. Nuevamente, estas políticas sufrieron una

¹ <https://www.bloomberg.com/news/articles/2019-02-24/spain-tops-italy-as-world-s-healthiest-nation-while-u-s-slips>

² <https://diariosanitario.com/la-pastilla-contrala-pobreza/>

³ Algunos ejemplos: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)32380-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)32380-7/fulltext) o

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)30191-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)30191-5/fulltext)

⁴ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

⁵ Disponible en

https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf

⁶ “Avanzando hacia la equidad: propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España”, disponible en

priorización operativa que resultó en nueve áreas de trabajo agrupadas en cuatro líneas estratégicas sobre 1) desarrollar sistemas de información sobre equidad en salud, 2) promover y desarrollar el conocimiento para avanzar hacia el concepto de “salud y equidad en todas las políticas”, 3) desarrollar un plan de apoyo integral a la salud infantil y juvenil que vele por la igualdad de oportunidades de desarrollo para todos los niños, independientemente de las condiciones de sus padres y 4) desarrollar un plan de visibilización política. Estas cuatro líneas de trabajo son las que componen la llamada Estrategia Nacional de Equidad en Salud.

Con posterioridad a ese periodo, las desigualdades sociales en salud no parecen haber formado parte de las prioridades políticas y las acciones de desarrollo de la Estrategia que aparecen, tanto en la página del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, como en el Portal Europeo sobre Desigualdades en Salud⁷ son escasas y datan de los últimos años de la década anterior.

En la actualidad más reciente, se acaba de aprobar la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023⁸, en la cual se incluye un capítulo sobre salud, dependencia y discapacidad, que, a su vez, reconoce que “cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, es más probable que tenga peor salud”, y que afirma la existencia de un “gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico”.

Además, este reconocimiento se sustancia en el Objetivo 3.1. Sanidad, que compromete a “Dar una respuesta equitativa a las necesidades de atención sanitaria y mejorar la salud de la población, en particular la de los grupos sociales más desfavorecidos”, y cuyas principales líneas de actuación expresan la necesidad de garantizar y blindar un sistema sanitario público y universal, diseñar un sistema de copago de medicamentos accesible para los colectivos más vulnerables y, especialmente, trabajar desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud y promover estrategias y programas dirigidos a mejorar la salud y estilos de vida de grupos en situación de vulnerabilidad.

El trabajo que se presenta, además de servir de punto de partida para la futura evaluación del Objetivo 3.1. Sanidad de la Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023, muestra que, 9 años después de la creación de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, y crisis económica mediante, las desigualdades socioeconómicas en salud que justificaron la creación de la Estrategia Nacional de Equidad en Salud, siguen estando vigentes, si acaso, con mayor potencia todavía.

El trabajo se estructura en cuatro capítulos generales. En primer lugar, un apartado sobre el estado de salud de la población adulta, en el que se analizan las variables de salud percibida, existencia de enfermedades crónicas y restricciones o limitación de las actividades básicas de la vida diaria. El segundo capítulo estudia la asistencia sanitaria, en el que se examinan variables como el tiempo transcurrido desde la última consulta, el número de pruebas realizadas, la atención dental, la accesibilidad a los distintos tipos de atención sanitaria y las prácticas preventivas. El tercer capítulo analiza los factores determinantes de la salud en el que se estudian aspectos como el índice de masa corporal, el consumo de tabaco y alcohol, la actividad física y la alimentación.

Finalmente, el trabajo se completa con un capítulo sobre comunidades autónomas en el que se muestran algunos datos que evidencian las diferencias de salud entre ellas.

Todas estas cuestiones se estudian a partir del análisis de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017 (INE, Encuesta Nacional de Salud, s.f.). Se exploran las diferencias en la salud que pueden producirse en función de algunas variables de posición social, tales como la clase y la situación de pobreza. Además, se analizan diferencias en función de variables de segmentación que se han mostrado

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politiclas_Reducir_Desigualdades.pdf

⁷ <http://www.health-inequalities.eu/about-hi/at-national-level/spain/>

⁸ Disponible en: https://eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1553262965_estrategia_prev_y_lucha_pobreza_2019-23.pdf

La desigualdad en la salud

relevantes en los estudios sobre pobreza. Entre ellas, están el sexo, el nivel educativo, la nacionalidad, la situación laboral, el hábitat y el territorio.

En este punto, es importante recordar que la crisis económica y las nuevas condiciones económicas y laborales derivadas de ella, no sólo han producido un aumento de la desigualdad, sino que han modificado profundamente el perfil histórico de la pobreza. En este sentido, importantes sectores de la clase media entre los que se encuentran muchas personas jóvenes, tituladas universitarias, personas con trabajo y personas mayores se han incorporado a los grupos en pobreza¹⁶. Dado que ser pobre y pertenecer a la clase media han dejado de ser categorías excluyentes, puede concluirse que tampoco clase baja y pobreza son situaciones equivalentes, lo que justifica un análisis separado de los datos en función de la clase social y de las condiciones de pobreza.

En las siguientes páginas se verá que, para la práctica totalidad de las variables analizadas, las personas mayores de 15 años muestran diferencias significativas en función del sexo, de la edad, de la clase social, de la situación laboral de la persona de referencia de cada hogar y de la condición de pobreza de la persona⁹.

⁹ En relación a las tablas y gráficos que se presentan a lo largo del Informe, dado que los datos están redondeados a un decimal puede ser que la suma de cada variable no sea exacta de 100%.

Metodología

Todos los gráficos, tablas y datos contenidos en este informe son de elaboración propia a partir del análisis de microdatos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE) y recogidos en su Encuesta de Nacional de Salud (ENSE) del año 2017 (INE, Encuesta Nacional de Salud, s.f.), que “constituye la principal fuente de información sobre la salud percibida por la población residente en España”¹⁰. El principal objetivo de la encuesta es disponer de información subjetiva sobre el estado de salud de las personas, el grado de utilización de los servicios sanitarios y aquellos aspectos sociales y económicos que determinan su salud.

En primer lugar, en lo que respecta a la ENSE, está dirigida al conjunto de personas que residen en viviendas familiares principales (no se considera la población institucionalizada) y los datos fueron recogidos entre octubre de 2016 y octubre de 2017. El INE justifica este largo período por la necesidad de recopilar datos afectados por la estacionalidad.

Para cada hogar se recoge información general sobre todo sus miembros y especialmente sobre la persona de referencia, que se define como la que más aporta al presupuesto común. Además, se recoge toda la información de salud de una persona de 15 años o más y, si corresponde, la de un menor entre 0 y 14 años¹¹; ambas personas se seleccionan aleatoriamente entre los miembros del hogar. En su conjunto, para 2017, se recoge información de 23.860 hogares, con lo que se obtiene una muestra, de 23.089 personas adultas y 6.106 menores de 15 años.

En segundo lugar, este informe contiene datos referidos a la población de 15 años o más años de edad. En general, la gran mayoría de las variables se han segmentado por sexo, edad, nivel educativo, hábitat, clase social y situación de pobreza. Dado que el principal objetivo de este trabajo es analizar si existen diferencias de salud en función de variables socioeconómicas, cobra especial importancia la definición de las variables de corte.

Nivel educativo

La ENSE facilita una variable de mayor nivel educativo alcanzado, con nueve categorías basadas en agregaciones de los códigos de la Clasificación Nacional de Educación CNED₁₄-A. Con el fin de simplificar el análisis, las categorías se han agrupado en tres niveles más generales según el siguiente detalle:

1. Educación básica o menos
 - a. No sabe leer o escribir
 - b. Educación Primaria incompleta (Ha asistido menos de 5 años a la escuela)
 - c. Educación Primaria completa
 - d. 1ª etapa de E. Secundaria, con o sin título (2º ESO aprobado, EGB, Bachillerato Elemental)
2. Educación media
 - a. Estudios de Bachillerato
 - b. Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes
3. Educación superior
 - a. Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes
 - b. Estudios universitarios o equivalentes

Hábitat

Contiene las categorías “Urbano” y “Rural”, que se definen a partir del tamaño de municipio. Se consideran rurales todos los municipios con menos de 10.000 habitantes y urbanos el resto.

¹⁰ (INE, Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Informe Metodológico)

¹¹ Este informe sólo estudia la desigualdad de la salud para las personas de 15 o más años de edad.

La desigualdad en la salud

Clase social

La ENSE dispone de una variable que contiene seis categorías de clase social basadas en la ocupación de la persona de referencia del hogar según la clasificación de niveles socioeconómicos de la Sociedad Española de Epidemiología. La persona de referencia, o sustentador principal, es el miembro del hogar que más aporta regularmente al presupuesto del hogar para sufragar los gastos comunes del mismo.

Las categorías son:

1. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
2. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
3. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
4. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
5. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
6. Trabajadores/as no cualificados/as.

Para los propósitos de este trabajo y con el fin de simplificar la interpretación de los datos, se define la clase "Alta", como la agrupación de las categorías 1 y 2; "Media" como la agrupación de las categorías 3 y 4, y "Baja" como la agrupación de las categorías 5 y 6.

Pobreza

Se emplea la definición de Riesgo de pobreza utilizada por Eurostat; es decir, se consideran pobres aquellas personas que viven en hogares con una renta neta por unidad de consumo¹² inferior a un límite o umbral de pobreza que se calcula para cada año como el 60% de la mediana nacional de ingresos. Para el año 2017, este umbral quedó establecido en 8.522 € anuales, o, lo que es lo mismo, 710 € mensuales.

Para conocer si un hogar está en condición de pobreza, entonces, es necesario calcular sus ingresos por unidad de consumo y compararlos con el umbral indicado. Dado que la ENSE provee información de todos los miembros del hogar y su edad, resulta sencillo calcular las unidades de consumo. Sin embargo, no es posible disponer de una cifra concreta de ingreso neto del hogar que pueda dividirse por las unidades de consumo, puesto que el ingreso viene expresado en forma de intervalo, lo que obliga a una estrategia alternativa.

Los intervalos originales de ingreso neto son los siguientes:

- Menos de 570 euros.
- De 570 a menos de 800 euros.
- De 800 a menos de 1.050 euros.
- De 1.050 a menos de 1.300 euros.
- De 1.300 a menos de 1.550 euros.
- De 1.550 a menos de 1.800 euros.

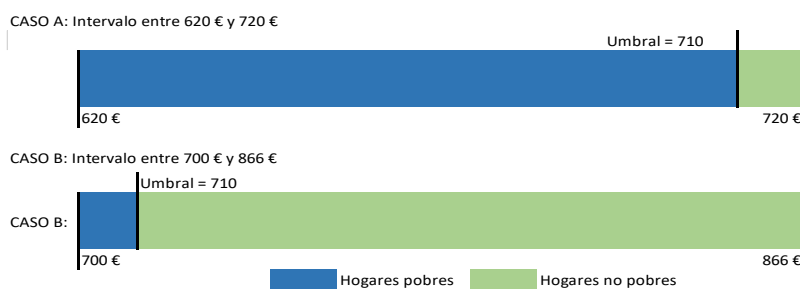
¹² La utilización de unidades de consumo proviene de aplicar a los hogares el concepto de economías de escala, y supone que el gasto conjunto de varias personas que residen en un mismo hogar es inferior al que tendrían cada uno por separado. Existen varias escalas y, para el cálculo de la pobreza, se utiliza la escala de equivalencia de la OCDE modificada, que valora a la primera persona del hogar como 1 unidad de consumo, a los restantes adultos (para esta cuestión se consideran adultos a personas de 14 años o más) como 0,5 unidades de consumo cada uno y a los menores como 0,3 unidades de consumo cada uno. Por ejemplo, un hogar con dos adultos y dos menores, es decir, de cuatro personas, tiene $1 + 0,5 + 2 \times 0,3 = 2,1$ unidades de consumo equivalente.

- De 1.800 a menos de 2.200 euros.
- De 2.200 a menos de 2.700 euros.
- De 2.700 a menos de 3.600 euros.
- De 3.600 a menos de 4.500 euros.
- De 4.500 a menos de 6.000 euros.
- De 6.000 euros en adelante.

En primer lugar, es necesario convertir los intervalos de ingreso neto en intervalos por unidad de consumo. Para ello, se dividen los límites del intervalo que le corresponde a cada hogar por su número de unidades de consumo. Por ejemplo, si un hogar tiene 2,1 unidades de consumo equivalente y sus ingresos totales están en el intervalo entre 2.200 € y 2.700 €, quiere decir que sus ingresos por unidad de consumo están entre 1.047 € y 1.285 € ($2.200/2,1=1.047$ y $2.700/2,1= 1.285$). Con esta transformación se obtienen 243 intervalos que corresponden a distintas combinaciones de valores mínimos y máximos de los intervalos en función de las diferentes unidades de consumo que pueden encontrarse. Por ejemplo, hay 989 hogares cuyos ingresos por unidad de consumo están entre 533 € y 700 €; 1.306 cuyos ingresos por unidad de consumo están entre 570 € y 800 €; otros 161 hogares cuyos ingresos están entre 722,08 € y 861 €, y así sucesivamente.

En segundo lugar, se asigna un estado de pobreza a los hogares en función del resultado de comparar los intervalos con el valor del umbral de pobreza. Los casos anteriores son ejemplos que muestran las tres situaciones posibles que pueden darse con respecto al umbral de pobreza. En el primer caso, el valor mínimo y el máximo están por debajo del umbral de pobreza y, por tanto, todos los hogares de ese intervalo son pobres; en el tercero, el valor mínimo y el máximo están por encima del umbral de pobreza y, por tanto, éstos 161 hogares no son pobres. Para el segundo ejemplo, el umbral de pobreza cae dentro del intervalo, con lo cual dentro del mismo se encuentran algunos hogares pobres y otros que no lo son. Dado que no es posible identificar cuáles son, entonces todos los hogares del intervalo se clasifican como "No determinado". Este proceso permite determinar la situación de pobreza de un 83,1% de todos los hogares para los cuales existen datos de ingresos.

En tercer lugar, dentro del grupo no determinado, es posible estimar con aceptable precisión la situación de pobreza de los hogares en algunos intervalos. Por una parte, se identifican los intervalos de ingresos en los cuales el valor de alguno de sus límites se sitúa muy cercano¹³ al umbral de pobreza. Por ejemplo, existen 80 hogares cuyos ingresos están entre 620 € y 720 € y 816 hogares cuyos ingresos están entre 700 € y 866 €. En estos casos, si se recuerda que el umbral es de 710 €, es posible suponer que una gran mayoría de los hogares del primer grupo serán pobres, y una gran mayoría del segundo grupo no lo serán (ver imagen siguiente).



Por otra parte, de la Encuesta de Condiciones de Vida (ECV) es posible obtener el porcentaje de pobreza de los hogares cuyos ingresos caen dentro de los intervalos dudosos. Para la estimación sólo se tienen en cuenta aquellos intervalos en los cuales el 100% de los hogares comparten una determinada situación de pobreza, es decir, o bien son todos pobres, o bien ninguno es pobre.

Finalmente, la combinación de ambos criterios determina la estimación. Así, se consideran pobres aquellos hogares que pertenecen a un intervalo de ingresos cuyo límite superior está muy cerca del

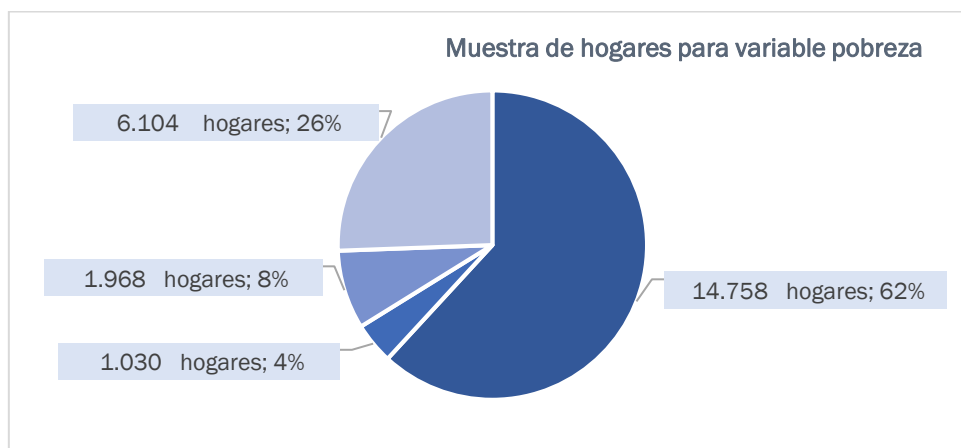
¹³ Después de algunas pruebas, se ha considerado una diferencia máxima del 2,5% del valor del intervalo que se compara con el umbral.

La desigualdad en la salud

umbral (diferencia inferior al 2,5% del límite superior, caso A del gráfico anterior) en los cuales se cumple, además, que el 100% de los hogares que se entrevistan en la ECV 2017 cuyos ingresos están en idéntico intervalo son pobres. Por el contrario, se consideran no pobres aquellos hogares que pertenecen a un intervalo de ingresos cuyo límite inferior está muy cerca del umbral (diferencia inferior al 2,5%, caso B del gráfico anterior) y que, además, en la ECV 2017, el 100% de los hogares cuyos ingresos están en idéntico intervalo no son pobres.

De esta forma, se consigue asignar una estimación de pobreza a un 5,8% de los hogares para los cuales existen datos de ingreso, lo que, sumado al 83,1% anterior, permite estudiar la situación de pobreza para 15.788 hogares que suponen el 88,9% de aquellos para los cuales existen datos de ingresos. Todas las segmentaciones por pobreza se calculan, entonces, con las personas que pertenecen a este grupo de hogares y el resto con el total.

Finalmente, la muestra contiene otros 6.104 hogares para los cuales no dispone de información sobre ingresos, con lo cual, para la variable pobreza, la distribución de la muestra de hogares queda como se ve en la siguiente imagen.



En resumen, el tamaño de la muestra para segmentar la variable pobreza es de 15.788 hogares y de 23.860 para el resto de las variables¹⁴.

¹⁴ Dado que no todas las personas contestan a todas las preguntas de la encuesta, para el estudio de algunas variables, este tamaño puede ser menor en función de la tasa de respuesta concreta.

ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA

1.1. AUTOVALORACIÓN O SALUD PERCIBIDA

El estado de salud percibida muestra la apreciación subjetiva que las personas tienen sobre su propia salud física y mental. No necesariamente coincide con la salud real de la persona, pero se considera un indicativo importante de la esperanza de vida, de tener enfermedades crónicas y de la utilización de servicios sanitarios. Además, es fácil de medir y está libre de prejuicios médicos relacionados con el género, la edad, la etnia y otros. Eurostat considera que la salud percibida “es una de las medidas de la salud más sencillas y cuya relación con la utilización de servicios y la mortalidad ha sido establecida en numerosos estudios (...) es válida como medida general de la salud y se ha mostrado asociada a la enfermedad y a los componentes de valoración subjetiva de la salud”³⁵.

El estado de salud de la población de 15 o más años es, en general, bueno, pues algo más del 70% de la población considera que su salud es muy buena o buena. Por el contrario, sólo el 8,3% considera que es mala o muy mala. Sin embargo, el análisis de los datos revela que existen diferencias significativas en el estado de salud percibido por edad, sexo, nivel educativo, nacionalidad, hábitat, situación laboral, clase social y grado de pobreza del hogar en el que se vive.

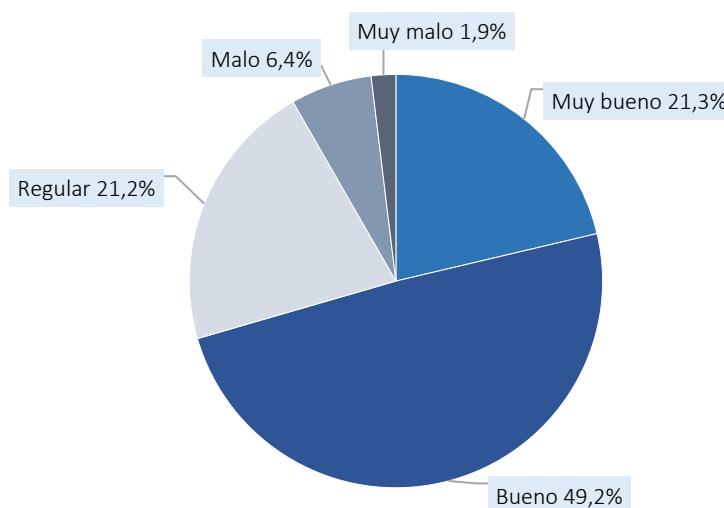


Gráfico 0.1 Estado de la Salud percibido (Población de 15 o más años).

1.2.1 Edad y sexo

Las diferencias por edad y sexo son conocidas y aparecen en la práctica totalidad de los estudios de salud. En general, la apreciación negativa de su propia salud aumenta con la edad y, para todas ellas, los hombres valoran mejor su estado de salud que las mujeres. Así, se encuentran diferencias significativas

³⁵ (Eustat, s.f.): http://www.eustat.eus/documentos/opt_o/tema_16/elem_1745/definicion.html

La desigualdad en la salud

en todos los grupos de edad, que varían desde el 9,1% de las personas entre 15 y 24 años que consideran que su salud es regular, mala o muy mala hasta dos de cada tres personas que lo hacen entre aquellas mayores de 75 años.

Según el sexo, una de cada tres mujeres (33,5%) y sólo uno de cada cuatro hombres (25,2%) considera que su salud es regular, mala o muy mala. Además, tal como puede verse en el Gráfico 0.2 Estado de salud percibido según edad (% regular, malo o muy malo) las diferencias se mantienen para todos los grupos de edad, aunque con una intensidad decreciente hasta los 64 años. A partir de los 65 años, las diferencias por sexo reaparecen con intensidad y se incrementan hasta los 13 puntos porcentuales (34,1% de diferencia) para, finalmente, volver a reducirse en los últimos años de la vida.

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
De 15 a 24 años	42,8%	48,1%	7,6%	1,3%	0,3%
De 25 a 34 años	36,6%	50,4%	10,9%	1,8%	0,3%
De 35 a 44 años	26,0%	54,8%	15,3%	3,0%	0,8%
De 45 a 54 años	17,9%	54,8%	20,4%	5,3%	1,7%
De 55 a 64 años	10,8%	49,6%	27,7%	8,8%	3,0%
De 65 a 74 años	8,4%	46,3%	32,0%	10,8%	2,5%
De 75 a 84 años	4,2%	32,4%	40,8%	16,9%	5,6%
De 85 y más años	4,0%	28,4%	40,8%	19,7%	7,1%
Total	21,3%	49,2%	21,2%	6,4%	1,9%

Tabla 0-1 Valoración del estado de salud percibido según edad (grupos de 10 años).

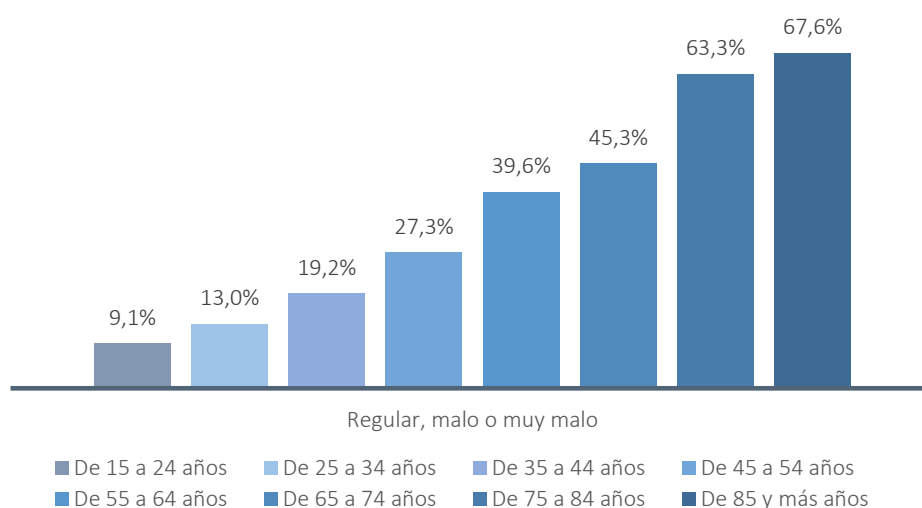


Gráfico 0.2 Estado de salud percibido según edad (% regular, malo o muy malo)

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Hombre	23,5%	51,3%	18,6%	5,1%	1,5%
Mujer	19,2%	47,2%	23,6%	7,6%	2,4%

Total	21,3%	49,2%	21,2%	6,4%	1,9%
-------	-------	-------	-------	------	------

Tabla o-2 Estado de salud percibido según sexo.

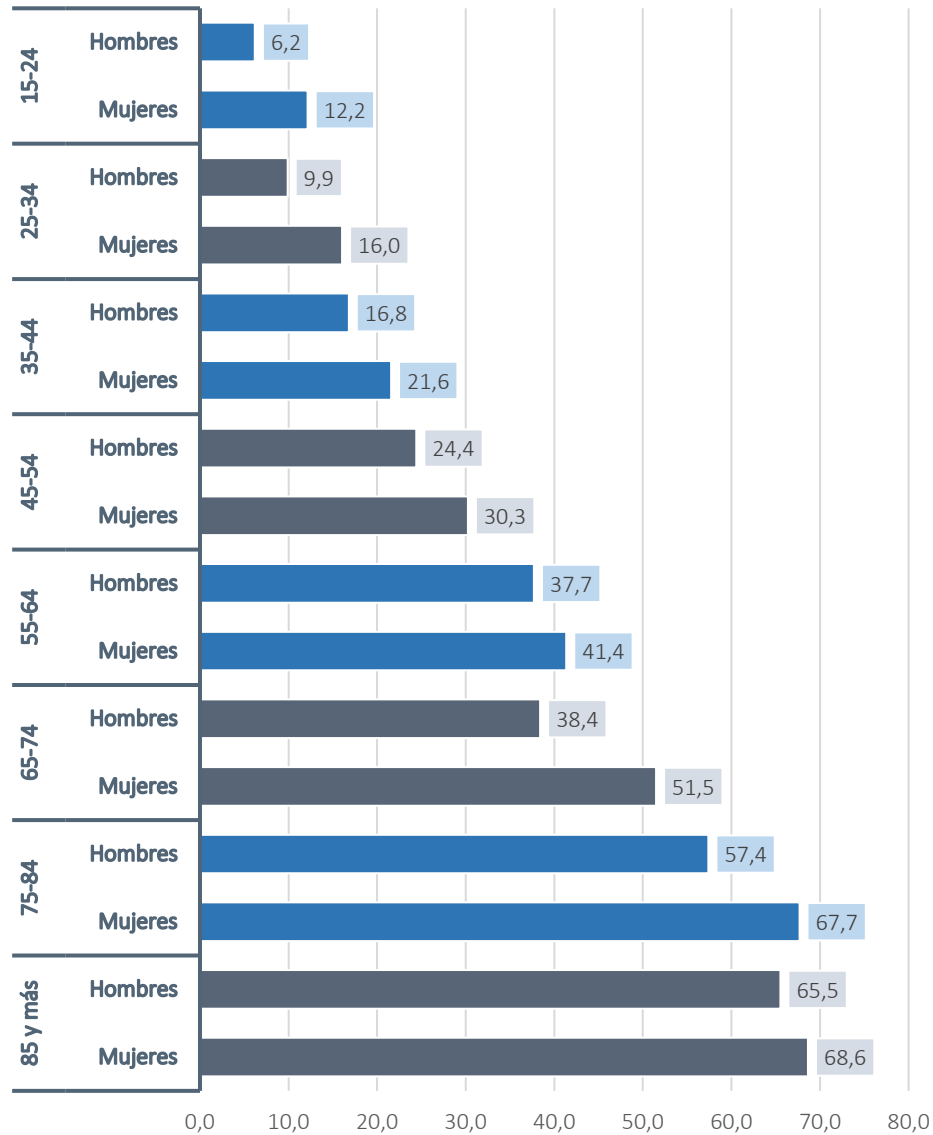


Gráfico o.3 Estado de salud percibido según edad y sexo (% regular, malo o muy malo).

1.2.2 Nivel educativo

Diferentes estudios han mostrado la relación entre el nivel educativo alcanzado, el nivel socioeconómico, los estilos de vida y el bienestar de las personas. Los resultados muestran que existen diferencias significativas en la salud percibida para todos los grupos y también cuando se controla la edad: para cada grupo etario, cuanto menor es el nivel educativo, mayor es el porcentaje de personas que declaran tener

La desigualdad en la salud

una salud deficiente. Además, tal como muestra el siguiente gráfico, las diferencias entre los extremos son amplias y casi el doble de las personas con nivel educativo básico o inferior manifiestan un estado de salud regular, malo o muy malo, con respecto a aquellas con estudios superiores.

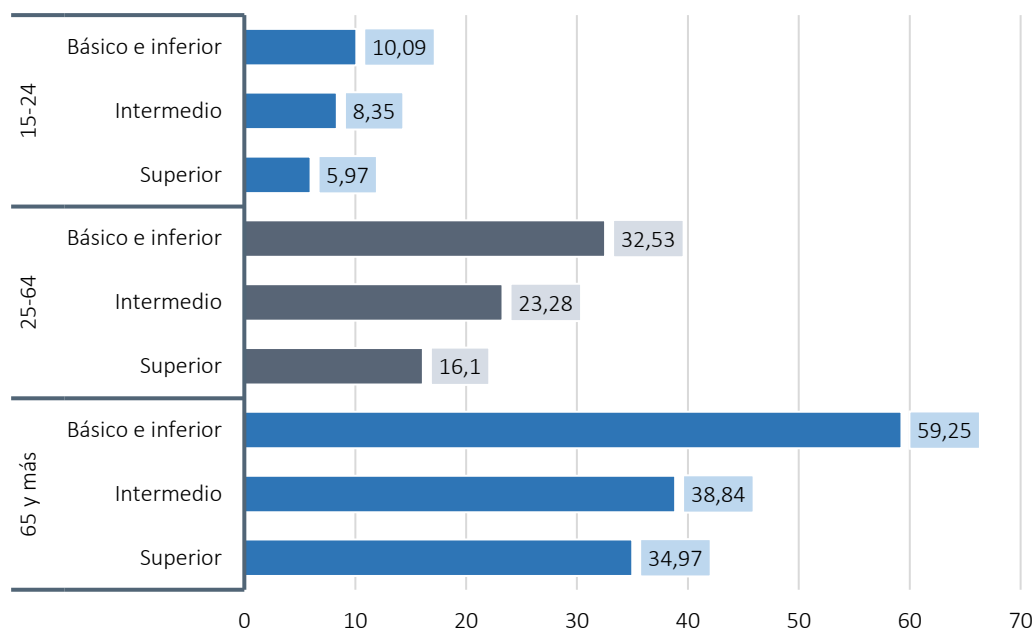


Gráfico 0.4 Estado de salud percibido según edad y nivel educativo (% regular, malo o muy malo).

1.2.3 Nacionalidad

El estado de salud percibido muestra diferencias significativas entre las personas con nacionalidad española y aquellas que no la tienen. En general, el 77,4% de las personas extranjeras (más de tres de cada cuatro) considera que su estado de salud es bueno o muy bueno, lo que contrasta con el 69,8% en el caso de las españolas. Según los grupos de edad, estas diferencias tienen algunas variaciones. Así, valoran peor su salud las personas extranjeras jóvenes entre 15 y 24 años (11,7% consideran que su salud es regular, mala o muy mala, con respecto al 8,8% de las españolas); sin embargo, este grupo es bastante pequeño y sólo supone el 11,4% del total de extranjeros. Para el grupo de adultos y de personas mayores, la salud percibida es claramente mejor entre las personas extranjeras.

Por otra parte, es necesario destacar que estos resultados son contraintuitivos con respecto a las características socioeconómicas de las personas inmigrantes y la relación entre estas características y la salud percibida. En este sentido, los datos de vulnerabilidad, desempleo, pobreza y exclusión son más elevados entre las personas inmigrantes¹⁶ y, tal como muestran los datos de este informe, las personas pobres, desempleadas y/o de clase baja perciben peor el estado de su salud que el resto de la población.

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Española	20,5%	49,3%	21,5%	6,7%	2,1%
No Española	28,9%	48,4%	18,6%	3,3%	0,7%
Total	21,3%	49,2%	21,2%	6,4%	1,9%

¹⁶ Consultar *VIII Informe sobre el Estado de la Pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España* (EAPN-España, 2018), disponible en: <https://www.eapn.es/estadodopobreza/>

Tabla o-3 Estado de salud percibido según nacionalidad

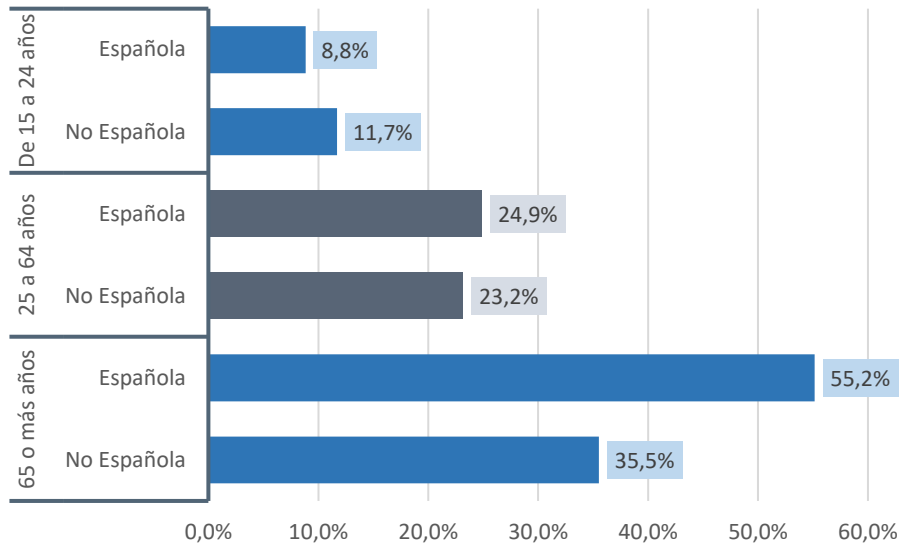


Gráfico o.5 Estado de salud percibido según edad y nivel educativo (% regular, malo o muy malo).

1.2.4 Hábitat

También se han encontrado diferencias significativas en el estado de salud percibido según si se reside en áreas rurales o urbanas. El gráfico siguiente muestra que un porcentaje algo mayor de las personas que residen en municipios con menos de 10.000 habitantes (hábitat rural) consideran que su salud es regular, mala o muy mala (31,9%), con respecto a las personas que viven en el resto de municipios (28,8%). Si se analizan los resultados según la edad, las diferencias por hábitat se mantienen para los adultos y para las personas de 65 años o más.

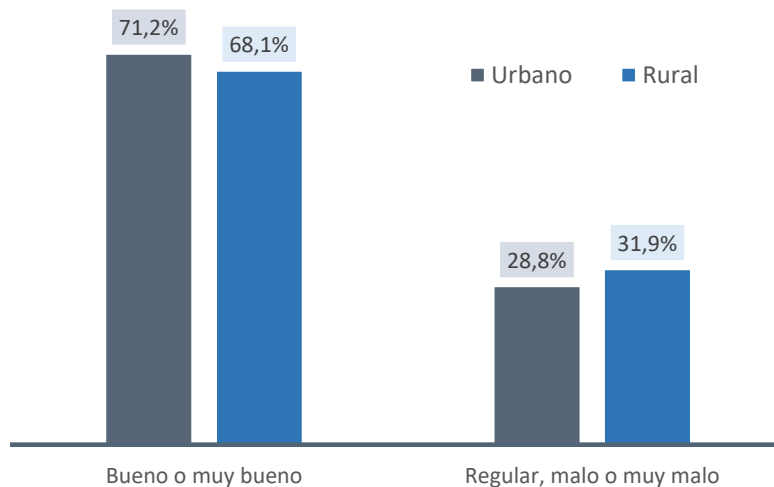


Gráfico o.6 Estado de salud percibido en función del hábitat de residencia

La desigualdad en la salud

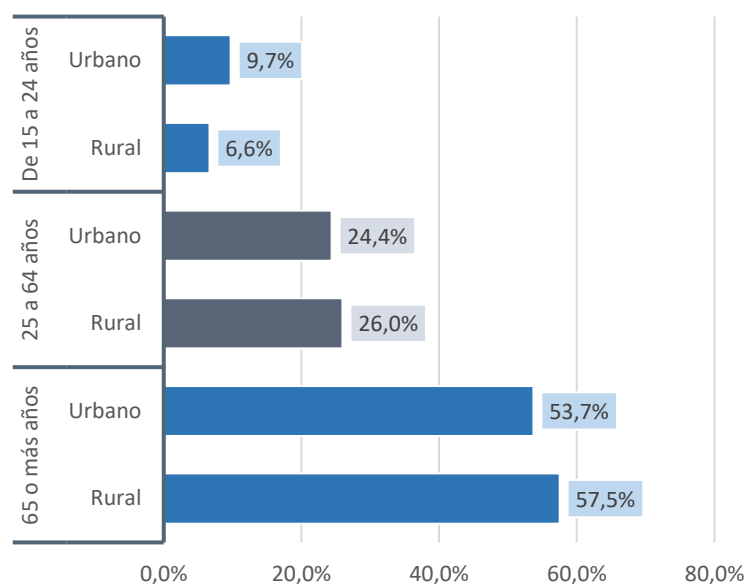


Gráfico 0.7 Estado de salud percibido según edad y hábitat (% regular, malo o muy malo)

1.2.5 Situación laboral

Es evidente que las personas que están estudiando disfrutarán de un estado de salud mejor que el resto, pues en su mayoría son jóvenes; y que las personas que están jubiladas o incapacitadas para trabajar, o bien mayores, o bien con diversos grados de enfermedad, mostrarán valoraciones más negativas. Esto es así, efectivamente, tal como muestran los datos de la tabla siguiente, en los cuales el 92% de las personas mayores de 15 años que están estudiando consideran que su estado de salud es bueno o muy bueno. Por otra parte, sólo están en el mismo caso una de cada cinco personas incapacitadas para trabajar (20,6%) y algo menos de la mitad de las personas jubiladas (47,5%).

Sin embargo, también se muestra que el hecho de tener un trabajo o estar en desempleo tiene una influencia importante en el estado de salud percibido. Esta cuestión está suficientemente documentada en muchos estudios¹⁷, y entre los modelos explicativos de esa relación están la necesidad de mantener un cierto control sobre el trabajo, el estrés y la insuficiencia económica. Así, los datos muestran que sólo el 18,6% de las personas que tienen un trabajo opina que su estado de salud es regular, malo o muy malo; sin embargo, esta misma consideración se incrementa en nueve puntos porcentuales (27,4%) cuando se trata de personas en desempleo y a más del doble (43,6%) cuando se trata de personas que ejercen las *labores del hogar*¹⁸, la práctica totalidad, mujeres.

¹⁷ Por ejemplo, (Janlert & Hammarström, 2009), disponible en: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-235>

¹⁸ Denominación utilizada por el INE

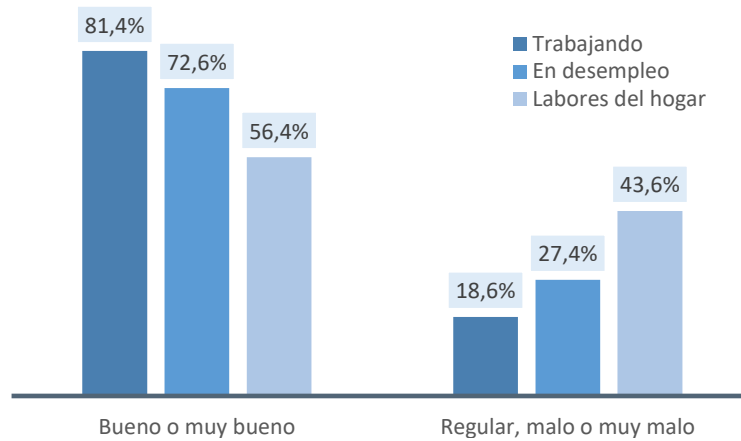


Gráfico o.8 Estado de salud percibido en función de la situación laboral

1.2.6 Clase social

Tal como se explica en el apartado metodológico, la clase social se construye a partir de la ocupación de la persona de referencia o sustentador principal del hogar, que es la que más aporta para el presupuesto conjunto. La ENSE ofrece una variable con seis categorías de clase social que, con el fin de facilitar la interpretación de los datos, se han agrupado en tres. La clase alta, que agrupa las categorías de directores y gerentes de establecimientos y profesionales de apoyo técnico asociados a titulaciones universitarias; la clase media, que agrupa las ocupaciones intermedias, trabajadores por cuenta propia y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas, y la clase baja, que agrupa a trabajadores semicualificados y no cualificados¹⁹.

Los datos muestran que mientras más baja es la clase social, las diferencias en salud percibida se incrementan con intensidad. Así, el porcentaje de personas de clase baja que consideran que su salud es mala o muy mala es del 9,9%, cifra que triplica los mismos datos de la clase alta (3,3%). La inclusión de la categoría "regular" en el análisis, reduce un poco las diferencias, pero, aun así, se mantienen elevadas: para la clase baja, el 34,6% de las personas considera que su salud es regular, mala o muy mala, cifra que es prácticamente el doble de la obtenida para la clase alta (18,2%).

Por otra parte, si se controlan los datos por edad, tal como puede verse en el gráfico siguiente, las diferencias se mantienen para todos los grupos. Para los más jóvenes, la diferencia entre la clase alta y baja de los que perciben su salud como regular, mala o muy mala es de 2,8 puntos porcentuales (35% más elevada). Estas distancias se incrementan enormemente para las personas adultas entre 25 y 64 años, entre las cuales la diferencia entre la clase alta y baja pasa desde el 15,3% hasta el 29,5%, es decir, prácticamente el doble. Finalmente, entre las personas mayores de 65 años, la diferencia es de 25 puntos porcentuales (69% más elevada entre las personas de clase baja).

¹⁹ Para más detalles, consultar apartado de Metodología.

La desigualdad en la salud

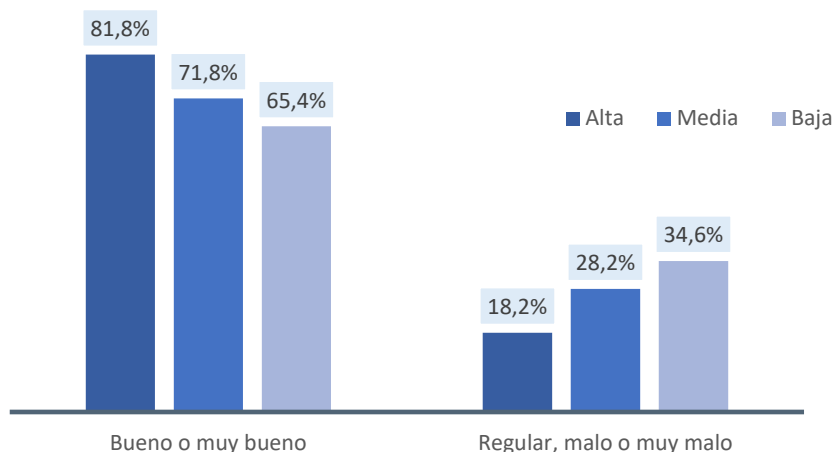


Gráfico 0.9 Estado de salud percibido en función de la clase social

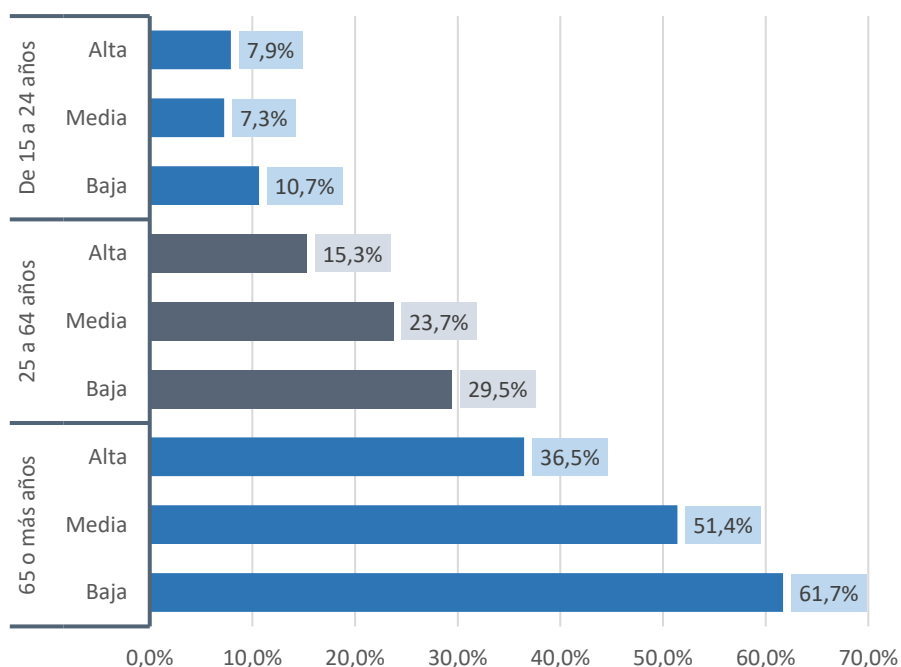


Gráfico 0.10 Estado de salud percibido según edad y clase social (% regular, malo o muy malo)

1.2.7 Pobreza

Como ya se ha indicado, la *Estrategia Nacional de Prevención y Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023*, afirma la existencia de un “gradiente social de la salud que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico”. La “base del espectro socioeconómico” no es otra cosa que la pobreza, y los datos que se muestran a continuación confirman esa gradiente en España.

El porcentaje de personas pobres que consideran que su salud es mala o muy mala es del 11,4%, cifra que prácticamente duplica los datos de las personas no pobres (6,6%). Al igual que lo que sucede entre clases sociales, la inclusión de la categoría “regular” en el análisis, reduce un poco las diferencias, pero, aun así, se mantienen elevadas: el 37,4% de las personas pobres considera que su salud es regular, mala o muy mala, cifra que está algo más de 11 puntos porcentuales por encima de medida para las personas no pobres (26,2%), es decir, una diferencia entre ambas del 43%.

	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
Hogar pobre	15,4%	47,2%	26,0%	8,9%	2,5%
Hogar no pobre	20,8%	53,0%	19,6%	5,1%	1,6%

Tabla 0-4 Estado de salud percibido en los últimos 12 meses según riesgo de pobreza

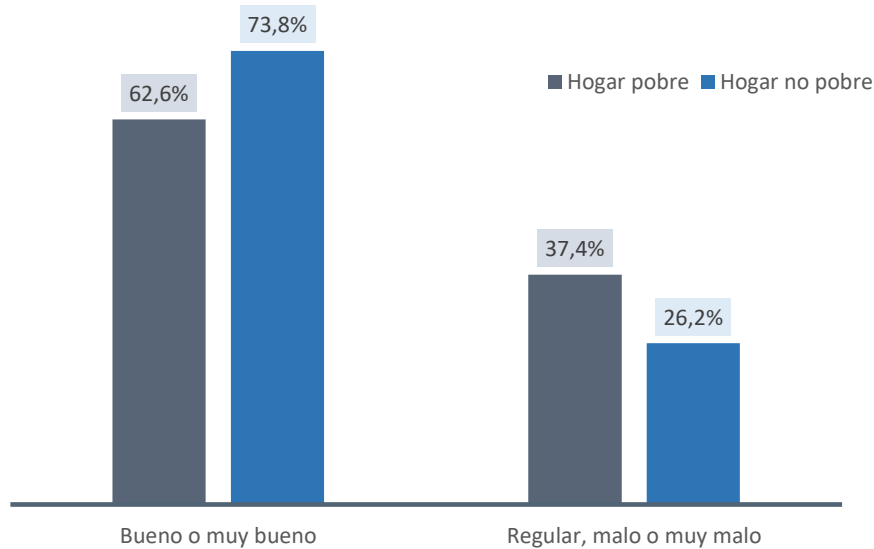


Gráfico 0.11 Estado de salud percibido según riesgo de pobreza (población de 15 o más años)

Por otra parte, estas diferencias se mantienen tanto si se controlan los datos por sexo como por edad. Así, como puede verse en los dos gráficos siguientes, las mujeres pobres tienen peor percepción de su salud con respecto al resto de las mujeres (perciben su salud como regular, mala o muy mala, el 40,1% y el 30,3%, respectivamente) y lo mismo sucede en el caso de los hombres, con diferencias aún más amplias (34,5% y 22,2%, respectivamente). Con respecto a la edad, tanto para los jóvenes, como para los adultos, como para las personas mayores, los porcentajes de aquellas que tienen una percepción regular, mala o muy mala de su estado de salud son mucho más altos entre las personas que viven en hogares pobres.

La desigualdad en la salud

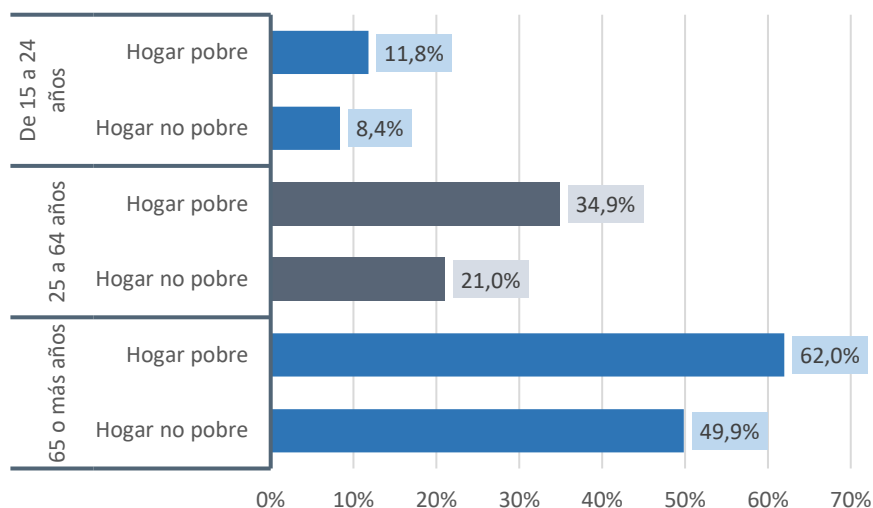


Gráfico 0.12 Estado de salud percibido según edad y riesgo de pobreza (% regular, malo o muy malo)

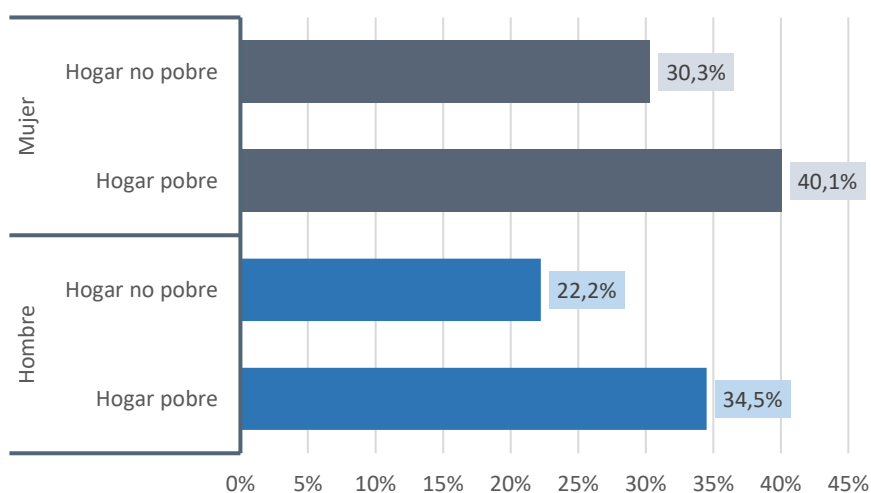


Gráfico 0.13 Estado de salud percibido según sexo y riesgo de pobreza (% regular, malo o muy malo)

1.2. ENFERMEDADES CRÓNICAS

Las enfermedades crónicas constituyen el mayor problema de salud de todos los países desarrollados y suponen la mayor carga económica para sus sistemas sanitarios. Muchas de ellas tienen una causa multifactorial o poco clara, y se ven influidas por las condiciones de vida de las personas que las padecen, tanto en lo que respecta a su origen como a su evolución posterior. Además, todos los factores de riesgo individuales que se conocen, tales como, obesidad, sedentarismo, tabaquismo o consumo de alcohol, entre otros, están fuertemente influenciados por características socioeconómicas con componentes fuertemente estructurales, tales como el nivel educativo, la clase social y otras.

Por otra parte, los aspectos del tratamiento también son importantes en estas enfermedades pues exigen un seguimiento para toda la vida. Así, el tratamiento, las visitas al médico, las importantes terapias complementarias que no están financiadas por la sanidad pública, el cuidado y apoyo social, el control de las medicinas en casos de personas con dificultades cognitivas, etc., dependen fundamentalmente de las condiciones socioeconómicas.

También afectan a la discapacidad. Normalmente se insiste mucho en que España es el país con la esperanza de vida más alta, pero no se insiste tanto en la esperanza de vida saludable o sin discapacidad, que en 2016 era de 66,5 años para las mujeres (77% de su esperanza de vida) y de 65,9 años para los hombres (81,9% de su esperanza de vida). En términos comparativos, entre los países de la Unión Europea, España ocupa el puesto número 12 para las mujeres y 13 para los hombres; y por delante de España están muchos países europeos que tienen un Estado del Bienestar más desarrollado, lo que indica la importancia de otros factores socioeconómicos diferentes al sistema sanitario. Además, las grandes diferencias entre comunidades autónomas y de nivel económico dentro de ellas, apuntan en el mismo sentido.

Las enfermedades crónicas más frecuentes son la artrosis, el dolor de espalda lumbar y el cervical para las mujeres y la tensión alta, el colesterol y el dolor de espalda lumbar en el caso de los hombres.

El 64,2% de todas las personas de 15 o más años tiene alguna enfermedad crónica. Nuevamente, el análisis de los datos revela que existen diferencias significativas según edad, sexo, nivel educativo, nacionalidad, hábitat, situación laboral, clase social y condición de pobreza del hogar en el que se vive.

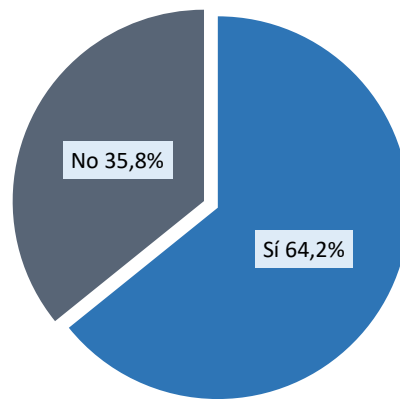
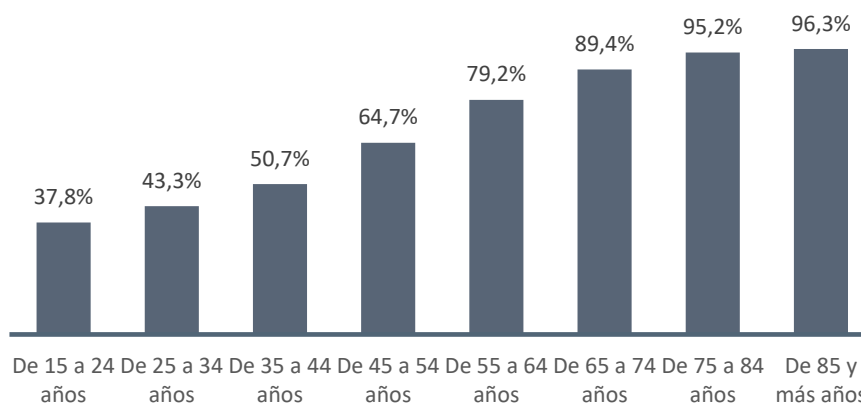


Gráfico 0.14. Prevalencia de enfermedades crónicas

1.2.8 Edad y sexo

En primer lugar, el 60% de los hombres y el 68,2% de las mujeres tienen alguna enfermedad crónica. Los dos gráficos siguientes muestran que las enfermedades crónicas aumentan con la edad, que afectan a un porcentaje amplio de población, incluso entre los grupos etarios más jóvenes y que, para todos los grupos de edad, hay más mujeres que hombres con problemas de salud crónicos percibidos. En cualquier caso, estas diferencias por sexo son muy pequeñas a partir de los 65 años.



La desigualdad en la salud

Gráfico 0.15 Presencia de enfermedad crónica según edad

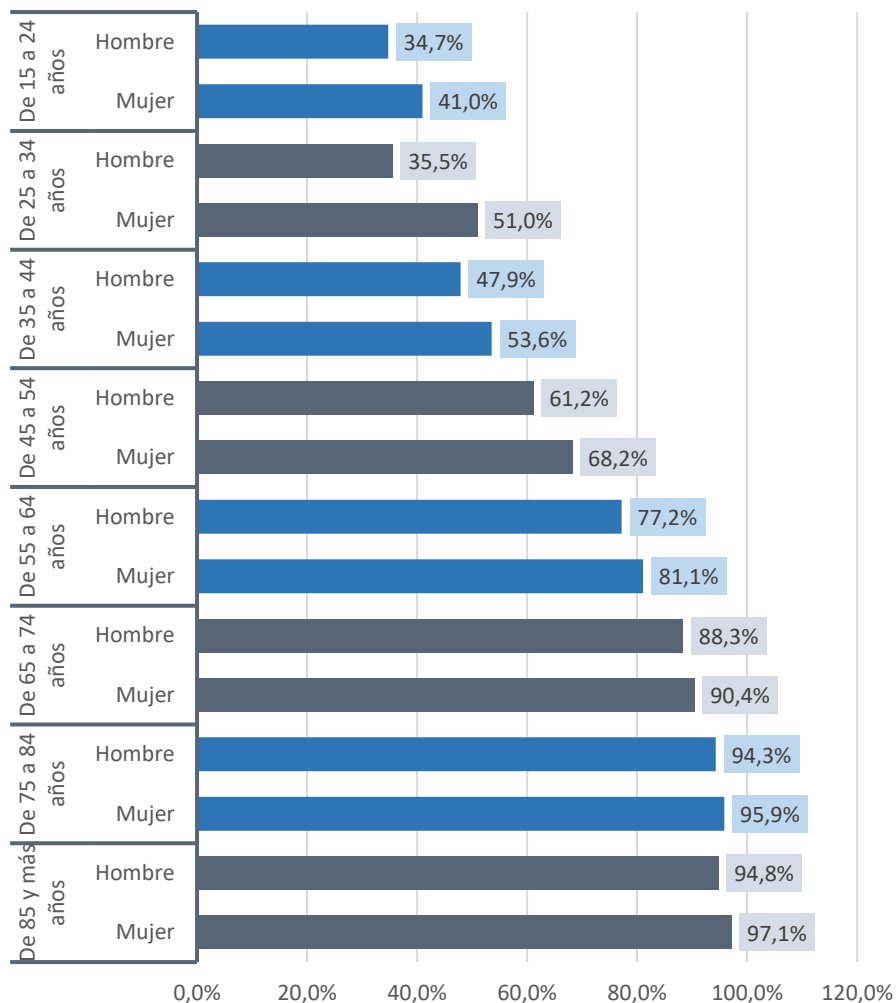


Gráfico 0.16 Presencia de enfermedad crónica según edad y sexo

1.2.2 Nacionalidad, hábitat

Según la nacionalidad, el 45,6% de las personas extranjeras perciben la existencia de alguna enfermedad crónica y esta cifra es muy inferior a la de la población española, que alcanza al 66,2%.

Por otra parte, las diferencias en función del hábitat son pequeñas, aunque un porcentaje un poco más alto (65,1%) de las personas que viven en los municipios con menos de 10.000 habitantes sufren enfermedades crónicas, con respecto al 63,9% que residen en municipios más grandes. En cualquier caso, para las personas jóvenes y la población adulta las enfermedades crónicas afectan a un porcentaje algo mayor de personas que residen en ámbitos urbanos. Entre las personas mayores de 65 años, sin embargo, los porcentajes son prácticamente iguales.

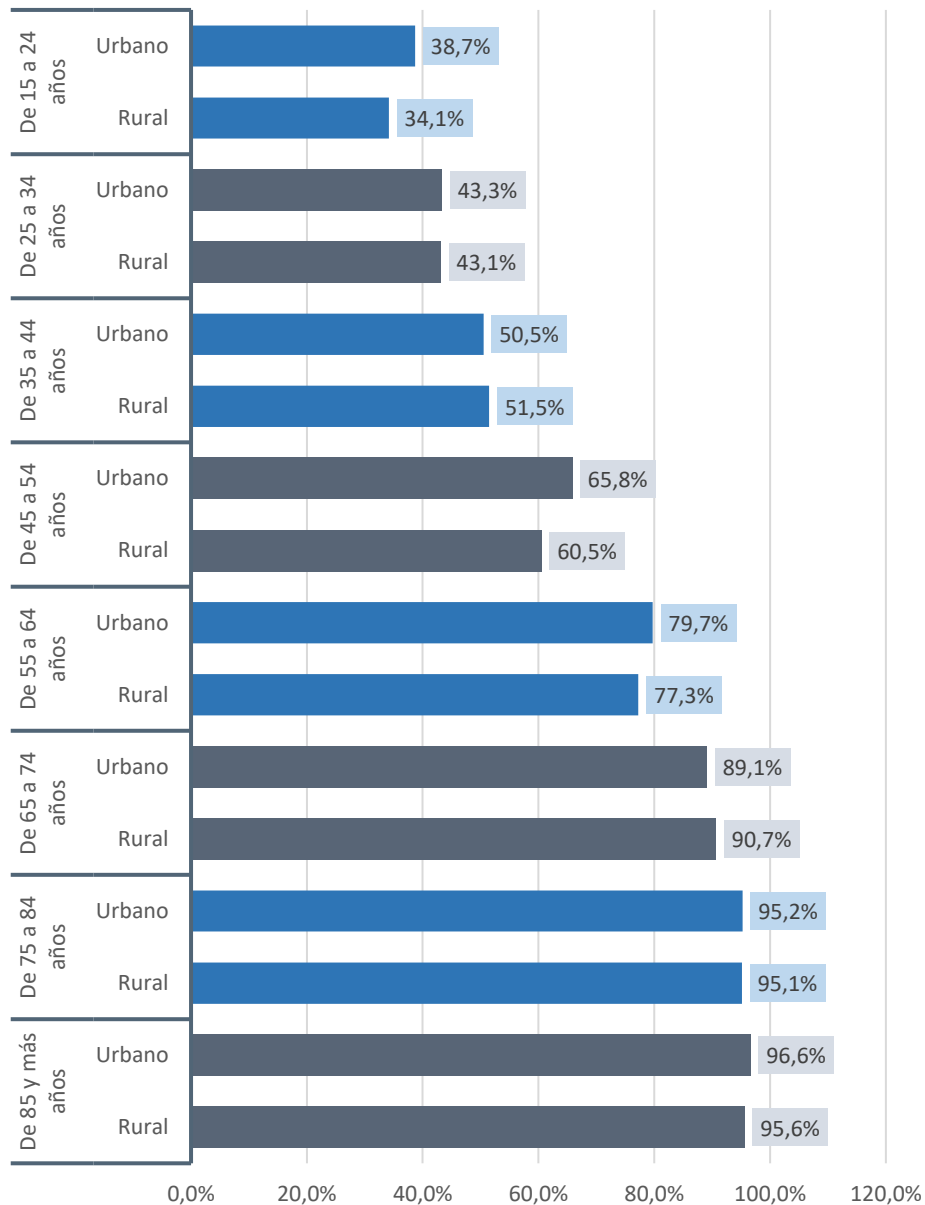


Gráfico 0.17 Presencia de enfermedad crónica según edad y hábitat

1.2.3 Situación laboral, clase social y pobreza

Las personas que están estudiando, que son, en su mayoría, jóvenes, tienen el porcentaje más bajo de enfermedades crónicas (38,4%). Por el lado contrario, las jubiladas o incapacitadas para trabajar tienen tasas muy altas (91,6% y 97,2%, de personas con enfermedades crónicas, respectivamente).

Además, se observa que el hecho de tener un trabajo o estar en desempleo tiene influencia en la percepción de enfermedades crónicas. Así, los datos muestran que el 54,3% de las personas que tienen un trabajo tienen enfermedades crónicas y que las tienen el 58,9% de aquellas que están en desempleo; sin embargo, el 76,6% de las personas que trabajan en labores del hogar, 22 puntos porcentuales más que aquellas que tienen empleos remunerados, sufren enfermedades crónicas.

La desigualdad en la salud

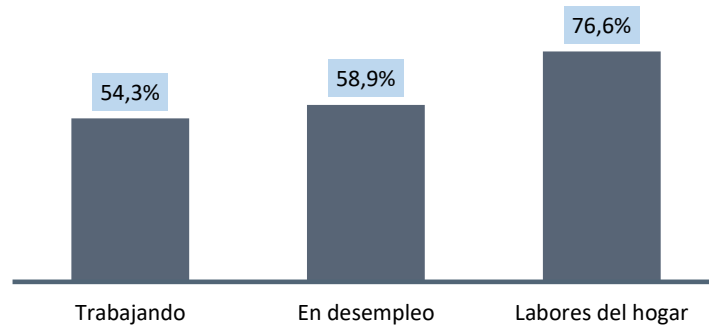


Gráfico 0.18 Presencia de enfermedad crónica según situación laboral

Por otra parte, a medida que se desciende en la escala social, se incrementa el porcentaje de personas que tienen enfermedades crónicas y estas diferencias son especialmente importantes entre aquellas mayores de 65 años. En este sentido, se destaca que el 94,1% de las personas mayores de 65 años y de clase baja padecen enfermedades crónicas, cifra que es casi ocho puntos porcentuales superior a la que se registra entre las personas mayores de clase alta.

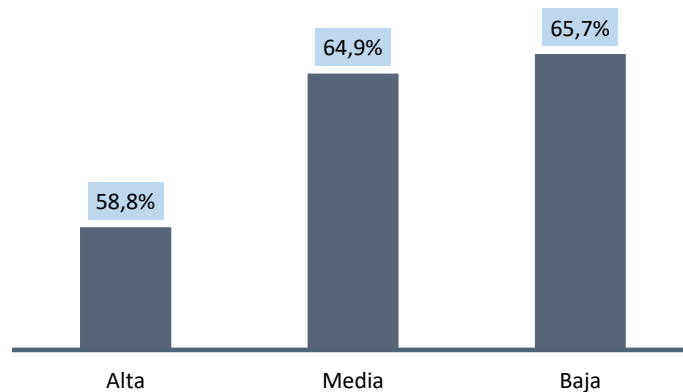


Gráfico 0.19 Presencia de enfermedad crónica según clase social

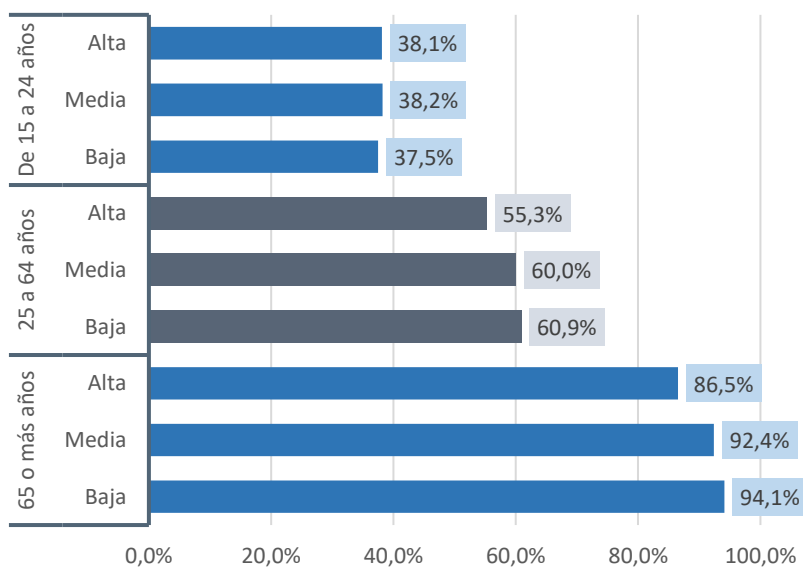


Gráfico 0.20 Presencia de enfermedad crónica según edad y clase social

Finalmente, también existen diferencias en función de la condición de pobreza. Padecen enfermedades crónicas el 67,6% de las personas que viven en hogares pobres, cifra que es algo más de tres puntos porcentuales superior a la que se registra entre las personas que no están en pobreza. Además, las diferencias según pobreza se mantienen para todos los grupos de edad y, también, en función del sexo.

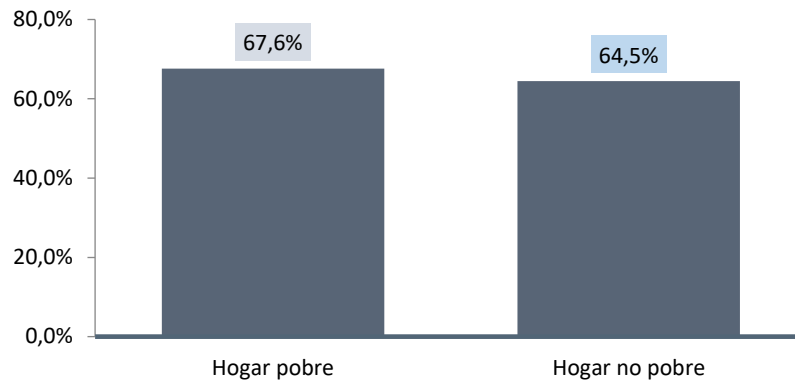


Gráfico 0.21 Presencia de enfermedad crónica según condición de pobreza

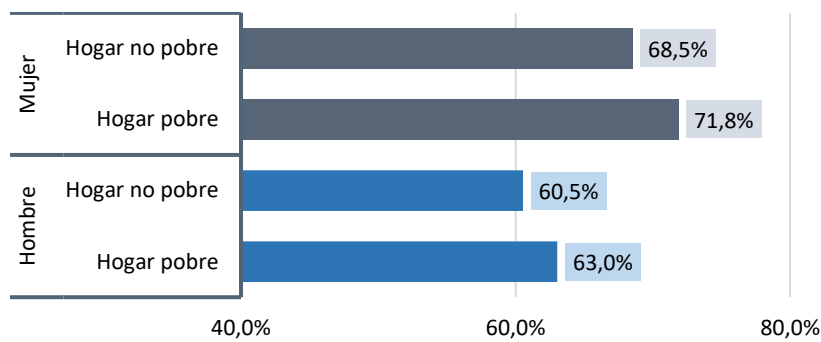


Gráfico 0.22 Presencia de enfermedad crónica según sexo y condición de pobreza

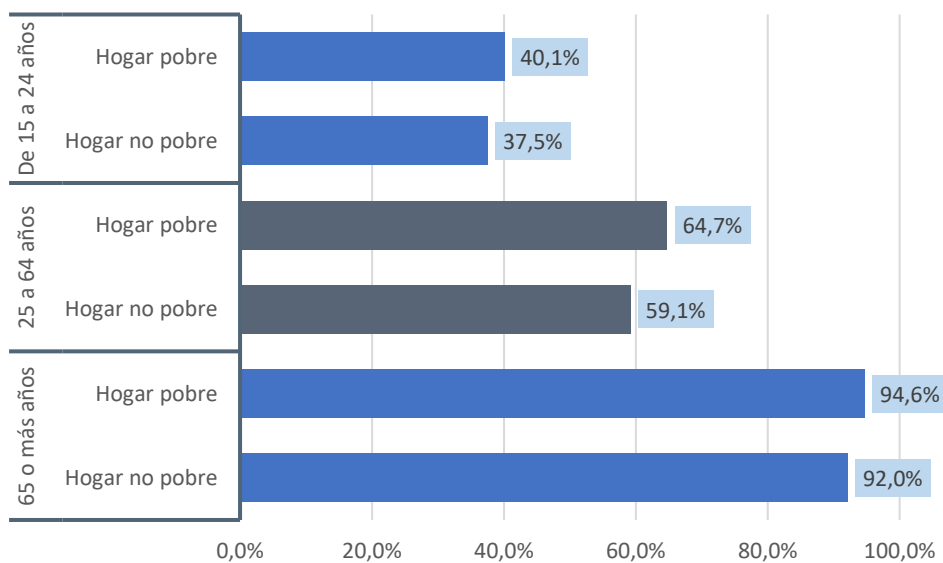


Gráfico 0.23 Presencia de enfermedad crónica según edad y condición de pobreza

1.3. ESTADO DE LA DENTADURA

La odontología es el gran olvidado de la asistencia sanitaria, lo que, tal como verá en los datos siguientes, produce enormes diferencias de base socioeconómica en el estado dental de las personas. Huelga decir que la boca y los dientes son muy importantes puesto que, además de la aceptación social, tienen un valor funcional importante. Las personas necesitan comer y, aunque sea obvio decirlo, para ello necesitan muelas. Por otra parte, "la salud oral es considerada por la OMS un área de alta prioridad por la alta carga de la enfermedad, la gran disparidad entre las poblaciones y la desproporción con la que afecta a ciertos grupos. Existe una creciente evidencia sobre la asociación entre una mala salud oral y un mayor riesgo de mortalidad" (Cazón Fernández, 2015).

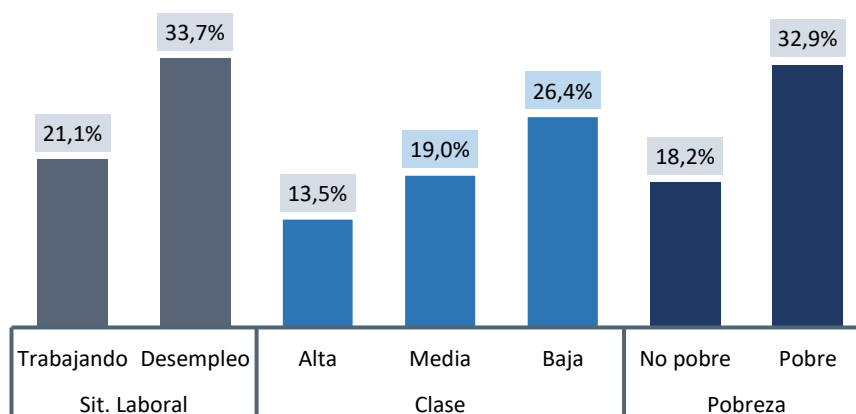


Gráfico 0.24 Proporción de población con caries según situación laboral, clase social y condición de pobreza

	Sí	No	No sabe
Total	21,5%	76,7%	1,8%
Menos de 18 años	12,0%	86,2%	1,8%
De 18 a 64 años	23,4%	74,7%	1,8%
De 65 a más años	16,9%	81,3%	1,8%
Hombre	23,0%	75,0%	2,1%
Mujer	20,1%	78,3%	1,6%
Educación básica o menos	25,1%	72,9%	2,0%
Educación media	20,4%	78,1%	1,5%
Educación superior	15,4%	82,9%	1,7%
Nacionalidad española	20,7%	77,5%	1,8%
Nacionalidad no española	20,1%	78,3%	2,2%
Trabajando	21,1%	77,3%	1,6%
En desempleo	33,7%	63,9%	2,4%
Urbano	21,3%	76,9%	1,8%
Rural	22,2%	75,9%	1,9%
Clase alta	13,5%	85,2%	1,3%
Clase media	19,0%	79,3%	1,7%
Clase baja	26,4%	71,6%	2,0%
Hogar pobre	32,9%	64,7%	2,4%
No pobre	18,2%	80,0%	1,9%

Tabla 0-5 Proporción de población con caries en función de diversas variables

En primer lugar, el 21,5% de las personas de 15 o más años tienen caries. Las cifras son más altas entre los hombres (23% con respecto al 20% de las mujeres), entre las personas de 18 a 64 años (23,4% con respecto al 16,9% como máximo del resto) y entre las personas extranjeras (29,3%).

Por otra parte, las diferencias de base socioeconómica son extraordinariamente elevadas. Así, una de cada cuatro personas (25,1%) con educación básica o menos tiene caries y la cifra es 10 puntos porcentuales más alta (66% más elevada) de la que se registra entre las personas de educación superior. Además, tienen caries una de cada tres personas en desempleo (33,7% con respecto al 21% entre las que trabajan) el 26,4% de las de clase baja (el doble del porcentaje registrado entre la clase alta) y el 32,9% de las personas pobres, casi 15 puntos porcentuales más (80% más elevado) que las registradas entre las personas no pobres.

Diferencias parecidas se reproducen cuando se investiga en la falta de dientes o muelas que no han sido sustituidas y, como se muestra en las tablas y gráficos siguientes, los porcentajes son mucho más elevados entre las personas con nivel educativo básico o inferior, las que están en desempleo, las de clase baja y las que residen en hogares pobres.

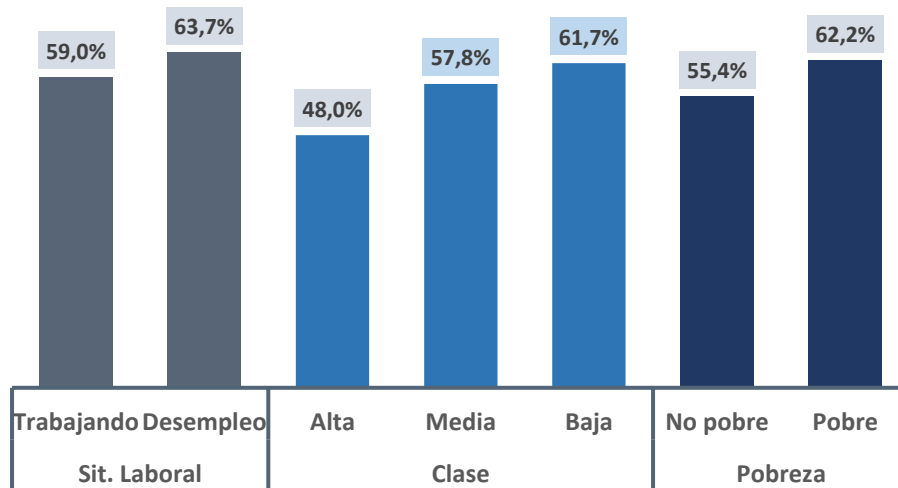


Gráfico 0.25 Porcentaje de población con ausencia de piezas dentales no sustituidas según situación laboral, clase social y condición de pobreza

	Sí	No	No sabe
Total	57,1%	42,8%	0,0%
Menos de 18 años	15,1%	84,9%	0,0%
De 18 a 64 años	58,5%	41,5%	0,0%
De 65 a más años	60,5%	39,4%	0,1%
Hombre	58,3%	41,6%	0,1%
Mujer	56,1%	43,9%	0,0%
Educación básica o menos	60,7%	39,2%	0,1%
Educación media	54,5%	45,5%	0,0%
Educación superior	52,2%	47,7%	0,0%
Nacionalidad española	57,1%	42,8%	0,0%
Nacionalidad no española	57,4%	42,5%	0,1%
Trabajando	59,0%	40,9%	0,0%

En desempleo	63,7%	36,3%	0,0%
Urbano	56,0%	44,0%	0,0%
Rural	61,5%	38,4%	0,0%
Clase alta	48,0%	51,9%	0,1%
Clase media	57,8%	42,2%	0,0%
Clase baja	61,7%	38,3%	0,0%
Hogar pobre	62,2%	37,7%	0,1%
No pobre	55,4%	44,6%	0,0%

Tabla o-6 Porcentaje de población con ausencia de piezas dentales no sustituidas en función de diversas variables

1.4. RESTRICCIÓN, LIMITACIÓN DE ACTIVIDADES Y DISPONIBILIDAD DE AYUDA

Tal como aclara el apartado metodológico de la ENSE 2017, se intenta conocer si la persona se ha visto limitada en las actividades habituales a causa de algún problema de salud y por un tiempo superior a seis meses. También se pregunta por los grados de severidad de las limitaciones, que son: Gravemente limitado/a; limitado/pero no gravemente; y nada limitado/a.

El problema de las restricciones y/o limitaciones a la actividad conecta profundamente con la situación socioeconómica de las personas. Por una parte, muchas veces son consecuencia de enfermedades crónicas y también influyen mucho los factores laborales: trabajos manuales o de alta carga física que producen lesiones y limitaciones a largo plazo y que la persona afectada no puede dejar por razones económicas.

Por otra parte, también son importantes aquí la fisioterapia, las actividades de rehabilitación, las ayudas técnicas u ortopédicas, las adaptaciones del hogar y otras medidas que normalmente son caras y para las que en escasas ocasiones es suficiente la ayuda pública.

En el caso de las personas mayores, también son importantes los problemas derivados de la necesidad de cuidados. Los familiares tienen que trabajar, la ayuda a domicilio sólo se da por algunas horas y es difícil de conseguir. Además, hay muchas medicinas (laxantes, antidiarreicos, cremas para la piel, aceites hiperoxigenados para prevenir úlceras de presión, etc.) que son muy necesarias para el tratamiento de las personas mayores y no están incluidas en las prestaciones del sistema sanitario.

1.4.1 Restricciones

El 14,9% de las personas ha sufrido restricciones de su actividad habitual por dolores o síntomas en las dos últimas semanas anteriores a la entrevista, sin embargo, la cifra sufre variaciones importantes en función de algunas de las distintas variables de corte analizadas: edad, sexo, clase social y situación de pobreza.

En primer lugar, y de forma congruente con su mayor incidencia de enfermedades crónicas, las mujeres sufren más restricciones en su actividad habitual que los hombres (17,6% y 12,1%, respectivamente). Además, las restricciones a la actividad habitual aumentan en función de la edad y varían entre el 11,5% para las personas entre 15 y 18 años y el 22,4% para las de 75 años o más. Por otra parte, como puede verse en los gráficos, las diferencias en las restricciones entre mujeres y hombres son crecientes en función del grupo de edad. Así, para los jóvenes entre 15 y 24 años, la diferencia es de 2,6 puntos porcentuales; para los adultos entre 25 y 64 años la diferencia crece hasta los 4,8 puntos porcentuales y, finalmente, para las personas de 65 o más años se incrementa hasta casi los ocho puntos porcentuales.

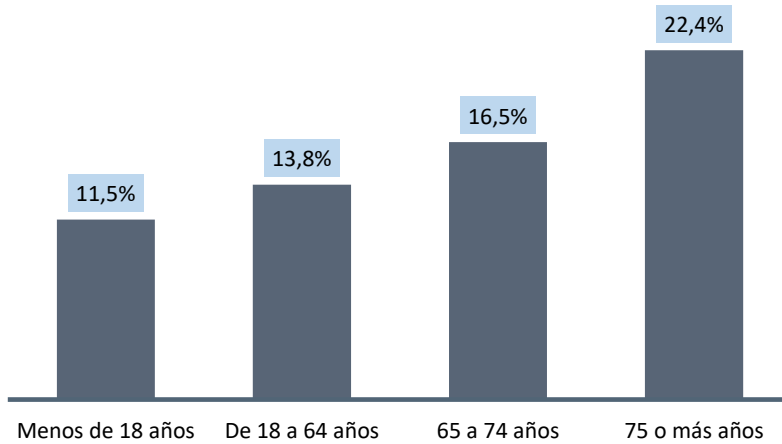


Gráfico 0.26 Restricción de actividad habitual según la edad.

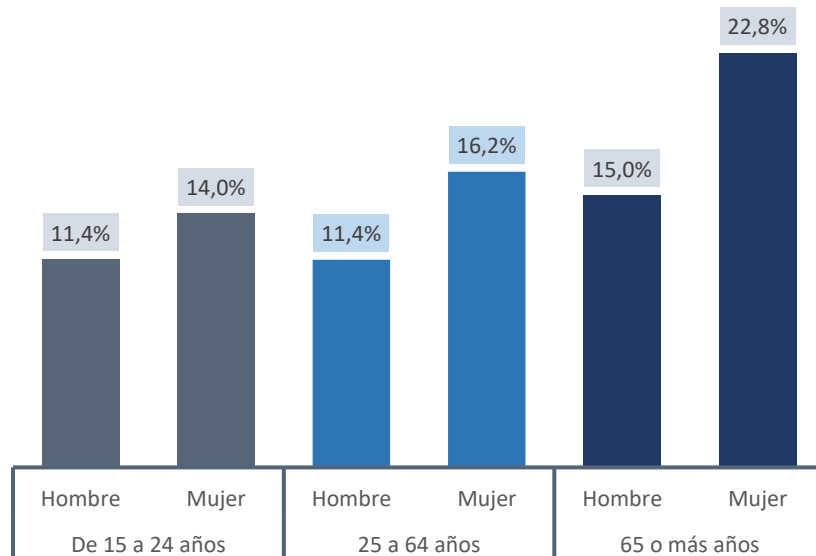


Gráfico 0.27 Restricción de actividad habitual según edad y sexo.

En segundo lugar, personas de clase baja sufren más restricciones a su actividad habitual que el resto, y las diferencias por clase social se incrementan en función de la edad. Por una parte, el 13,3% de las personas de clase alta sufren restricciones a su actividad habitual, y la cifra se incrementa un punto porcentual para las personas de clase media y 2,5 puntos porcentuales para las de clase baja. Además, la diferencia de 1,5 puntos porcentuales que se produce entre las personas adultas de 25 a 64 años de clase alta y baja se ve incrementada a cuatro puntos cuando se trata de las personas de 65 o más años. En otras palabras, una mayor proporción de personas mayores de clase baja se ve obligada a restringir sus actividades habituales en comparación con el resto.

La desigualdad en la salud

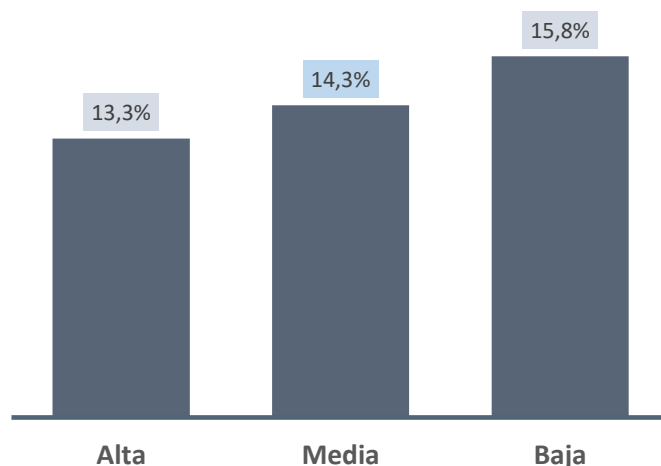


Gráfico 0.28 Restricción de actividad habitual según clase social.

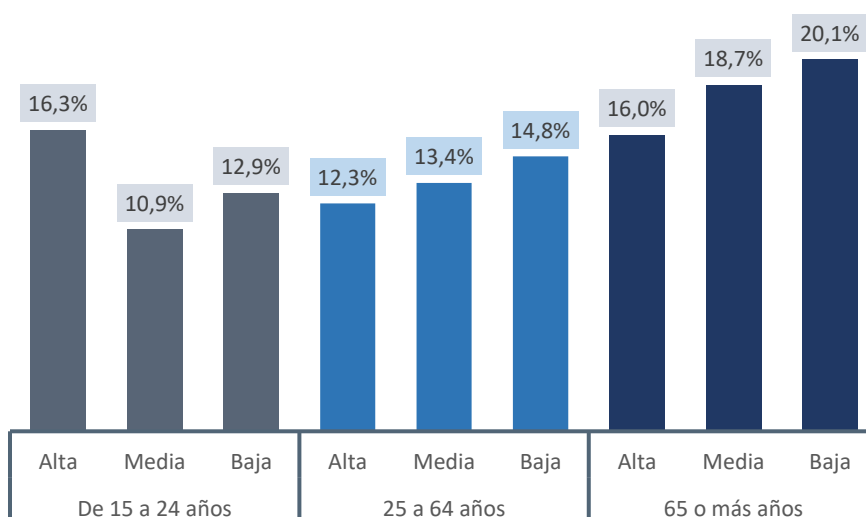


Gráfico 0.29 Restricción de actividad habitual según edad y clase social.

Finalmente, el 18,6% de las personas que viven en hogares pobres ha sufrido restricciones de actividad habitual a causa de dolores o síntomas de alguna enfermedad. Esta cifra es 4,8 puntos más elevada que la registrada entre las personas que no son pobres. Por otra parte, las esas diferencias se mantienen, tanto si se controlan los datos según la edad como por el sexo. Así, como puede verse en los gráficos siguientes, los hombres pobres sufren más restricciones de actividad habitual que los hombres que no lo son (el 15,4% y el 11,6%, respectivamente) y lo mismo sucede en el caso de las mujeres, con diferencias aún más amplias (21,5% y 16,1%, respectivamente). Con respecto a la edad, tanto para los jóvenes como para los adultos como para las personas mayores, los porcentajes de personas que sufren restricciones en las actividades cotidianas son mucho más altos entre aquellas que viven en hogares pobres, que entre las que no lo hacen.

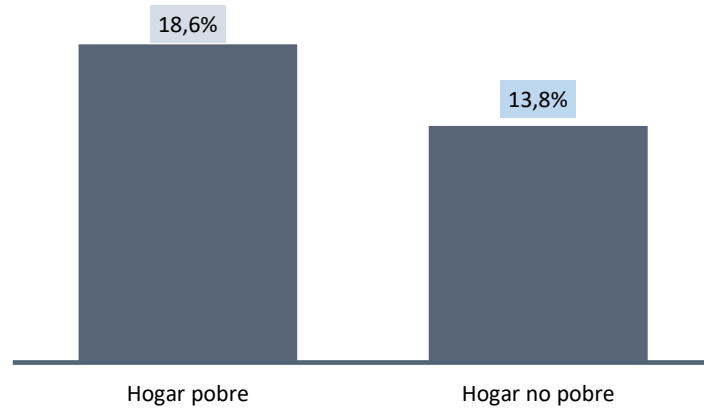


Gráfico 0.30 Restricción de actividad habitual según condición de pobreza.

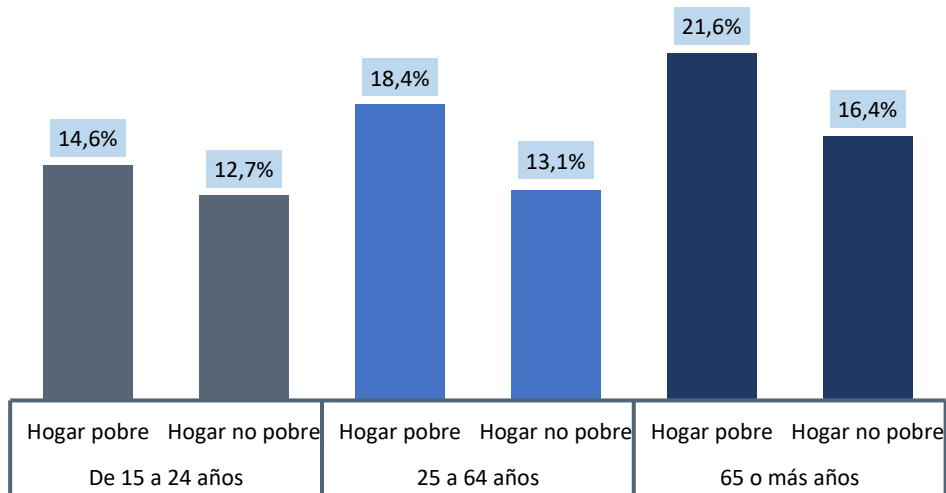


Gráfico 0.31 Restricción de actividad habitual según edad y condición de pobreza.

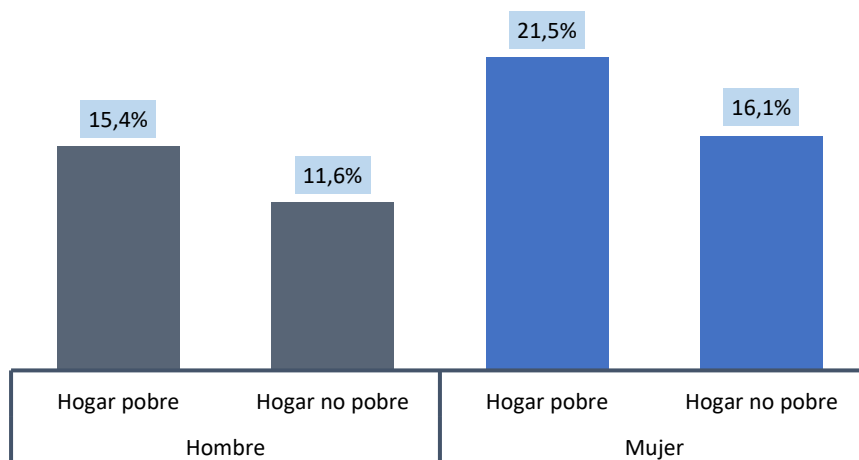


Gráfico 0.32 Restricción de actividad habitual según sexo y condición de pobreza.

La desigualdad en la salud

1.4.2 Limitación de actividades

El 5% de las personas de 15 años o más ha sufrido graves limitaciones en sus actividades por un periodo superior a seis meses y a causa de un problema de salud. Además, otro 21% ha sufrido limitaciones, pero no graves. Como se verá, estas cifras generales muestran variaciones importantes en función de la edad, el sexo, la clase social y la situación de pobreza.

En primer lugar, como muestra la Tabla o-7, las limitaciones a la actividad habitual aumentan en función de la edad. Así, un 19,7% de las personas entre 18 y 64 años ha sufrido limitaciones en sus actividades y en una quinta parte de ellas (3,3% del total) han sido graves. Por otra parte, el 11,6% de las personas mayores de 65 años ha sufrido limitaciones graves y otro 38,6% no graves, lo que supone que la mitad de la población mayor ha sufrido limitaciones durante un período prolongado a causa de problemas de salud. Además, las mujeres sufren más limitaciones de largo plazo que los hombres, tanto en lo que se refiere a limitaciones graves como no graves (5,3% frente al 4,7% para limitaciones graves y 24% frente al 17,8% para limitaciones no graves) probablemente a causa, también, de su mayor incidencia de enfermedades crónicas.

	Gravemente limitado/a	Limitado/a pero no gravemente	Nada limitado/a
Total	5,0%	21,0%	74,0%
Menos de 18 años	1,3%	9,8%	88,9%
De 18 a 64 años	3,3%	16,4%	80,3%
De 65 a más años	11,6%	38,6%	49,8%
Hombre	4,7%	17,8%	77,5%
Mujer	5,3%	24,0%	70,7%
Nacionalidad española	5,4%	21,8%	72,8%
Nacionalidad no española	1,7%	13,3%	85,0%

Tabla o-7 Grado de limitación por problemas de salud en función de diversas variables.

En segundo lugar, respecto a la actividad económica, se debe destacar que la posibilidad de tener un trabajo remunerado influye de manera considerable en las limitaciones por problemas de salud. Así, el 21,1% de las personas en desempleo sufren limitaciones de largo plazo, cifra que es casi seis puntos porcentuales superior a la de las personas que tienen un empleo, y el 35% (más del doble de las que trabajan) de aquellas que se dedican a las labores del hogar sufren, también, limitaciones de largo plazo.

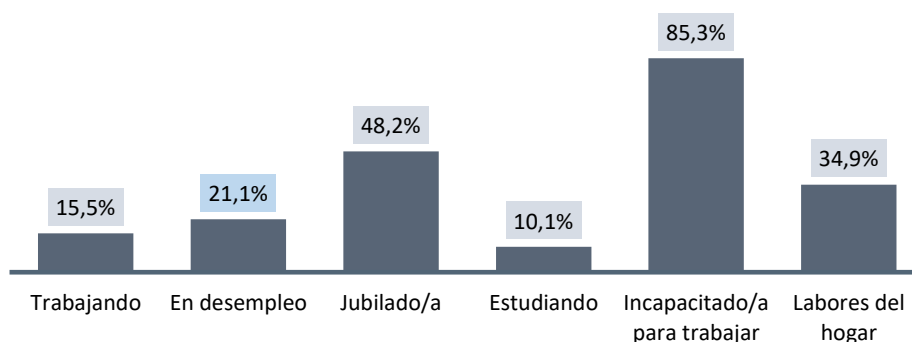


Gráfico o.33 Presencia de limitaciones por problemas de salud según actividad económica

En tercer lugar, las diferencias según clase social y situación de pobreza también son importantes. Por una parte, casi una de cada tres personas de clase baja (29,3%), y el 31% de las que viven en hogares pobres tienen limitaciones de largo plazo. Por el contrario, para la clase alta la cifra es del 18,1% (11 puntos porcentuales menos) y para las personas que no son no pobres es del 23,5%, es decir, ocho puntos porcentuales menos que para las personas pobres. También es conveniente mostrar que las diferencias según la condición de pobreza se mantienen tanto si se controla la variable por edad como por sexo. Así, para todos los grupos de edad, las personas pobres están más limitadas que las no pobres y esto también sucede para los hombres y las mujeres.

	Gravemente limitado/a	Limitado/a pero no gravemente	Nada limitado/a
Total	5,0%	21,0%	74,0%
Clase alta	2,8%	15,3%	81,9%
Clase media	5,0%	20,4%	74,6%
Clase baja	5,8%	23,5%	70,7%

Tabla o-8 Grado de limitación por problemas de salud según clase social.

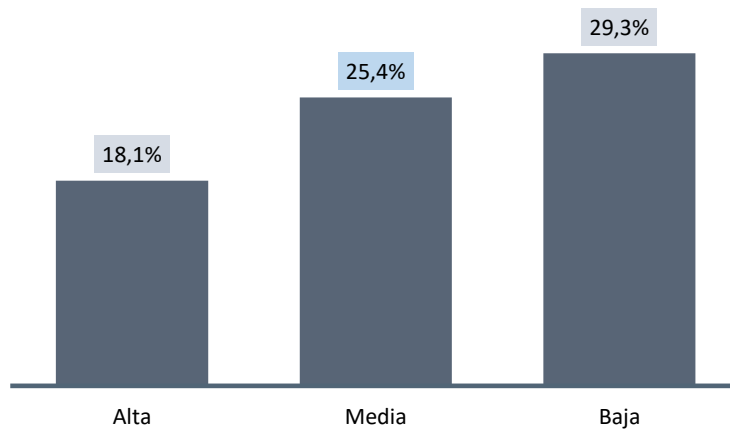


Gráfico o.34 Presencia de limitaciones por problemas de salud según clase social

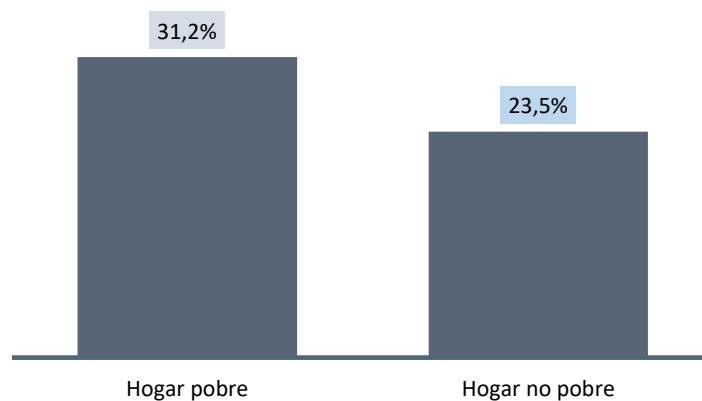


Gráfico o.35 Presencia de limitaciones por problemas de salud según condición de pobreza

La desigualdad en la salud

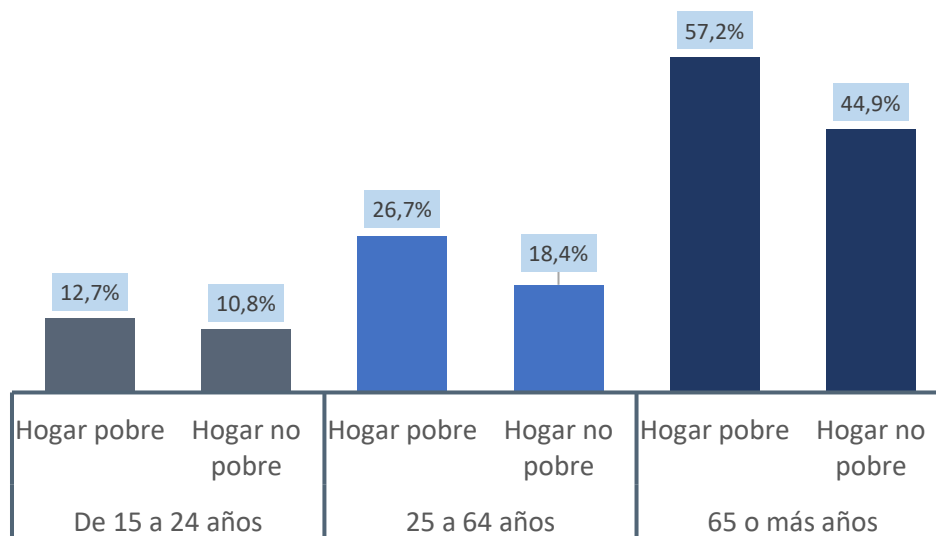


Gráfico 0.36 Presencia de limitaciones por problemas de salud según edad y condición de pobreza

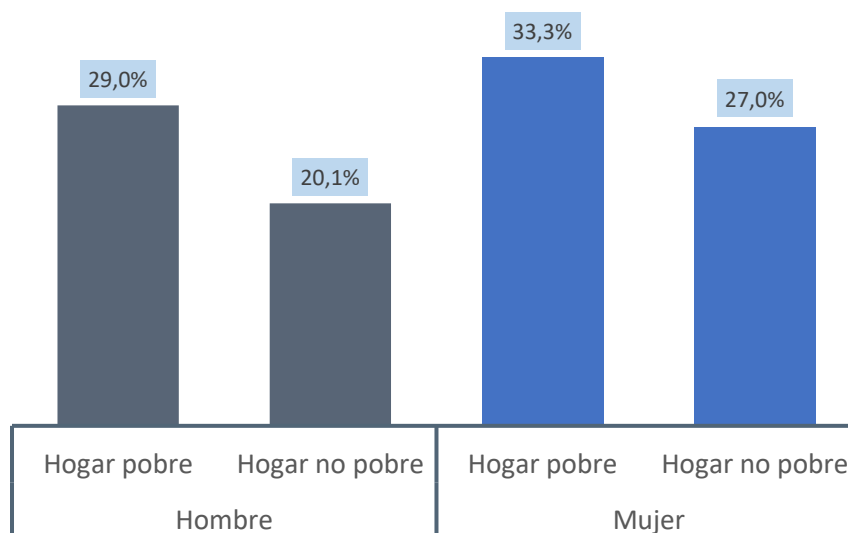


Gráfico 0.37 Presencia de limitaciones por problemas de salud según sexo y condición de pobreza

Finalmente, además de físicas, las limitaciones pueden, también, referirse a ámbitos cognitivos. En este sentido, como puede observarse en la tabla siguiente (Tabla 0-9), la dificultad para recordar o concentrarse entre las personas de 45 y más años, tiene diferencias según la edad, el sexo, el nivel educativo, la situación de empleo, la clase social y la situación de pobreza.

En términos generales, el 20% de las personas manifiestan algún nivel de dificultad para recordar o concentrarse; el 15% tiene alguna dificultad, el 3,5% manifiesta mucha dificultad, y algo menos del 1% no puede hacerlo en absoluto. Estas cifras medias se incrementan o reducen en función de la edad, es decir, la dificultad para recordar o concentrarse alcanza al 12,1% de las personas entre 45 y 64 años, al 20,8% entre las de 65 a 74 años y al 42,5% entre las personas de 65 o más años. Los grados de dificultad para recordar y concentrarse también se incrementan a medida que aumenta la edad.

Por otra parte, las dificultades de tipo cognitivo también afectan con mayor intensidad a las personas de clase baja y a aquellas que viven en hogares empobrecidos. Para las primeras, el porcentaje que tiene alguna clase de dificultad es del 23,7%, cifra que es 13 puntos porcentuales superior a la registrada entre las personas de clase alta. Además, el porcentaje que declara mantener muchas dificultades es del 4,2% para las clases bajas, cifra que es prácticamente el triple de la registrada entre la clase alta (1,5%). Para el caso de las personas que viven en hogares en condiciones de pobreza, el porcentaje que tiene alguna clase de dificultad es del 26%, cifra que es nueve puntos porcentuales superior a la registrada entre las personas que no lo están. También sucede que las cifras de personas pobres que manifiestan mucha dificultad para recordar o concentrarse o que no pueden hacerlo en absoluto, doblan a las de las personas no pobres. Finalmente, indicar que las diferencias en base a la condición de pobreza se mantienen incluso cuando se controlan las variables de sexo y edad.

	No, ninguna dificultad	Sí, alguna dificultad	Sí, mucha dificultad	No puedo hacerlo en absoluto
Total	80,3%	15,3%	3,5%	0,9%
De 45 a 64 años	87,9%	10,0%	1,9%	0,2%
De 65 a 74 años	79,2%	17,3%	3,0%	0,5%
De 75 o más años	57,5%	29,4%	9,3%	3,7%
Hombre	83,9%	12,6%	2,8%	0,7%
Mujer	77,0%	17,6%	4,2%	1,1%
Educación básica o menos	74,5%	19,5%	4,6%	1,4%
Educación media	88,5%	9,7%	1,7%	0,1%
Educación superior	90,3%	7,6%	1,8%	0,3%
Nacionalidad española	79,9%	15,5%	3,6%	1,0%
Nacionalidad no española	86,7%	11,7%	1,5%	0,1%
Trabajando	92,5%	6,7%	0,7%	0,0%
En desempleo	86,5%	11,3%	2,2%	0,0%
Clase alta	89,1%	8,9%	1,5%	0,5%
Clase media	82,1%	13,8%	3,4%	0,7%
Clase baja	76,3%	18,3%	4,2%	1,2%
Hogar pobre	74,0%	19,5%	5,3%	1,2%
No pobre	82,9%	13,8%	2,6%	0,7%

Tabla 0-9 Dificultad para recordar o concentrarse según diversas variables (población de 45 o más años)

La desigualdad en la salud

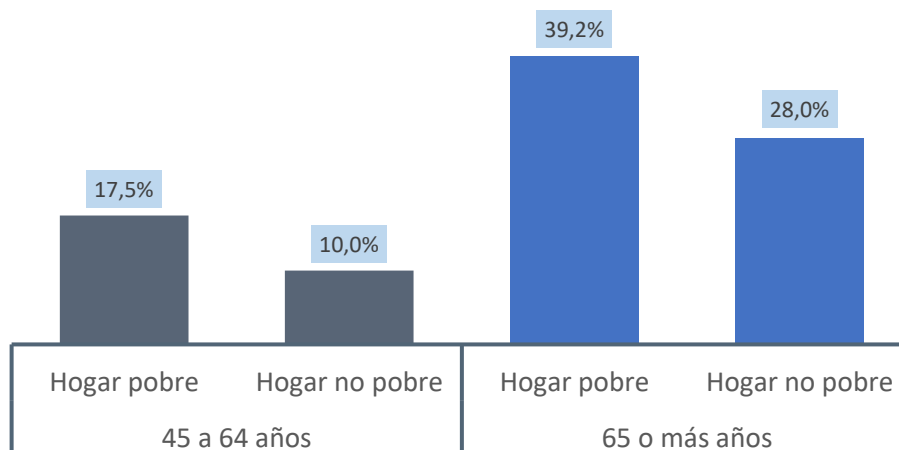


Gráfico 0.38 Dificultades para recordar o concentrarse según edad y condición de pobreza (población de 45 o más años)

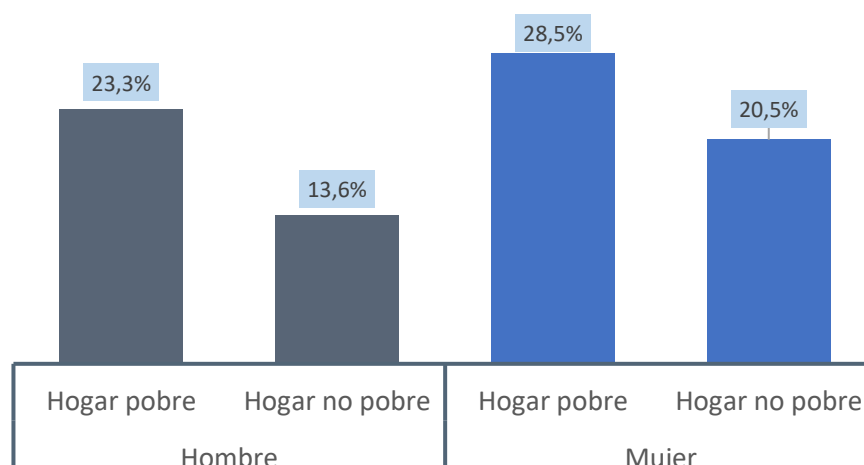


Gráfico 0.39 Dificultades para recordar o concentrarse según sexo y condición de pobreza (población de 45 o más años)

1.4.3 Limitaciones en Actividades Básicas para la Vida Diaria (ABVD)

Existe una clase de actividades que son básicas para la vida diaria y la capacidad de ejecutarlas se considera, también, indispensable para mantener la autonomía personal y evitar la dependencia. Las actividades básicas consideradas en la ENSE se calculan sólo para las personas mayores de 65 años y son alimentarse, sentarse, levantarse de una silla o de una cama, acostarse, vestirse y desvestirse, ir al servicio, ducharse o bañarse.

La tabla siguiente muestra que el número de personas con limitaciones para las ABVD registra importantes diferencias en función del sexo, de la edad, del nivel educativo, de la clase social y del nivel de pobreza.

Según el sexo, el 24,5% de las mujeres y el 13,2% de los hombres (11 puntos porcentuales menos) manifiestan algún tipo de dificultad para realizar las ABVD (Tabla 0-10). Además, las mujeres que sólo lo consiguen con mucha dificultad o no pueden hacerlas en absoluto prácticamente doblan el porcentaje de hombres en la misma situación.

Por otra parte, las dificultades se incrementan rápidamente a medida que aumenta la edad de las personas. Así, el 92% de las personas entre los 65 y 74 años puede realizar las ABVD sin ninguna dificultad,

sin embargo, en los siguientes 10 años de vida sólo tres de cada cuatro personas pueden ejecutarlas sin dificultad (76,6%) y en la siguiente década, la cifra se reduce a menos de la mitad (48,1%). Además, el grado de dificultad aumenta notablemente con los incrementos de edad.

Finalmente, la clase social y la situación de pobreza también determinan diferencias importantes en la capacidad para realizar actividades básicas de la vida diaria en las personas mayores. Debe destacarse que una de cada cuatro personas pobres (24%) manifiesta algún tipo de dificultad para realizar las ABVD, cifra que contrasta con el 15,6% en el caso de las personas no pobres. Además, la intensidad de la dificultad es mucho mayor entre las personas pobres, el 9,4% de las cuales no puede realizarlas (5,4% entre el resto de población).

	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	No puede hacerlo
Total	80,4%	8,2%	4,4%	7,0%
De 65 a 74 años	91,8%	4,8%	1,7%	1,7%
De 75 a 84 años	76,6%	9,9%	5,8%	7,7%
De 85 o más años	48,1%	16,3%	10,6%	24,9%
Hombre	86,8%	5,6%	2,9%	4,7%
Mujer	75,5%	10,2%	5,5%	8,8%
Educación básica o menos	77,8%	9,2%	5,1%	8,0%
Educación media	91,2%	4,6%	1,4%	2,8%
Educación superior	90,3%	3,9%	2,0%	3,8%
Nacionalidad española	80,2%	8,3%	4,5%	7,1%
Nacionalidad no española	89,9%	4,2%	0,0%	5,9%
Urbano	81,6%	7,7%	4,0%	6,8%
Rural	77,0%	9,7%	5,6%	7,8%
Clase alta	89,5%	3,9%	2,4%	4,3%
Clase media	84,0%	7,1%	3,2%	5,6%
Clase baja	75,9%	9,9%	5,5%	8,6%

Tabla 0-10 Grado de dificultad para realizar alguna ABVD en función de diversas variables (población de 65 o más años)

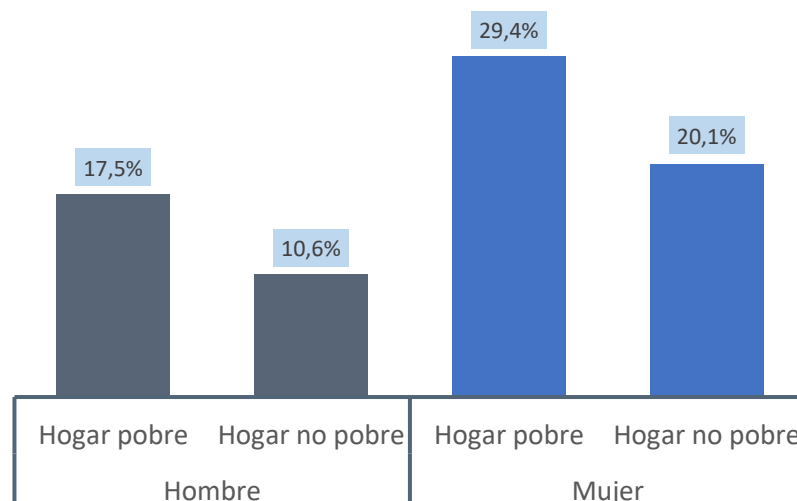


Gráfico 0.40 Dificultades ABVD según sexo y condición de pobreza

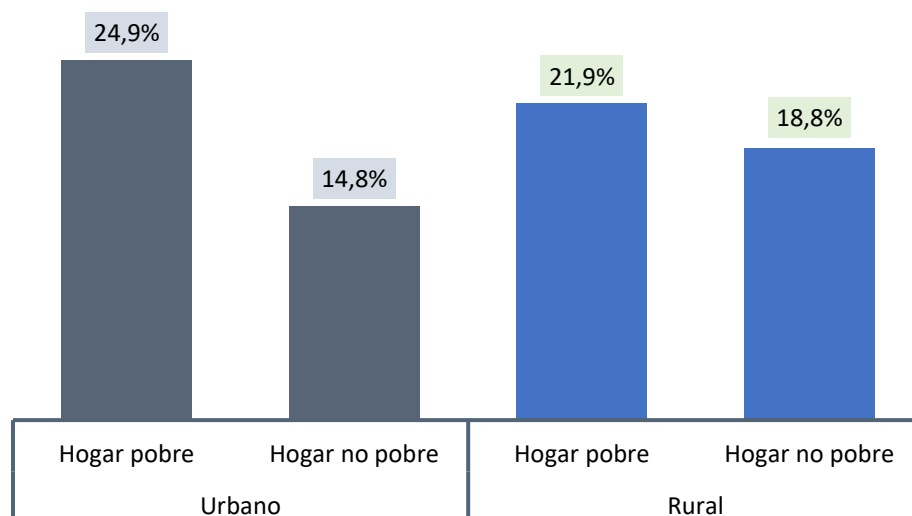


Gráfico o.41 Dificultades ABVD según hábitat y condición de pobreza

1.4.4 Limitaciones ABVD y disponibilidad de ayuda

Finalmente, para cerrar el capítulo sobre el estado de salud de la población adulta, se estudia la disponibilidad de ayuda para la población de 65 y más años que manifiesta tener limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria.

Aquí, los datos son, en general, buenos y sólo el 15,1% del total de personas mayores no dispone de ayuda. Existen diferencias en función del sexo, de la edad, del hábitat, de la clase social y de la situación de pobreza.

	Sí, al menos para una actividad	No
Total	84,9%	15,1%
De 65 a 74 años	76,2%	23,8%
De 75 a 84 años	83,3%	16,7%
De 85 o más años	91,7%	8,3%
Hombre	87,3%	12,7%
Mujer	83,9%	16,1%
Nacionalidad española	84,6%	15,4%
Nacionalidad no española	100,0%	0,0%
Urbano	85,3%	14,7%
Rural	83,7%	16,3%
Clase alta	85,2%	14,8%
Clase media	87,2%	12,8%
Clase baja	83,7%	16,3%
Hogar pobre	87,6%	12,4%
No pobre	85,8%	14,2%

Tabla o-11 Disponibilidad de ayuda para ABVD en función de diversas variables

2. ASISTENCIA SANITARIA

Con alguna interrupción temporal sonada, en España está actualmente garantizado el acceso universal al Sistema Nacional de Salud y la atención sanitaria en igualdad de condiciones. Sin embargo, esta presunción no siempre se cumple. Hay dificultades administrativas y conseguir una cita médica puede llegar a ser costoso, especialmente para aquellas personas que no disponen de Internet o viven en el ámbito rural. En las zonas urbanas también hay importantes problemas de acceso. Las vacunas y otras actividades preventivas y de promoción de la salud no llegan a todas las personas²⁰. Por otra parte, socialmente se percibe que la atención especializada es mejor, y por esta razón las personas con mayores recursos tienden a demandarla más, y a conseguirla, gracias a su mayor capital relacional.

2.1. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA ÚLTIMA CONSULTA

2.1.1. Médico general o de familia y especialista

El 29,4% de la población de 15 o más años de edad acudió al médico de familia en las cuatro últimas semanas antes de la entrevista. Acuden con mayor frecuencia las personas de 65 o más años (44,6%), las mujeres (32,8% con respecto al 25,8% de los hombres), las personas con educación básica o menos (33,6%) las de nacionalidad española (29,8%) y, con mucha diferencia, las personas de clase baja (31,9% con respecto al 23,8% de las de clase alta) y las que residen en hogares pobres (34,1% con respecto al 27,8% de las personas que no lo son).

	En las últimas 4 semanas	Entre 4 semanas y 12 meses	Hace 12 meses o más	Nunca
Total	29,4%	51,1%	19,3%	0,2%
Menos de 18 años	18,0%	59,4%	22,4%	0,2%
De 18 a 64 años	25,5%	51,0%	23,3%	0,2%
De 65 o más años	44,6%	49,9%	5,4%	0,1%
Hombre	25,8%	49,4%	24,5%	0,3%
Mujer	32,8%	52,7%	14,4%	0,1%
Educación básica o menos	33,6%	50,3%	16,0%	0,2%
Educación media	25,6%	52,4%	21,9%	0,1%
Educación superior	24,2%	51,6%	23,8%	0,4%
Nacionalidad española	29,8%	51,1%	19,0%	0,2%
Nacionalidad no española	25,3%	51,3%	22,8%	0,6%
Urbano	29,0%	51,2%	19,5%	0,2%
Rural	30,7%	50,5%	18,7%	0,1%
Clase alta	23,8%	51,3%	24,3%	0,6%
Clase media	28,7%	52,3%	18,9%	0,0%
Clase baja	31,9%	50,2%	17,8%	0,2%
Hogar pobre	34,1%	48,2%	17,6%	0,1%
No pobre	27,8%	51,3%	20,7%	0,2%

Tabla 0-12 Tiempo transcurrido desde la última consulta médica de atención primaria

²⁰ Un ejemplo ilustrativo: el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social publica que, en 2016, la cobertura de vacunación de sarampión, rubéola y parotiditis fue del 96,7% en la primera dosis y del 94,7% en la segunda dosis. En 2011, las cifras eran parecidas, sin embargo, en Sevilla se produjo un brote de sarampión que afectó a 1.759 personas en la Barriada de Santa Isabel. Según el informe "Análisis de un brote de sarampión en una barriada de la provincia de Sevilla, España" realizado por profesionales del Servicio de Epidemiología del Servicio Andaluz de Salud (http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000300005), el brote afectó en mayor medida a menores de 20 años y a población no vacunada y residente en el barrio. En este sentido, el propio informe aclara que "los escolares del colegio de la barriada presentaron una cobertura vacunal (...) que osciló desde el 36% que presentaron los escolares de cuatro años al 82% que presentaron los de tres años. Las bajas coberturas de vacunación en cada edad de los escolares de la barriada Santa Isabel parecen corresponderse con las altas incidencias de la enfermedad y viceversa".

La desigualdad en la salud

Al igual que para las visitas al médico de familia, acuden con mayor frecuencia al médico especialista las mujeres (16,1% con respecto al 11,7% de los hombres), las personas de más edad (17,3%) y las de nacionalidad española (14,4% con respecto al 10,4% de las extranjeras). Sin embargo, los datos sobre condiciones socioeconómicas y posición social cambian de sentido cuando se trata de la consulta al médico especialista.

En primer lugar, las personas con educación básica o menos, que eran las que más acudían al médico general o de familia, con más de ocho puntos porcentuales de diferencia con respecto a las personas con nivel educativo medio o superior, pasan al último lugar cuando se trata del médico especialista (13%). Por el contrario, las personas con nivel educativo superior son las que menos acuden al médico general o de familia y, sin embargo, son las que más acuden al médico especialista (16%).

Lo mismo sucede con las diferencias de hábitat, que no existen para las visitas al médico de familia y, sin embargo, cuando se trata del médico especialista, acuden con mayor intensidad aquellas personas que residen en ámbitos urbanos.

En tercer lugar, las personas de clase baja eran las que más acudían al médico general o de familia, con más de ocho puntos porcentuales de diferencia con respecto a las personas de clase alta y 3,2 puntos porcentuales con respecto a las de clase media. Sin embargo, cuando se trata del médico especialista pasan al último lugar (12,3%). Por el contrario, las personas de clase alta son las que menos acuden al médico general o de familia y sin embargo son las que más acuden al médico especialista (16,7%).

Finalmente, sucede lo mismo cuando se compara la asistencia al médico especialista según la situación de pobreza de las personas. Así, las personas pobres, que son las que más visitan al médico general o de familia (34,1% con respecto al 27,8% de las que no lo son) pasan a ser las que menos consultan al médico especialista (13,4% frente al 15,8% de las personas no pobres).

	En las últimas 4 semanas	Entre 4 semanas y 12 meses	Hace 12 meses o más	Nunca
Total	14,0%	42,5%	40,2%	3,3%
Menos de 18 años	7,9%	41,1%	40,0%	10,9%
De 18 a 64 años	13,3%	39,2%	43,8%	3,6%
De 65 o más años	17,3%	53,8%	27,8%	0,9%
Hombre	11,7%	37,5%	46,5%	4,2%
Mujer	16,1%	47,2%	34,1%	2,4%
Educación básica o menos	13,0%	43,8%	39,1%	4,0%
Educación media	13,8%	39,1%	43,7%	3,3%
Educación superior	16,0%	42,6%	39,4%	1,9%
Nacionalidad española	14,4%	43,3%	39,6%	2,6%
Nacionalidad no española	10,4%	34,4%	45,5%	9,5%
Urbano	14,5%	42,6%	39,6%	3,2%
Rural	11,9%	42,0%	42,3%	3,7%
Clase alta	16,7%	44,6%	36,9%	1,7%
Clase media	14,8%	43,7%	38,8%	2,5%
Clase baja	12,3%	40,7%	42,4%	4,4%
Hogar pobre	13,4%	39,1%	41,9%	5,5%
No pobre	15,8%	43,0%	38,6%	2,5%

Tabla 0-13 Tiempo transcurrido desde la última consulta médica del especialista

2.1.2. Otros profesionales sanitarios

Con relación a las visitas y consultas a otros profesionales sanitarios, los datos muestran diferencias destacables en Fisioterapia. Así, en el último año han visitado al fisioterapeuta más mujeres que hombres y aproximadamente el doble de personas adultas de 18 a 64 años que mayores de 65 años.

Por otra parte, también son sustanciales las diferencias de base socioeconómica registradas en las consultas a Fisioterapia. En este sentido, como muestra el gráfico siguiente, las personas con educación superior, las españolas, las que están trabajando con respecto a las que están en desempleo, las de clase alta y las que residen en hogares no pobres registran tasas de visita a Fisioterapia mucho más elevadas que el resto de grupos de población. En general, para cada variable de segmentación, las diferencias entre su valor máximo y mínimo oscilan alrededor de los 10 puntos porcentuales.

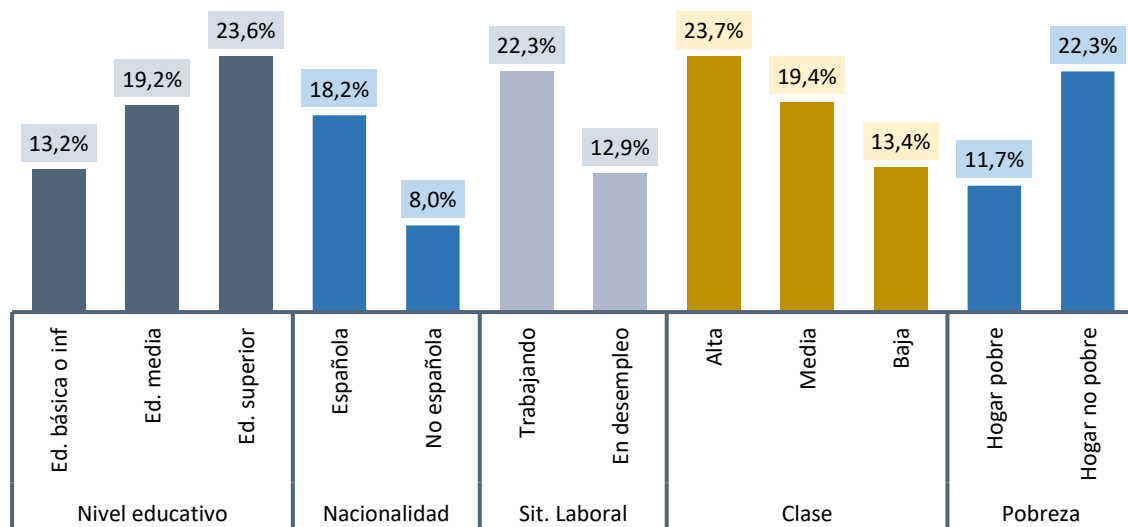


Gráfico 0.42 Visitas al fisioterapeuta en el último año en función de diversas variables

	Sí	No
Total	17,3%	82,7%
Menos de 18 años	18,2%	81,8%
De 18 a 64 años	19,1%	80,9%
De 65 o más años	10,7%	89,2%
Hombre	15,8%	84,2%
Mujer	18,6%	81,4%
Educación básica o menos	13,2%	86,8%
Educación media	19,2%	80,8%
Educación superior	23,6%	76,4%
Nacionalidad española	18,2%	81,7%
Nacionalidad no española	8,0%	92,0%
Trabajando	22,3%	77,7%
En desempleo	12,9%	87,1%
Urbano	17,6%	82,4%
Rural	16,0%	84,0%
Clase alta	23,7%	76,3%
Clase media	19,4%	80,5%
Clase baja	13,4%	86,5%
Hogar pobre	11,7%	88,2%
No pobre	22,3%	77,7%

Tabla 0-14 Visitas al fisioterapeuta en el último año en función de diversas variables

La desigualdad en la salud

2.1.3. Dentista

Las visitas al dentista también muestran importantes diferencias de base socioeconómica. Por una parte, llevan sin ir al dentista un año o más tiempo el 51,6% de las personas desempleadas, el 54,1% de las personas de clase baja y el 56,9% de las personas pobres. Todas estas cifras están muy por encima de las que se registran en sus respectivos grupos complementarios.

Por otra parte, el 1,8% de la población de 15 años o más no ha ido nunca al dentista. Sin embargo, la cifra se incrementa mucho para las personas en desempleo (3,6%) para las de clase baja (2,9%) y para las personas pobres (3,5%).

Finalmente, los dos últimos gráficos del capítulo muestran que las diferencias en las visitas al dentista están determinadas por la situación de pobreza y no dependen del nivel educativo de las personas pues, para cada uno de los niveles de educación, las personas pobres registran tasas mucho más elevadas que las que no lo son.

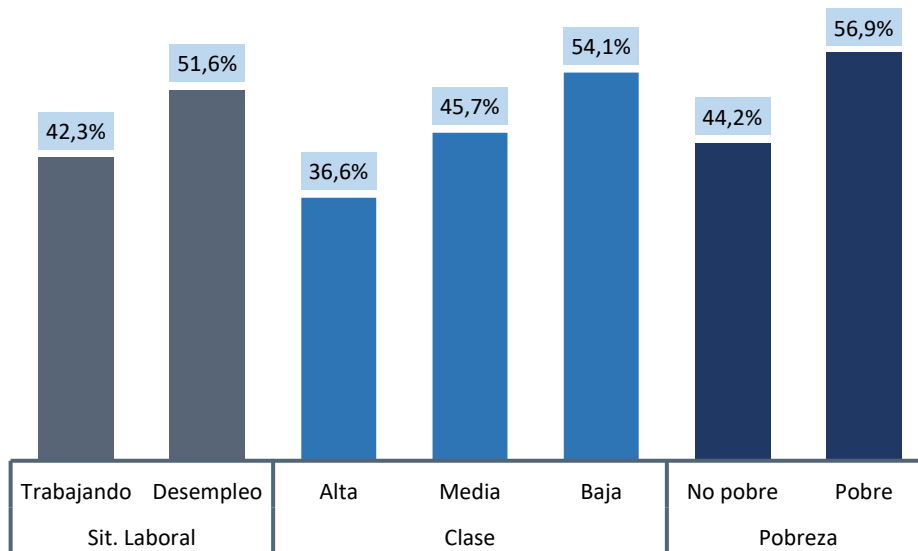


Gráfico 0.43 Porcentaje de personas que llevan un año o más sin acudir al dentista

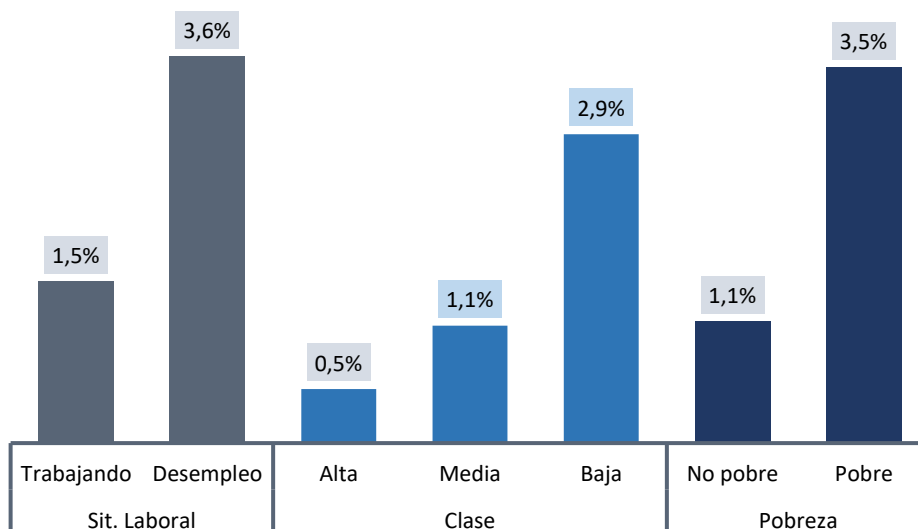


Gráfico 0.44 Porcentaje de personas que no han acudido nunca al dentista

	3 meses o menos	Más de 3 meses y menos de 6	6 meses a menos de 12 meses	12 meses o más	Nunca
Total	17,8%	12,3%	20,0%	48,0%	1,9%
Menos de 18 años	25,7%	16,0%	23,0%	33,1%	2,2%
De 18 a 64 años	18,4%	13,1%	21,6%	44,9%	2,0%
De 65 o más años	14,2%	9,1%	14,0%	61,5%	1,3%
Hombre	16,2%	11,3%	19,7%	50,3%	2,6%
Mujer	19,3%	13,3%	20,4%	45,9%	1,2%
Educación básica o menos	15,3%	10,4%	16,2%	55,3%	2,7%
Educación media	18,4%	13,0%	22,5%	44,6%	1,4%
Educación superior	22,0%	15,5%	25,4%	36,6%	0,5%
Nacionalidad española	18,1%	12,5%	20,1%	47,8%	1,4%
Nacionalidad no española	14,2%	10,4%	18,9%	50,5%	6,0%
Trabajando	18,9%	14,0%	23,3%	42,3%	1,5%
En desempleo	15,9%	10,6%	18,2%	51,6%	3,6%
Urbano	17,8%	12,6%	20,5%	47,3%	1,7%
Rural	17,4%	11,2%	18,4%	50,7%	2,3%
Clase alta	22,2%	15,6%	25,0%	36,6%	0,5%
Clase media	18,3%	12,7%	22,3%	45,7%	1,1%
Clase baja	15,6%	10,8%	16,7%	54,1%	2,9%
Hogar pobre	15,4%	9,8%	14,5%	56,9%	3,5%
No pobre	19,9%	13,8%	21,0%	44,2%	1,1%

Tabla 0-15 Tiempo transcurrido desde última visita al dentista, estomatólogo o higienista dental en función de diversas variables.

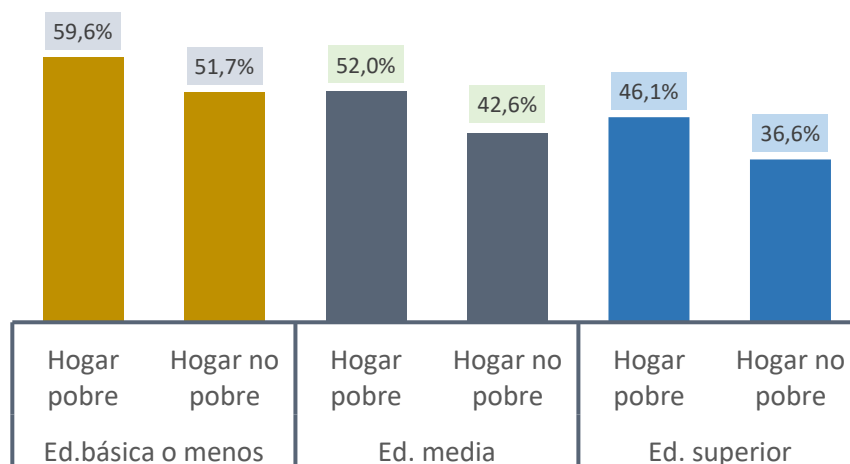


Gráfico 0.45 Proporción de personas que llevan un año o más sin acudir al dentista según nivel educativo y condición de pobreza

La desigualdad en la salud

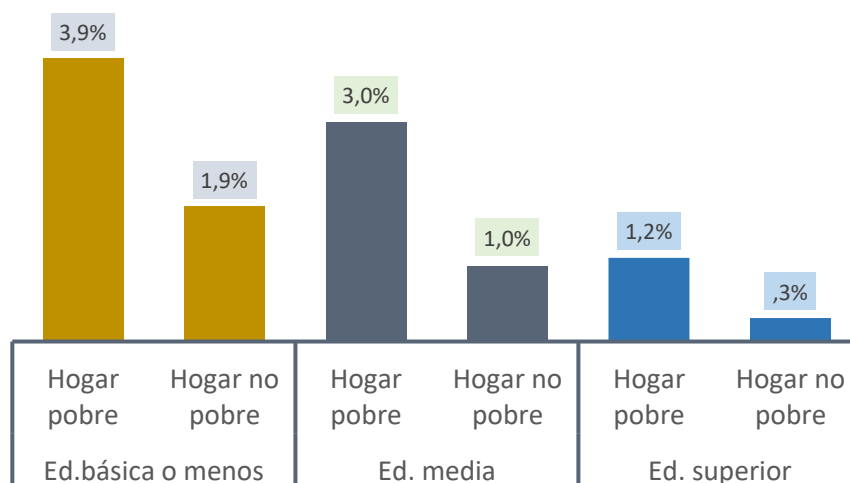


Gráfico o.46 Proporción de personas que no han acudido nunca al dentista según nivel educativo y condición de pobreza

2.2. PRUEBAS REALIZADAS

Los siguientes datos muestran si las personas de 15 años de edad o mayores se han realizado pruebas diagnósticas en los últimos 12 meses. Se consideran radiografías, TAC o escáner, ecografías y resonancias magnéticas.

	Ninguna	1	2	3 o más
Total	22,0%	43,1%	21,1%	13,8%
Menos de 18 años	46,5%	31,4%	15,5%	6,6%
De 18 a 64 años	24,2%	42,6%	20,3%	12,8%
De 65 o más años	9,9%	46,8%	25,0%	18,3%
Hombre	24,5%	45,4%	17,8%	12,3%
Mujer	19,6%	40,9%	24,3%	15,2%
Educación básica o menos	22,0%	43,4%	20,7%	13,9%
Educación media	25,0%	40,7%	21,1%	13,2%
Educación superior	19,8%	44,3%	22,0%	13,9%
Nacionalidad española	21,1%	43,3%	21,6%	14,0%
Nacionalidad no española	30,3%	40,9%	17,2%	11,6%
Trabajando	21,0%	45,8%	20,5%	12,7%
En desempleo	31,0%	37,6%	20,0%	11,4%
Urbano	21,8%	42,5%	21,4%	14,3%
Rural	23,0%	45,2%	20,1%	11,8%
Clase alta	20,8%	42,8%	21,3%	15,1%
Clase media	20,3%	43,3%	22,0%	14,4%
Clase baja	23,7%	43,1%	20,4%	12,8%
Hogar pobre	26,0%	40,2%	20,6%	13,1%
No pobre	19,0%	43,9%	22,5%	14,6%

Tabla o-16 Pruebas realizadas en los últimos 12 meses en función de diversas variables

En general, el 78% de las personas de 15 años o más se han realizado alguna prueba en los últimos 12 meses. Sin embargo, la tasa es mayor entre los mayores de 65 años (90,1%), las mujeres (80,4%) y las personas con nacionalidad española (78,9%).

También aparecen importantes diferencias de base socioeconómica. Se realizan pruebas más personas con educación superior (80,2%), más personas que están trabajando con respecto a las que están en desempleo (79% frente al 69%, respectivamente), más personas de clase media y alta y más personas que viven en hogares no pobres (81% con respecto al 74% entre las personas pobres).

Por otra parte, el Gráfico 0.47 muestra que hay más personas pobres que no se realizan análisis o pruebas médicas, tanto si se controla por edad, sexo, nacionalidad o situación laboral. Además, sesgos de pobreza y género se agrupan y potencian lo que produce que las diferencias en función de su condición de pobreza sean más elevadas para las mujeres que para los hombres. En este sentido, hay 6,8 puntos porcentuales de diferencia (32% de diferencia) entre los hombres pobres (28,2%) y no pobres (21,4%) que no se han realizado ninguna prueba médica en el último año y, sin embargo, entre las mujeres, hay 7,5 puntos porcentuales, que suponen una diferencia del 46%.

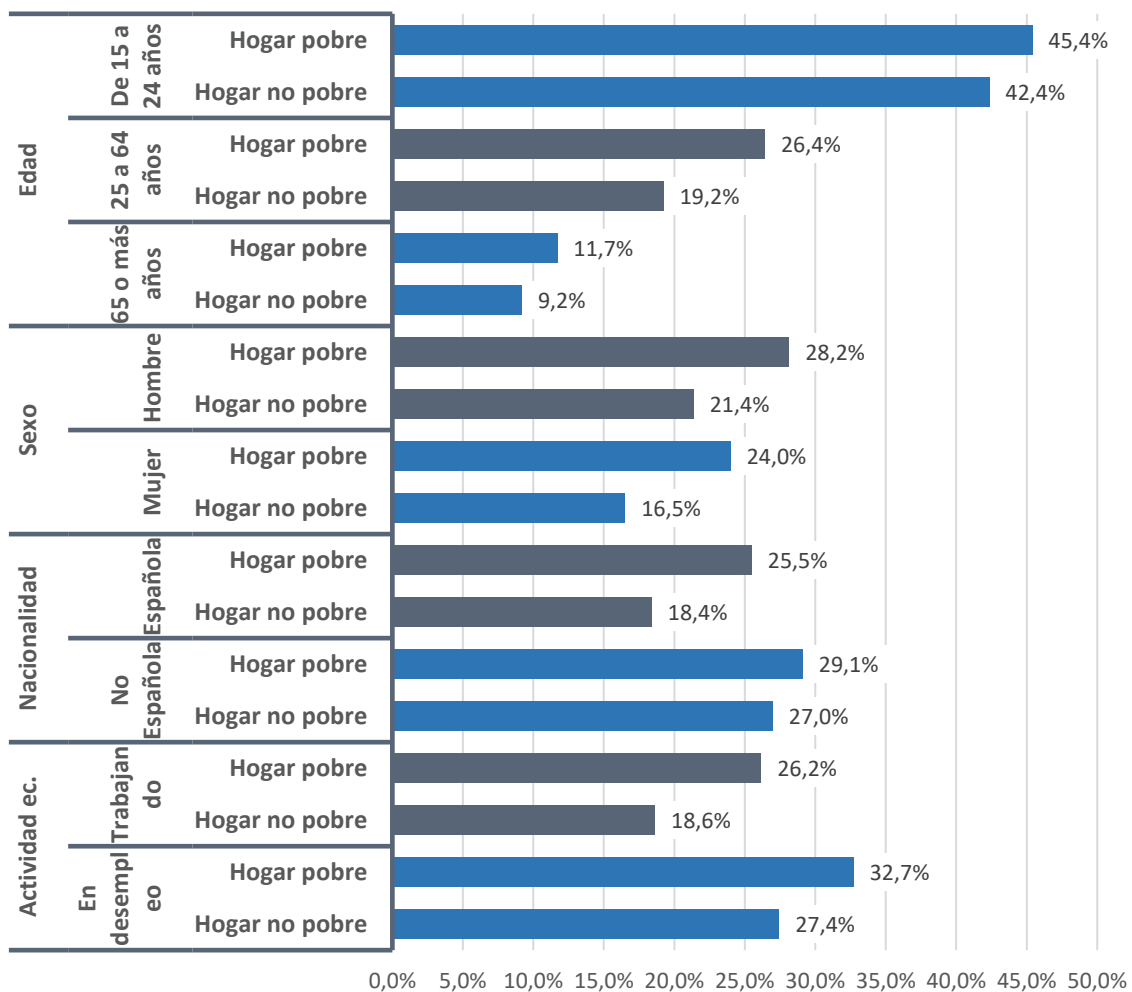


Gráfico 0.47 Porcentaje de población que no se ha realizado análisis o pruebas médicas en el último año en función de diversas variables.

2.3. ACCESIBILIDAD A ATENCIÓN MÉDICA, DENTAL, DE SALUD MENTAL Y MEDICAMENTOS

Este apartado investiga cuántas personas han necesitado asistencia sanitaria en el último año y no la han recibido por motivos económicos. Se analizan la accesibilidad a la atención médica, dental, de salud mental y a medicamentos recetados.

En primer lugar, no pudieron recibir atención por causas económicas el 2,3% de las personas que necesitaron asistencia médica, el 12,4% de las que necesitaron atención dental y el 1,3% de las que necesitaron servicios de salud mental. Además, el 3% no pudieron acceder a medicamentos recetados. Como era esperable, la escasa cobertura pública de la atención dental provoca un elevado porcentaje de personas que necesitaron asistencia y no pudieron recibirla a causa de problemas económicos. Para el resto de los servicios, los porcentajes son inferiores, pero, aun así, importantes para un sistema sanitario que se dice universal.

En segundo lugar, para los cuatro tipos de atención analizados, los datos tienen importantes variaciones en función de las variables socioeconómicas. Así, la inaccesibilidad a la atención sanitaria debida a problemas económicos es entre tres y cuatro veces superior para las personas en desempleo con respecto a las que están trabajando, para las personas de clase baja con respecto a las de clase alta y para las personas pobres con respecto a las que no lo son.

Las diferencias también son elevadas para las mujeres con respecto a los hombres y para las personas con educación básica o menor. Los datos concretos se muestran en las tablas y gráficos siguientes.

Accesibilidad a atención médica:

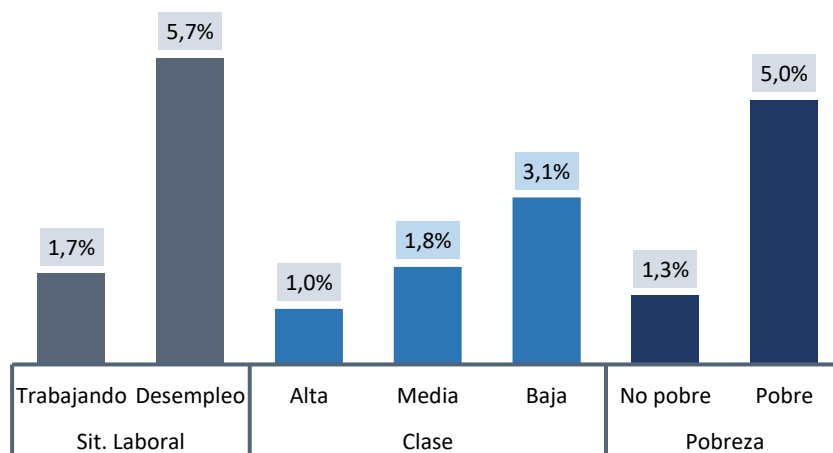


Gráfico 0.48 Falta de atención médica por problemas económicos en función de diversas variables.

	Sí	No	No lo he necesitado
Total	2,3%	93,8%	3,8%
Menos de 18 años	1,2%	94,9%	3,7%
De 18 a 64 años	2,5%	92,8%	4,7%
De 65 a más años	1,8%	97,2%	0,9%
Hombre	1,9%	92,5%	5,5%
Mujer	2,7%	95,1%	2,2%
Educación básica o menos	3,0%	93,6%	3,4%
Educación media	1,9%	93,7%	4,4%
Educación superior	1,4%	94,4%	4,2%
Nacionalidad española	2,2%	94,0%	3,7%
Nacionalidad no española	3,1%	92,2%	4,6%
Trabajando	1,7%	93,4%	4,8%
En desempleo	5,7%	88,9%	5,4%
Urbano	2,5%	93,6%	3,8%
Rural	1,5%	94,7%	3,7%
Clase alta	1,0%	95,2%	3,7%
Clase media	1,8%	94,7%	3,5%
Clase baja	3,1%	92,7%	4,1%
Hogar pobre	5,0%	90,7%	4,3%
No pobre	1,3%	94,5%	4,2%

Tabla 0-17 Falta de atención médica por problemas económicos en función de diversas variables.

Accesibilidad a atención dental:

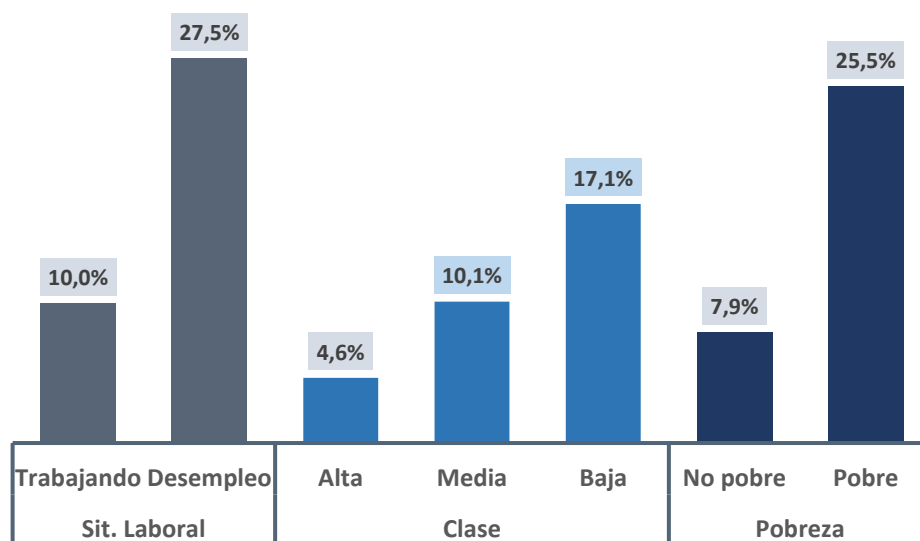


Gráfico 0.49 Falta de atención dental por problemas económicos en función de diversas variables.

La desigualdad en la salud

	Sí	No	No lo he necesitado
Total	12,4%	81,0%	6,5%
Menos de 18 años	7,0%	88,7%	4,1%
De 18 a 64 años	13,8%	80,2%	6,0%
De 65 a más años	8,8%	82,4%	8,6%
Hombre	11,0%	81,0%	7,9%
Mujer	13,7%	81,1%	5,2%
Educación básica o menos	15,3%	76,9%	7,8%
Educación media	12,2%	82,3%	5,4%
Educación superior	7,0%	88,0%	5,0%
Nacionalidad española	11,5%	82,0%	6,5%
Nacionalidad no española	20,8%	72,3%	6,7%
Trabajando	10,0%	84,2%	5,8%
En desempleo	27,5%	65,8%	6,8%
Urbano	13,2%	80,5%	6,3%
Rural	9,3%	83,2%	7,5%
Clase alta	4,6%	90,8%	4,5%
Clase media	10,1%	84,4%	5,5%
Clase baja	17,1%	74,9%	8,0%
Hogar pobre	25,5%	66,5%	8,0%
No pobre	7,9%	85,6%	6,6%

Tabla o-18 Falta de atención dental por problemas económicos en función de diversas variables.

Accesibilidad a atención de Salud mental:

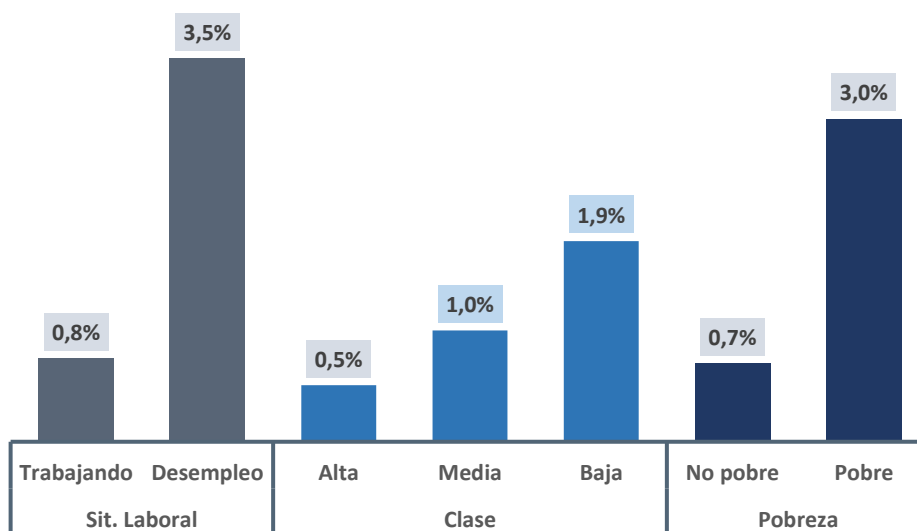


Gráfico o.50 Falta de atención en salud mental por problemas económicos en función de diversas variables.

	Sí	No	No lo he necesitado
Total	1,3%	56,1%	42,5%
Menos de 18 años	0,8%	58,3%	40,9%
De 18 a 64 años	1,5%	55,0%	43,4%
De 65 a más años	0,7%	59,5%	39,7%
Hombre	0,9%	55,2%	43,9%
Mujer	1,7%	57,0%	41,2%
Educación básica o menos	1,6%	57,9%	40,5%
Educación media	1,2%	55,2%	43,6%
Educación superior	0,8%	53,5%	45,6%
Nacionalidad española	1,4%	56,2%	42,4%
Nacionalidad no española	0,9%	55,8%	43,2%
Trabajando	0,8%	54,8%	44,4%
En desempleo	3,5%	52,4%	44,1%
Urbano	1,4%	55,3%	43,2%
Rural	0,9%	59,2%	39,9%
Clase alta	0,5%	53,4%	46,0%
Clase media	1,0%	57,0%	42,0%
Clase baja	1,9%	56,4%	41,7%
Hogar pobre	3,0%	53,3%	43,6%
No pobre	0,7%	52,4%	46,8%

Tabla 0-19 Falta de atención en salud mental por problemas económicos en función de diversas variables.

Accesibilidad a medicamentos recetados:

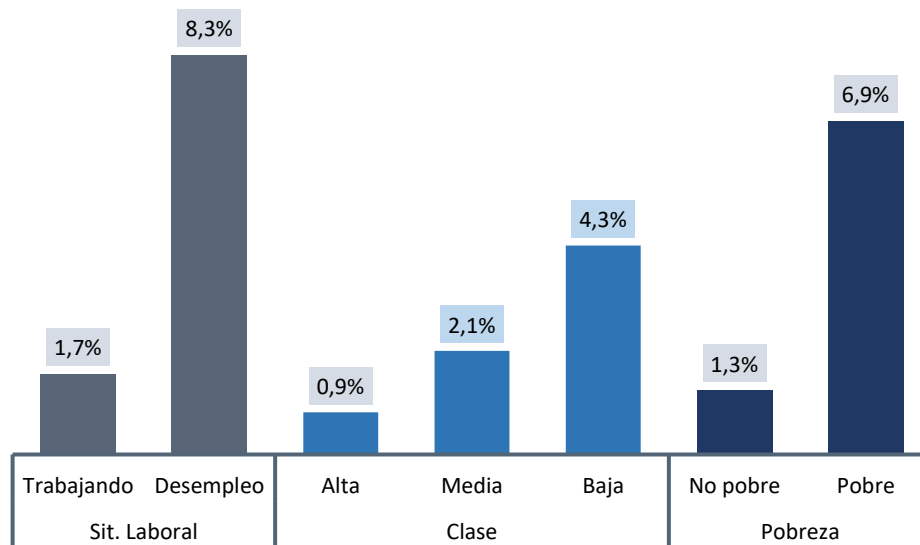


Gráfico 0.51 Falta acceso a medicamentos recetados por problemas económicos en función de diversas variables.

La desigualdad en la salud

	Sí	No	No lo he necesitado
Total	3,0%	90,6%	6,4%
Menos de 18 años	1,5%	87,6%	10,6%
De 18 a 64 años	3,2%	89,1%	7,6%
De 65 a más años	2,4%	96,1%	1,4%
Hombre	2,2%	89,1%	8,7%
Mujer	3,7%	92,1%	4,2%
Educación básica o menos	3,9%	90,4%	5,6%
Educación media	2,5%	90,2%	7,3%
Educación superior	1,5%	91,4%	7,1%
Nacionalidad española	3,0%	90,8%	6,3%
Nacionalidad no española	3,2%	89,2%	7,4%
Trabajando	1,7%	90,1%	8,2%
En desempleo	8,3%	84,3%	7,4%
Urbano	3,2%	90,4%	6,3%
Rural	2,2%	91,2%	6,5%
Clase alta	0,9%	92,3%	6,8%
Clase media	2,1%	91,5%	6,4%
Clase baja	4,3%	89,4%	6,2%
Hogar pobre	6,9%	86,6%	6,4%
No pobre	1,3%	91,3%	7,3%

Tabla 0-20 Falta acceso a medicamentos recetados por problemas económicos en función de diversas variables.

2.4. PRÁCTICAS PREVENTIVAS

La ley empírica de cuidados inversos, enunciada por Julian Hart en 1971 es ampliamente conocida: las personas que más atención sanitaria necesitan son las que menos la reciben, y la diferencia es más fuerte cuanto más débil sea el sistema público. Esta ley se observa en todos los aspectos de la atención sanitaria; consultas al médico, actividades terapéuticas o diagnósticas, seguimientos, cuidados y otros. Un ejemplo importante se produce, también, en el caso de las prácticas preventivas en las cuales, como se observa en los datos siguientes, las desigualdades de base socioeconómica son elevadas y las personas situadas en la base de la pirámide social se benefician menos.

Por otra parte, debe recordarse que medir la tensión arterial, el colesterol o el azúcar son prácticas de prevención secundaria que no inciden en las causas, sino que tratan de detectar las enfermedades en estadios tempranos. Es importante la prevención primaria, es decir, hablar sobre las causas y las condiciones de vida que favorecen el desarrollo de las enfermedades. "En general, se etiquetan factores biológicos como la cifra de colesterol, pero no se etiqueta la clase social, sabiendo que, en cuanto a la morbilidad y la mortalidad, la clase social es un determinante mucho más importante (...) Así, los factores sociales se transforman en individuales, y los individuales, en biológicos" (Rajmil, 2014).

En lo que sigue se muestran los resultados de la segmentación de algunas prácticas preventivas en función de las variables de corte que se vienen analizando. Se estudian la toma de tensión, medición de azúcar en sangre, colesterol y, para las mujeres, mamografías y citologías, necesarias para el cribado de cáncer de mama y de cérvix.

En general, el análisis de los datos revela diferencias según edad, sexo, nivel educativo, nacionalidad y hábitat y, especialmente significativas en lo que se refiere a las variables que indican posición social, tales como situación laboral, clase social y grado de pobreza del hogar en el que se vive.

2.4.1. Tiempo que hace de la última toma de tensión arterial

Aproximadamente tres de cada cuatro personas de 15 o más años de edad (72,3%) se ha tomado la tensión en el último año y un 4% no se la ha tomado nunca. Se toman más la tensión las mujeres, las

personas mayores, las que están trabajando, y las de hogares no pobres. Por otra parte, como muestra el gráfico siguiente, más del doble de las personas en desempleo (11,4% con respecto al 5,6% de las personas con trabajo) no se han tomado la tensión arterial nunca, ni tampoco en los últimos cinco años. Este porcentaje también es extraordinariamente elevado entre las personas pobres con respecto a las que no lo están (9,5% y 5,4%, respectivamente) y también es más elevado entre las personas de clase baja con respecto a las de clase media y alta (7,8%, 5,6% y 6,8%, respectivamente).

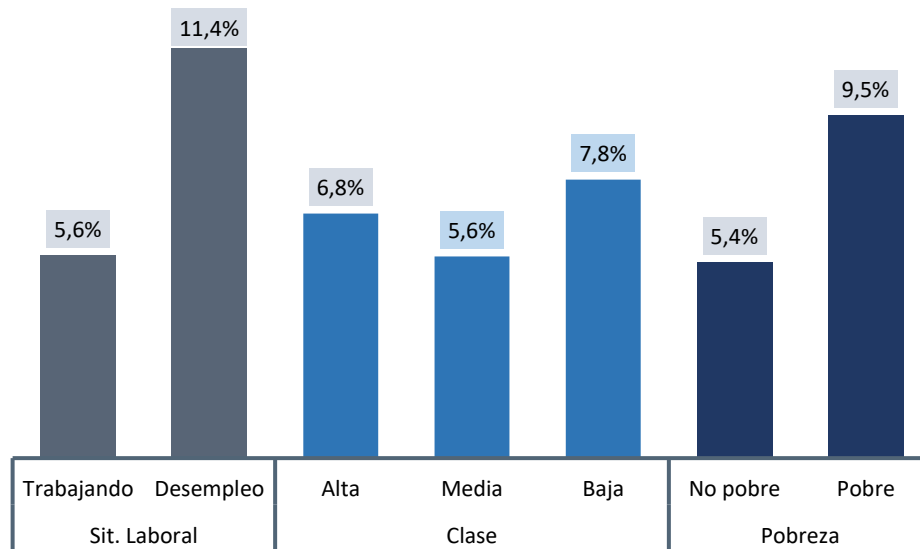


Gráfico 0.52 Porcentaje de población que nunca se ha tomado la tensión o hace más de 5 años en función de diversas variables

	En los últimos 12 meses	Hace 1 año o más pero menos de 2 años	Hace 2 años o más pero menos de 3 años	Hace 3 años o más pero menos de 5 años	Hace 5 años o más	Nunca
Total	72,3%	13,8%	4,7%	2,3%	2,9%	4,0%
Menos de 18 años	37,1%	22,2%	8,0%	5,5%	2,9%	24,3%
De 18 a 64 años	68,6%	16,1%	5,5%	2,6%	3,5%	3,9%
De 65 o más años	91,5%	4,7%	1,5%	0,9%	0,9%	0,5%
Hombre	70,9%	13,9%	5,0%	2,6%	3,1%	4,5%
Mujer	73,7%	13,7%	4,4%	2,0%	2,7%	3,5%
Educación básica o menos	73,8%	11,9%	4,5%	2,2%	2,7%	4,8%
Educación media	69,2%	16,1%	5,7%	2,1%	3,0%	4,0%
Educación superior	71,9%	15,7%	4,2%	2,6%	3,1%	2,5%
Nacionalidad española	73,2%	13,5%	4,5%	2,3%	2,9%	3,5%
Nacionalidad no española	63,8%	16,7%	6,8%	2,1%	2,1%	8,4%
Trabajando	71,4%	15,7%	5,0%	2,2%	2,8%	2,9%
En desempleo	61,1%	17,4%	6,1%	4,0%	6,1%	5,3%
Urbano	71,8%	13,8%	4,8%	2,3%	3,0%	4,3%
Rural	74,3%	14,0%	4,1%	2,4%	2,2%	2,9%
Clase alta	71,6%	14,7%	4,5%	2,5%	3,4%	3,5%
Clase media	73,6%	13,7%	4,5%	2,6%	2,4%	3,2%
Clase baja	71,7%	13,6%	4,9%	2,1%	3,0%	4,7%
Hogar pobre	68,4%	14,0%	5,5%	2,7%	3,9%	5,7%
No pobre	74,2%	13,6%	4,3%	2,4%	2,7%	2,8%

Tabla 0-21 Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial en función de diversas variables.

2.4.2. Tiempo que hace de la última medición de colesterol

Para el total de la población, la medición del tiempo transcurrido desde que les midieron el colesterol arroja resultados muy similares con respecto a la medición de la tensión arterial. Así, aproximadamente tres de cada cuatro personas de 15 o más años de edad (73,1%) se han medido el nivel de colesterol en sangre en el último año y un 4% no lo ha hecho nunca. También se miden más el colesterol las mujeres, las personas mayores, las de nacionalidad española, las que están trabajando y las que residen en hogares no pobres.

Además, como muestra el gráfico siguiente, más del doble de las personas en desempleo (10,1% con respecto al 4,5% de las personas que están trabajando) no se han tomado la tensión arterial nunca, ni tampoco en los últimos cinco años. Este porcentaje también es extraordinariamente elevado entre las personas pobres con respecto a las que no lo son (9% y 4,8%, respectivamente) y también es más elevado entre las personas de clase baja con respecto a las de clase media y alta (7,1%, 5,3% y 5,8%, respectivamente).

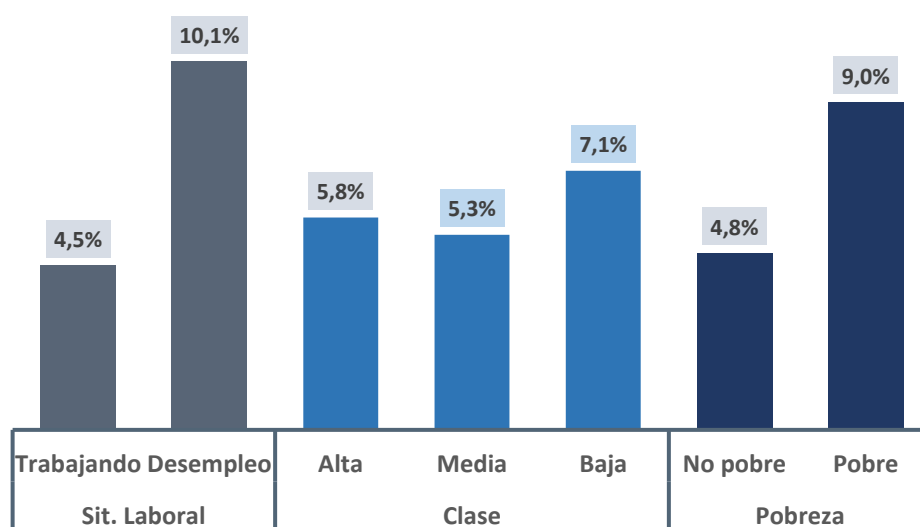


Gráfico 0.53 Porcentaje de población que nunca se ha medido el colesterol o hace más de 5 años en función de diversas variables

Finalmente, señalar que las diferencias en la medición del colesterol entre las personas pobres y las que no lo son se registran de manera más intensa entre la población adulta. En ella, el porcentaje que no se ha medido el colesterol nunca ni en los últimos cinco años es un 90% superior entre las personas pobres con respecto a las no pobres (3,5 puntos porcentuales de diferencia absoluta). Entre los adultos jóvenes, la cifra es un 19% más elevada entre ambos grupos (4,2 puntos porcentuales de diferencia absoluta). Para el conjunto de personas mayores, hay muy pocas que no se han medido el colesterol, aun así, la cifra entre los mayores pobres es un 56% más elevada que entre el resto de mayores.

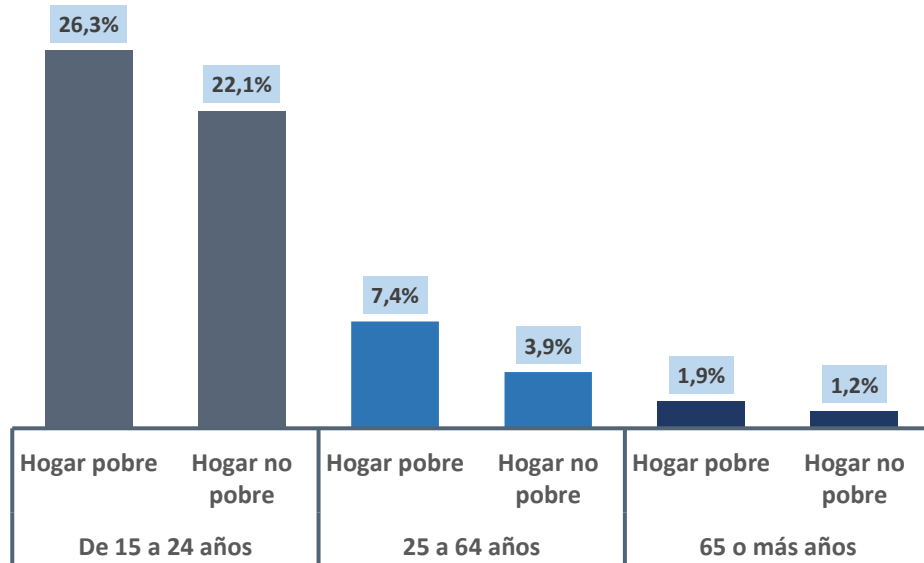


Gráfico 0.54 Porcentaje de población que nunca se ha medido el colesterol o hace más de 5 años en función de diversas variables

	En los últimos 12 meses	Más 1 año o más pero menos de 3 años	Hace 3 años o más pero menos de 5 años	Hace 5 años o más	Nunca
Total	73,1%	17,7%	3,0%	2,3%	4,0%
Menos de 18 años	36,2%	26,4%	5,0%	5,7%	26,7%
De 18 a 64 años	70,0%	20,3%	3,4%	2,5%	3,8%
De 65 o más años	90,1%	7,2%	1,3%	0,7%	0,6%
Hombre	71,1%	17,9%	3,4%	2,7%	4,8%
Mujer	74,9%	17,4%	2,6%	1,9%	3,2%
Educación básica o menos	73,9%	15,8%	3,0%	2,5%	4,8%
Educación media	69,7%	20,2%	3,4%	2,3%	4,4%
Educación superior	74,1%	19,3%	2,8%	1,8%	2,1%
Nacionalidad española	74,0%	17,2%	2,9%	2,2%	3,6%
Nacionalidad no española	63,9%	22,0%	3,9%	2,6%	7,7%
Trabajando	73,4%	19,1%	3,0%	1,8%	2,7%
En desempleo	62,4%	22,5%	5,0%	4,5%	5,6%
Urbano	73,0%	17,6%	3,0%	2,3%	4,0%
Rural	73,2%	17,9%	2,8%	1,9%	4,1%
Clase alta	73,3%	17,7%	3,2%	2,3%	3,5%
Clase media	74,5%	17,2%	2,9%	2,0%	3,4%
Clase baja	71,9%	18,0%	3,0%	2,5%	4,6%
Hogar pobre	68,6%	18,5%	3,9%	3,1%	5,9%
No pobre	75,9%	16,8%	2,5%	1,9%	2,9%

Tabla 0-22 Tiempo transcurrido desde la última medición de colesterol en función de diversas variables.

2.4.3. Medición del nivel de azúcar en sangre

Para el total de la población, la medición del tiempo transcurrido desde que les midieron el nivel de azúcar en sangre arroja resultados muy similares con respecto a los obtenidos en la medición de la tensión arterial y el colesterol. Así, aproximadamente tres de cada cuatro personas de 15 o más años de edad (72,3%) se han medido el nivel de azúcar en sangre en el último año y un 4,7% no lo ha hecho nunca. También se miden más el azúcar las mujeres, las personas mayores, las de nacionalidad española, las que están trabajando y las que residen en hogares no pobres.

El gráfico siguiente muestra que más del doble de las personas en desempleo (10,9% con respecto al 5,3% de las personas que están trabajando) no se ha medido el azúcar nunca, ni tampoco en los últimos cinco años. Este porcentaje también es extraordinariamente elevado entre las personas pobres con respecto al resto (9,6% y 5,4%, respectivamente) y también es más elevado entre las personas de clase baja con respecto a las de clase media y alta (7,9%, 5,9% y 6,5%, respectivamente).

Además, señalar que las diferencias en la medición del azúcar entre las personas pobres y las que no lo son se registran de manera más intensa entre la población adulta. En ella, el porcentaje que no se ha medido el azúcar nunca ni en los últimos cinco años es un 78% superior entre las personas pobres con respecto al resto de las personas (3,6 puntos porcentuales de diferencia absoluta). En el grupo de adultos jóvenes, la cifra es un 24% más elevada (5,1 puntos porcentuales de diferencia absoluta). Finalmente, tal como es esperable, muy pocas personas mayores no se han medido el azúcar, sin embargo, entre las que sí lo han hecho, la cifra es un 25% más alta en el grupo de mayores pobres (0,5 puntos porcentuales de diferencia absoluta).

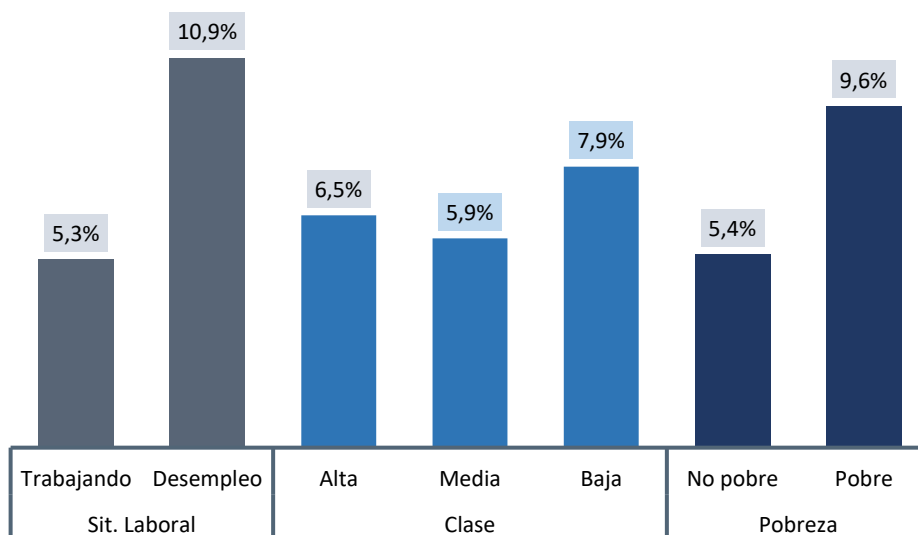


Gráfico 0.55 Porcentaje de población que nunca se ha medido el azúcar o hace más de 5 años en función de diversas variables

	En los últimos 12 meses	Más 1 año o más pero menos de 3 años	Hace 3 años o más pero menos de 5 años	Hace 5 años o más	Nunca
Total	72,3%	17,7%	3,1%	2,3%	4,7%
Menos de 18 años	35,5%	27,2%	4,7%	5,7%	26,8%
De 18 a 64 años	69,5%	19,9%	3,6%	2,6%	4,5%
De 65 o más años	88,5%	8,3%	1,2%	0,6%	1,4%
Hombre	70,2%	18,0%	3,6%	2,6%	5,7%
Mujer	74,3%	17,3%	2,6%	2,0%	3,7%
Educación básica o menos	72,8%	16,0%	3,1%	2,5%	5,5%
Educación media	69,2%	19,7%	3,6%	2,5%	5,0%
Educación superior	73,6%	19,2%	2,8%	1,6%	2,8%
Nacionalidad española	73,2%	17,3%	2,9%	2,2%	4,3%
Nacionalidad no española	63,9%	20,7%	4,8%	2,7%	7,9%
Trabajando	72,9%	18,8%	3,1%	1,9%	3,4%
En desempleo	62,0%	22,1%	5,0%	4,8%	6,1%
Urbano	72,2%	17,5%	3,2%	2,4%	4,7%
Rural	72,6%	18,1%	2,8%	1,9%	4,6%
Clase alta	72,8%	17,7%	3,0%	2,2%	4,3%
Clase media	73,9%	17,2%	3,1%	1,9%	4,0%
Clase baja	71,0%	18,0%	3,2%	2,6%	5,3%
Hogar pobre	67,7%	18,5%	4,2%	3,2%	6,4%
No pobre	75,1%	17,0%	2,4%	1,8%	3,6%

Tabla 0-23 Tiempo transcurrido desde la última medición del azúcar en función de diversas variables.

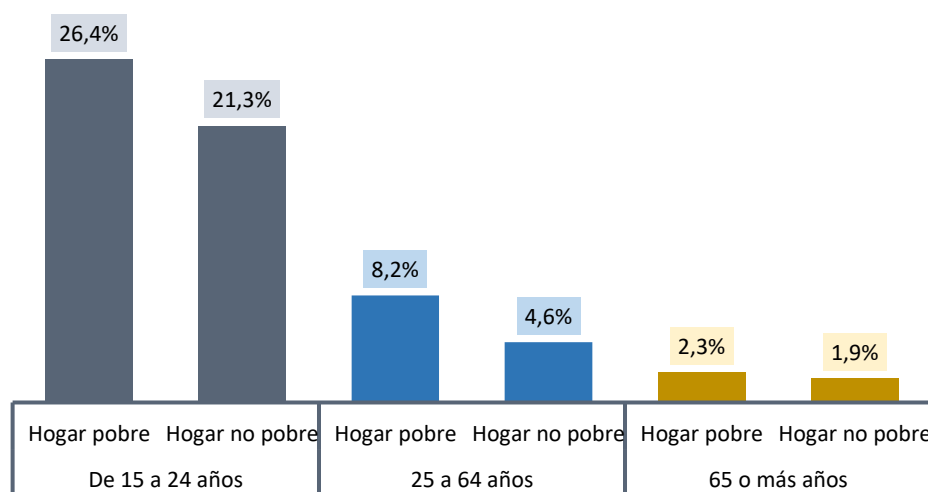


Gráfico 0.56 Porcentaje de población que nunca se ha medido el azúcar o hace más de 5 según edad y condición de pobreza

La desigualdad en la salud

2.4.4. Práctica de mamografías

Entre las prácticas preventivas para la salud específicamente femenina, se estudia en este epígrafe la realización de mamografías y, en el siguiente, las citologías.

La realización de mamografías en uno o ambos pechos para la detección precoz del cáncer de mama, está recomendada cada dos años en mujeres de 50 a 69 años.

En primer lugar, sólo a una de cada cinco mujeres de 15 o más años (20,9%) se le ha hecho una mamografía en el último año y a un 42,1% no se le ha hecho nunca. Según la edad, no se han realizado nunca una mamografía la práctica totalidad de las mujeres menores de 25 años (97,2%), algo menos de la mitad (42,6%) de las mujeres entre 25 y 64 años y una de cada seis mujeres de 65 o más años (15,7%).

Los datos muestran, además, que las mujeres que ocupan las últimas posiciones en las variables socioeconómicas medidas, están menos protegidas que al resto. Así, no le han realizado nunca una mamografía a dos de cada tres mujeres extranjeras (63,5%); a la mitad de las que están en desempleo; al 45,7% de las de clase baja, cifra que es más de ocho puntos porcentuales superior a las de clase alta; y a la mitad de las mujeres que residen en hogares pobres (48,9%), tasa que es un 31% superior (11,5 puntos porcentuales) a la registrada entre las mujeres que no lo son.

Por otra parte, las desigualdades de base socioeconómica también son importantes entre el grupo de mujeres a las que efectivamente le han realizado una mamografía hace menos de dos años. En este caso, las mujeres que ocupan las últimas posiciones también registran porcentajes muy bajos con respecto a las que están en los niveles superiores de la escala social. Así, le han realizado al menos una mamografía en los últimos dos años al 37% de las mujeres con nivel educativo básico, guarismo que está cinco puntos porcentuales por debajo de las de aquellas con educación superior; al 24% de las mujeres extranjeras, con respecto al 40,4% en las españolas; al 34,8% de las mujeres de clase baja, cifra que es más de 12 puntos porcentuales inferior a las de clase alta (47%), y a algo menos de una de cada tres mujeres pobres (32,2%) con respecto al 43,7% de mujeres no pobres con mamografía realizada.

	En los últimos 12 meses	Más 1 año o más pero menos de 2 años	Hace 2 años o más pero menos de 3 años	Hace 3 años o más	Nunca
Total	20,9%	17,8%	5,3%	13,9%	42,1%
De 15 a 24 años	0,9%	1,0%	0,6%	0,4%	97,2%
De 25 a 64 años	25,6%	21,0%	5,0%	5,9%	42,6%
De 65 o más años	17,2%	17,0%	8,1%	41,9%	15,7%
Educación básica o menos	18,3%	18,9%	5,8%	20,3%	36,8%
Educación media	21,9%	16,6%	4,2%	7,5%	49,8%
Educación superior	25,2%	16,9%	5,1%	6,7%	46,2%
Nacionalidad española	21,9%	18,5%	5,3%	14,6%	39,7%
Nacionalidad no española	12,2%	12,0%	5,0%	7,3%	63,5%
Trabajando	23,8%	18,9%	4,7%	5,7%	46,9%
En desempleo	21,6%	16,5%	4,2%	6,9%	50,8%
Urbano	20,9%	17,6%	5,4%	13,3%	42,8%
Rural	20,9%	18,7%	4,9%	16,1%	39,4%
Clase alta	27,3%	19,6%	5,6%	9,8%	37,6%
Clase media	22,0%	18,5%	5,8%	14,0%	39,7%
Clase baja	18,0%	16,8%	4,7%	14,7%	45,7%
Hogar pobre	15,4%	16,8%	4,9%	14,0%	48,9%
No pobre	25,0%	18,7%	5,8%	13,1%	37,4%

Tabla 0-24 Tiempo transcurrido desde la última mamografía en función de diversas variables

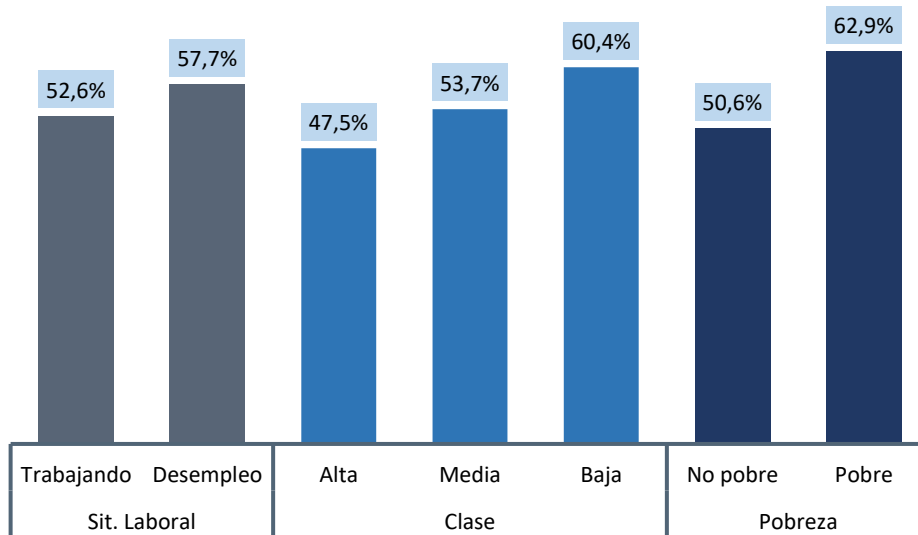


Gráfico 0.57 Porcentaje de mujeres que no se ha realizado una mamografía nunca o hace más de 3 años en función de diversas variables

Para el caso de las mujeres que están en la edad recomendada para el cribado de cáncer de mama, es decir, aquellas que están entre 50 y 69 años, la situación es parecida y los porcentajes de mujeres a las que no se les ha realizado nunca, o que llevan un mínimo de tres años sin hacer la prueba son mucho más altos entre aquellas que están en desempleo, las de clase baja y las pobres que viven en hogares pobres.

Para este último caso, las diferencias son especialmente intensas: al 9,1% de las mujeres pobres que están en la edad recomendada del cribado, no se les ha realizado nunca una mamografía, cifra que triplica al porcentaje de mujeres no pobres que están en la misma situación (3,4%). Además, si se consideran las mujeres de la edad recomendada que llevan más de tres años sin someterse a una mamografía, o que nunca lo han hecho, la cifra sube al 16,3% entre las mujeres pobres, que es el doble del valor que registra el resto de ellas (8,3%).

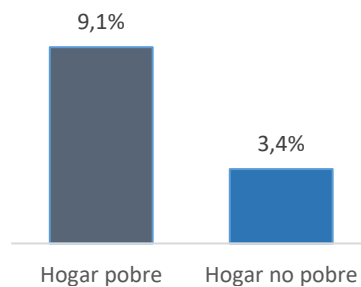


Gráfico 0.58 Porcentaje de mujeres que nunca se han realizado una mamografía en la edad recomendada.

La desigualdad en la salud

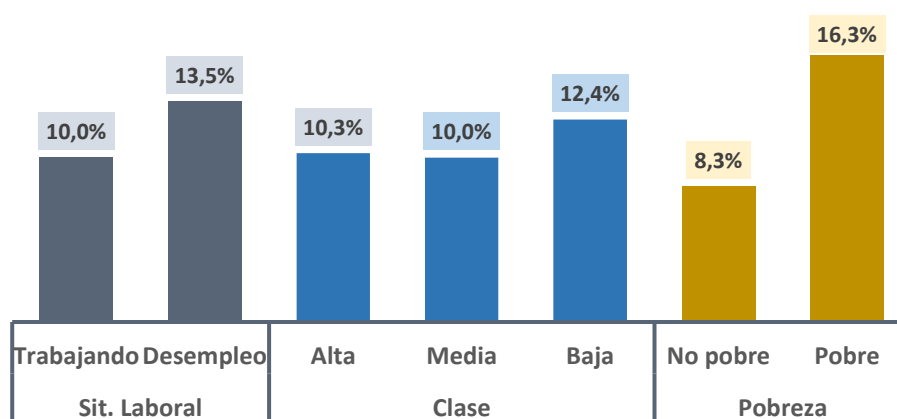


Gráfico 0.59 Porcentaje de mujeres que nunca se ha realizado una mamografía o hace más de 3 en edad recomendada en función de diversas variables (de 50 a 69 años)

	Últimos 2 años	Entre 2 y 3 años	Hace 3 años o más	Nunca
Total	81,5%	7,3%	6,1%	5,2%
Educación básica o menos	81,4%	7,0%	6,0%	5,7%
Educación media	80,4%	7,2%	6,4%	6,0%
Educación superior	82,7%	8,0%	6,1%	3,3%
Nacionalidad española	82,9%	7,0%	5,8%	4,3%
Nacionalidad no española	62,5%	11,4%	9,8%	16,2%
Trabajando	82,2%	7,7%	5,4%	4,6%
En desempleo	79,7%	6,8%	5,5%	7,9%
Urbano	80,3%	7,5%	6,6%	5,5%
Rural	85,7%	6,2%	4,1%	4,0%
Clase alta	82,2%	7,5%	6,2%	4,1%
Clase media	82,0%	8,0%	5,7%	4,3%
Clase baja	81,1%	6,6%	6,3%	6,0%
Hogar pobre	76,4%	7,3%	7,2%	9,1%
No pobre	84,1%	7,6%	4,8%	3,4%

Tabla 0-25 Tiempo transcurrido desde la última mamografía (mujeres en edad recomendada para cribado de cáncer de mama: 50 a 69 años)

2.4.5. Práctica de citología

La citología consiste en la toma de una muestra de células y se utiliza para el diagnóstico precoz de cáncer de cuello de útero o de vagina, que es el segundo tipo de cáncer más común entre las mujeres, así como para diagnosticar determinadas infecciones. En España se diagnostican unos 2.100 casos anuales²¹. Entre los factores de riesgo más importantes para desarrollar cáncer de cuello uterino están la infección del

²¹ Asociación Española contra el Cáncer <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cervix/evolucion-cancer-cervix>

virus del papiloma humano, el herpes genital, el tabaquismo y algunos factores socioeconómicos entre los que destaca el pertenecer a “grupos de mujeres que tienen menos probabilidades de tener acceso a pruebas de detección de cáncer de cuello uterino”²². En otras palabras, la realización de citologías constituye un buen ejemplo de la Ley de cuidados inversos²³, puesto que las mujeres pobres tienen menos acceso a los métodos anticonceptivos y están más expuestas a los factores de riesgo que se han señalado. Sin embargo, como se verá, estas mujeres constituyen, precisamente, el grupo con tasas más bajas en pruebas citológicas.

	En los últimos 12 meses	Hace 1 año o más pero menos de 2 años	Hace 2 años o más pero menos de 3 años	Hace 3 años o más pero menos de 5 años	Hace 5 años o más	Nunca
Total	25,7%	20,6%	10,3%	6,6%	12,2%	24,6%
Menos de 18 años	2,6%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	96,6%
De 18 a 64 años	32,7%	25,3%	11,9%	6,7%	6,5%	16,9%
De 65 o más años	7,7%	9,0%	7,0%	7,3%	32,4%	36,6%
Educación básica o menos	16,0%	15,5%	9,7%	6,8%	18,0%	34,0%
Educación media	30,1%	24,9%	11,8%	6,5%	6,8%	19,9%
Educación superior	40,4%	26,7%	10,4%	6,1%	5,7%	10,7%
Nacionalidad española	25,2%	20,8%	10,4%	6,7%	13,0%	23,8%
Nacionalidad no española	29,6%	18,0%	10,0%	4,8%	5,3%	32,1%
Trabajando	35,9%	28,3%	12,0%	6,6%	5,9%	11,3%
En desempleo	32,7%	24,1%	12,3%	7,2%	7,3%	16,3%
Urbano	26,9%	21,1%	10,1%	6,3%	12,1%	23,4%
Rural	20,8%	18,3%	11,3%	7,4%	12,6%	29,5%
Clase alta	36,1%	25,2%	9,5%	5,2%	8,6%	15,4%
Clase media	26,7%	21,2%	10,7%	6,9%	12,3%	22,2%
Clase baja	21,4%	18,5%	10,6%	6,8%	13,3%	29,4%
Hogar pobre	20,3%	15,8%	9,8%	7,0%	13,3%	33,8%
No pobre	30,1%	22,4%	10,9%	6,7%	11,5%	18,4%

Tabla o-26 Tiempo transcurrido desde la última citología (mujeres de 15 o más años)

En primer lugar, sólo a una de cada cuatro mujeres de 15 o más años (25,7%) se le ha hecho una citología en el último año y a otro 24,6% no se le ha hecho nunca.

Los datos muestran que las mujeres que ocupan las últimas posiciones en las variables socioeconómicas medidas, están menos protegidas que al resto. Así, no le han realizado nunca una citología a una de cada tres mujeres (34%) con nivel educativo básico o inferior, cifra que multiplica por 3,5 la tasa de aquellas con educación superior; al 23,8% de las mujeres españolas y al 32,1% de las no españolas; al 16,3% de las que están en desempleo y al 11,3% de las que tienen un trabajo; al 23,4% de las que viven en ámbitos urbanos, seis puntos porcentuales por encima de las residentes en municipios pequeños; al doble de las

²² Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO), <https://www.cancer.net/es/tipos-de-c%C3%A1ncer/c%C3%A1ncer-de-cuello-uterino/factores-de-riesgo>

²³ Ver apartado sobre prácticas preventivas

La desigualdad en la salud

mujeres de clase baja con respecto a las de clase alta (29,4% y 15,4%, respectivamente) y a una de cada tres mujeres pobres (33,8% con respecto al 18,4% entre las mujeres que no son pobres).

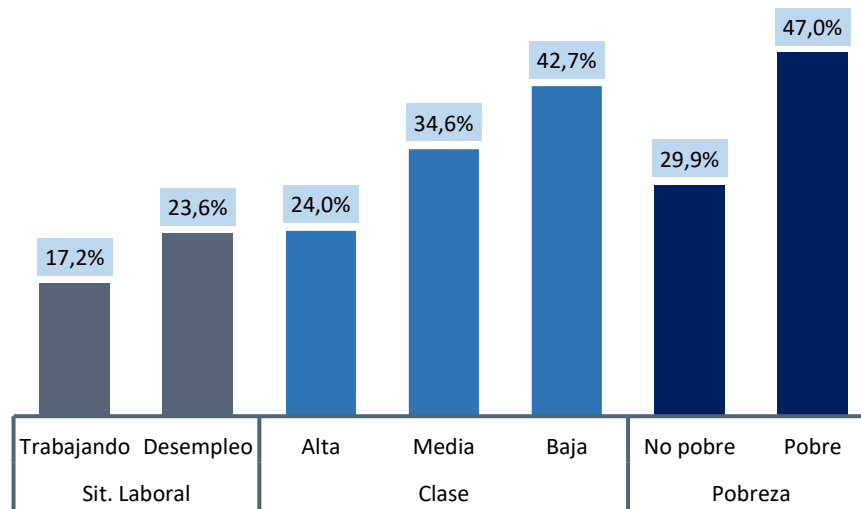


Gráfico o.6o Porcentaje de mujeres que nunca se ha realizado una citología o hace más de 5 en función de diversas variables

3. DETERMINANTES DE LA SALUD

Los determinantes de la salud se refieren al conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de las personas. Tal como aclara el apartado metodológico de la ENSE 2017, este capítulo trata de investigar algunas características físicas básicas y hábitos de vida que se consideran un riesgo para la salud, tales como el índice de masa corporal (IMC), el consumo de tabaco y alcohol, la actividad física y la alimentación.

Es importante tener en cuenta que la insistencia en mejorar las conductas o estilos de vida, no tienen en cuenta que muchos de esos comportamientos no son elecciones individuales. Desde 1974, en que se presentó el estudio sobre la salud de los canadienses conocido como "Informe Lalonde", se sabe que la salud está determinada fundamentalmente por cuestiones socioeconómicas y ambientales y que, contrariamente, los presupuestos se dedican en su mayor parte a la asistencia sanitaria. Esta idea impregna también el documento de la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España²⁴ y su modelo de determinantes de la salud, que considera determinantes estructurales, tales como el contexto socioeconómico y político imperante; determinantes intermedios, tales como las condiciones de empleo, los ingresos, la calidad de la vivienda y otros; los factores conductuales y biológicos, y los servicios de salud.

A lo largo del capítulo se verá que la práctica totalidad de las cuestiones analizadas están mediadas – determinadas – por las condiciones socioeconómicas. Es necesario actuar sobre esas causas.

3.1. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

El Índice de masa corporal (IMC) se define como la relación entre el peso en kilos del individuo y el cuadrado de su altura expresada en metros. En la población de 18 y más años, se consideran cuatro categorías:

- Peso insuficiente, si IMC es menor a 18,5 kg/m²
- Peso normal, si IMC está entre 18,5 kg/m² y 25 kg/m²
- Sobrepeso, si IMC está entre 25 kg/m² y 30 kg/m²
- Obesidad si IMC es mayor o igual a 30 kg/m²

Además, en la población de 17 años o menos, el peso insuficiente, el sobrepeso y la obesidad se definen en función del sexo y la edad, utilizando los puntos de corte específicos establecidos por *World Obesity Federation*²⁵.

El 44,5% de las personas de 15 años o más, es decir, algo menos de la mitad de la población tiene un peso considerado como normal. Otro 36,2% tiene sobrepeso y otro 16,9% se califican de personas obesas. Además, hay un 2,5% de personas con peso insuficiente.

Estos datos tienen diferencias significativas en función de las diferentes variables de segmentación utilizadas. En primer lugar, el número de personas con sobrepeso y obesas se incrementa con la edad y entre los grupos con nivel educativo más bajo. En segundo lugar, las variaciones de base socioeconómica producen diferencias sustanciales en el IMC. Por ejemplo, el número de personas obesas entre las que tienen educación básica o menos, es el doble de las que se encuentran entre aquellas con educación

²⁴ [Ver introducción](#)

²⁵ Para más detalles, consultar apartado metodológico de ENSE

La desigualdad en la salud

superior (20,9% frente al 11,4%), y la misma relación se encuentra entre las personas de clase baja con respecto a las de clase alta (20,1% y 10,2%, respectivamente). También hay más personas obesas entre las desempleadas que entre las que están trabajando y la situación de pobreza determina una diferencia de siete puntos porcentuales en la tasa de obesidad (21,9% entre las personas pobres y 15% entre las que no lo son).

Por otra parte, si se controla la variable edad, puede verse que las tasas de obesidad son más altas entre las personas pobres para todos los grupos de edad. Como se verá en el apartado sobre alimentación, las personas pobres comen peor porque los alimentos sanos son caros y ese es uno de los principales factores por los cuales las tasas de obesidad son más altas entre ellas.

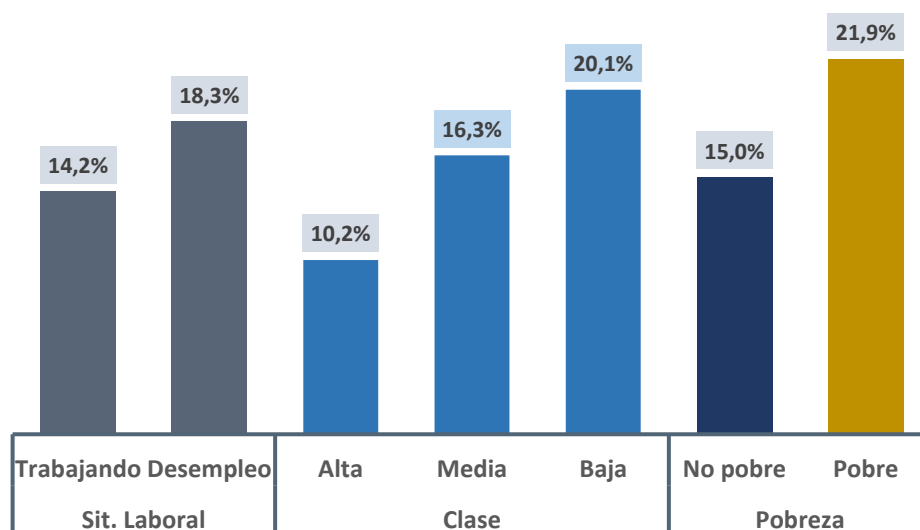


Gráfico o.61 Porcentaje de población con obesidad en función de diversas variables

	Peso insuficiente	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad
Total	2,5%	44,5%	36,2%	16,9%
Menos de 18 años	10,4%	70,9%	15,4%	3,2%
De 18 a 64 años	2,5%	47,0%	34,9%	15,6%
De 65 o más años	1,0%	30,2%	44,8%	23,9%
Hombre	1,2%	38,2%	43,1%	17,5%
Mujer	3,8%	50,6%	29,4%	16,2%
Educación básica o menos	2,1%	38,5%	38,6%	20,9%
Educación media	3,3%	47,4%	34,9%	14,3%
Educación superior	2,6%	53,3%	32,7%	11,4%
Nacionalidad española	2,5%	44,1%	36,5%	17,0%
Nacionalidad no española	2,8%	48,0%	33,5%	15,8%
Trabajando	1,9%	47,3%	36,7%	14,2%
En desempleo	2,6%	46,1%	33,0%	18,3%
Urbano	2,5%	45,5%	35,6%	16,4%
Rural	2,4%	40,5%	38,5%	18,7%
Clase alta	3,2%	54,1%	32,5%	10,2%
Clase media	2,5%	43,9%	37,3%	16,3%
Clase baja	2,1%	40,8%	37,0%	20,1%
Hogar pobre	2,7%	39,7%	35,7%	21,9%
No pobre	2,3%	45,9%	36,8%	15,0%

Tabla o-27 Índice de Masa Corporal en función de diversas variables

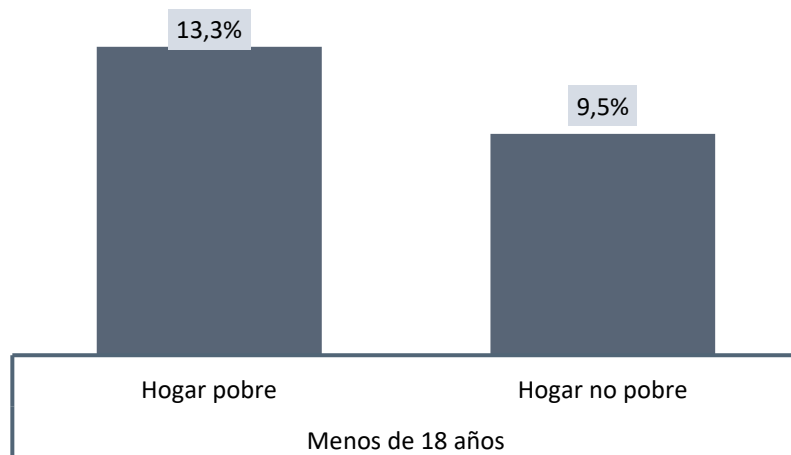


Gráfico 0.62 Porcentaje de población de 15 a 18 años con peso insuficiente según condición de pobreza

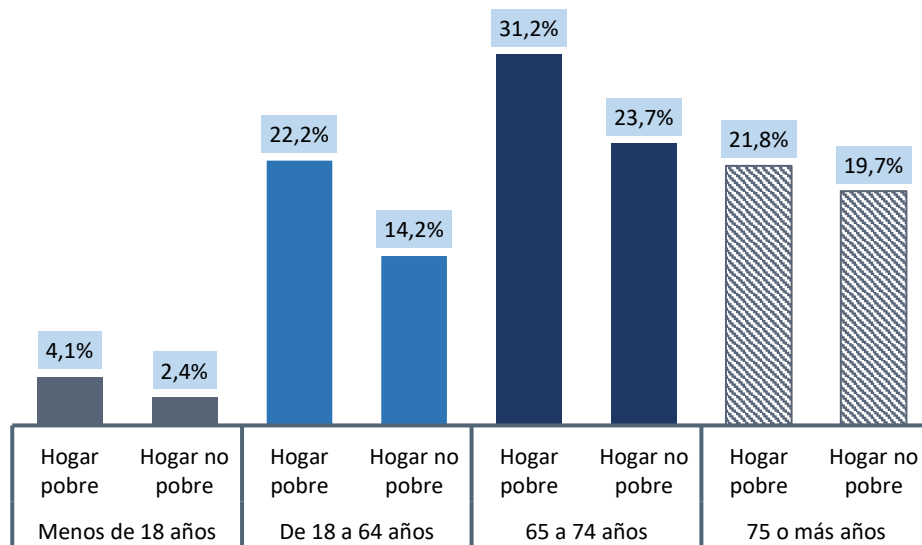


Gráfico 0.63 Proporción de población con obesidad según edad y pobreza

3.2. CONSUMO DE TABACO

Aproximadamente la mitad de la población española de 15 años o más no ha fumado nunca y la otra mitad se divide a partes iguales entre las que fuman y entre las que han dejado de fumar. El 22,1% fuma a diario y, en el caso de los hombres, la cifra sube al 25,6%.

Los datos muestran que fuman más los hombres (28,3% con respecto al 20,8% de las mujeres), las personas en desempleo (36,3% con respecto al 26,5% de las que trabajan), las de clase baja (24,8% con respecto al 17,1% de las de clase alta) y las que viven en hogares pobres (24,5% con respecto al 20,8% de las personas que no lo son).

La desigualdad en la salud

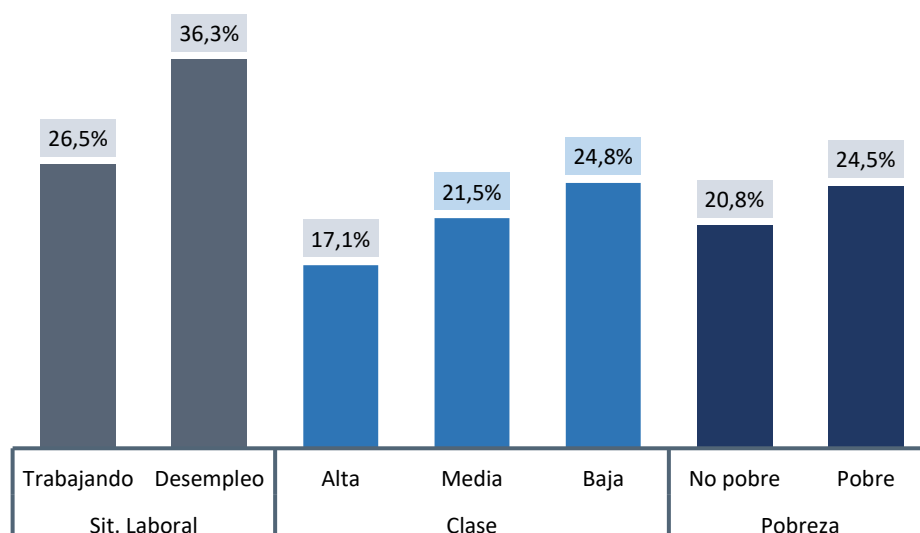


Gráfico o.64 Porcentaje de población fumadora en función de diversas variables

	Sí, fumo a diario	Sí fumo, pero no a diario	No fumo, pero he fumado antes	No he fumado nunca
Total	22,1%	2,3%	24,9%	50,7%
Menos de 18 años	7,3%	1,5%	3,6%	87,7%
De 18 a 64 años	27,0%	2,9%	24,3%	45,8%
De 65 o más años	8,2%	0,6%	30,9%	60,2%
Hombre	25,6%	2,7%	32,2%	39,5%
Mujer	18,8%	2,0%	18,0%	61,2%
Educación básica o menos	22,9%	1,8%	23,9%	51,4%
Educación media	25,0%	2,8%	23,9%	48,3%
Educación superior	18,3%	3,0%	27,8%	50,9%
Nacionalidad española	22,2%	2,3%	25,7%	49,8%
Nacionalidad no española	20,8%	2,5%	17,6%	59,0%
Trabajando	26,5%	3,1%	26,4%	44,0%
En desempleo	36,3%	2,8%	20,5%	40,4%
Urbano	22,1%	2,5%	25,0%	50,5%
Rural	22,1%	1,8%	24,7%	51,4%
Clase alta	17,1%	2,9%	27,6%	52,3%
Clase media	21,5%	2,3%	26,6%	49,6%
Clase baja	24,8%	2,2%	23,0%	50,0%
Hogar pobre	24,5%	2,3%	22,9%	50,3%
No pobre	20,8%	2,6%	28,0%	48,6%

Tabla o-28 Frecuencia de consumo de tabaco en función de diversas variables

3.3. CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es el factor de riesgo modificable que en más enfermedades está involucrado. Su consumo está generalizado en el país y dos de cada tres personas lo consumen en diversa proporción. El 14,7% de las personas de 15 años o más beben a diario y otro 21,8% de forma semanal. Ambas cifras suben al 22,5% y al 26,5%, respectivamente en el caso de los hombres. Consumen más alcohol los hombres, las personas con educación superior, las que están trabajando, las personas de clase alta y las que viven en hogares que no son pobres.

Por otra parte, el 20,6% de las personas no consume nunca alcohol y el número es más alto entre los desempleados (19,3% con respecto al 13% entre los que tienen empleo), entre las personas de clase baja (24,6% con respecto a 14,4% de la clase alta) y entre las personas pobres (27% que no consume con respecto al 14,9% de las no pobres).

	Diario	Semanal (pero no diario)	Mensual (<1 semana)	Menos de una vez al mes	No en el último año	Nunca
Total	14,7%	21,8%	17,8%	11,2%	13,9%	20,6%
Menos de 18 años	0,5%	5,9%	14,9%	13,3%	5,8%	59,6%
De 18 a 64 años	12,7%	26,4%	20,6%	11,9%	11,8%	16,6%
De 65 o más años	24,3%	9,2%	9,0%	8,4%	22,5%	26,6%
Hombre	22,5%	26,5%	18,3%	8,7%	12,5%	11,5%
Mujer	7,3%	17,3%	17,4%	13,5%	15,2%	29,2%
Educación básica o menos	16,2%	14,7%	13,3%	10,8%	17,5%	27,4%
Educación media	12,6%	25,9%	22,2%	12,7%	10,5%	16,1%
Educación superior	13,5%	32,3%	23,2%	10,7%	9,5%	10,8%
Nacionalidad española	15,5%	21,9%	17,7%	11,4%	14,4%	19,2%
Nacionalidad no española	7,9%	21,0%	19,1%	8,6%	9,7%	33,6%
Trabajando	14,0%	29,7%	21,8%	11,6%	10,0%	13,0%
En desempleo	12,3%	21,9%	18,8%	12,2%	15,5%	19,3%
Urbano	13,7%	22,5%	18,6%	11,4%	13,2%	20,5%
Rural	18,4%	19,1%	15,0%	10,2%	16,5%	20,8%
Clase alta	15,4%	31,8%	20,9%	8,6%	9,0%	14,4%
Clase media	15,8%	22,5%	18,6%	11,7%	13,7%	17,7%
Clase baja	14,1%	17,5%	16,1%	11,8%	16,0%	24,6%
Hogar pobre	13,5%	15,3%	15,3%	12,1%	16,9%	27,0%
No pobre	16,9%	26,6%	19,5%	10,5%	11,6%	14,9%

Tabla 0-29 Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses en función de diversas variables (15 años o más)

La desigualdad en la salud

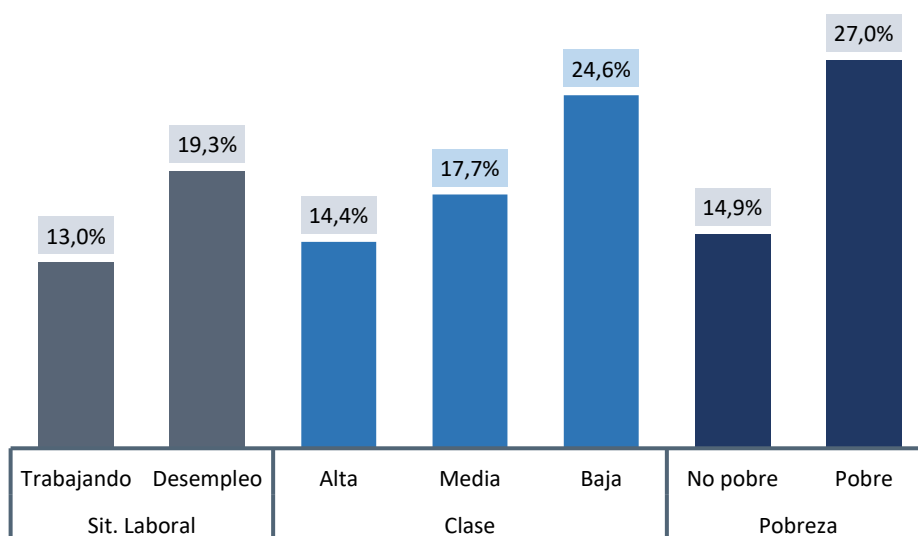


Gráfico o.65 Porcentaje de población que nunca consume alcohol en función de diversas variables

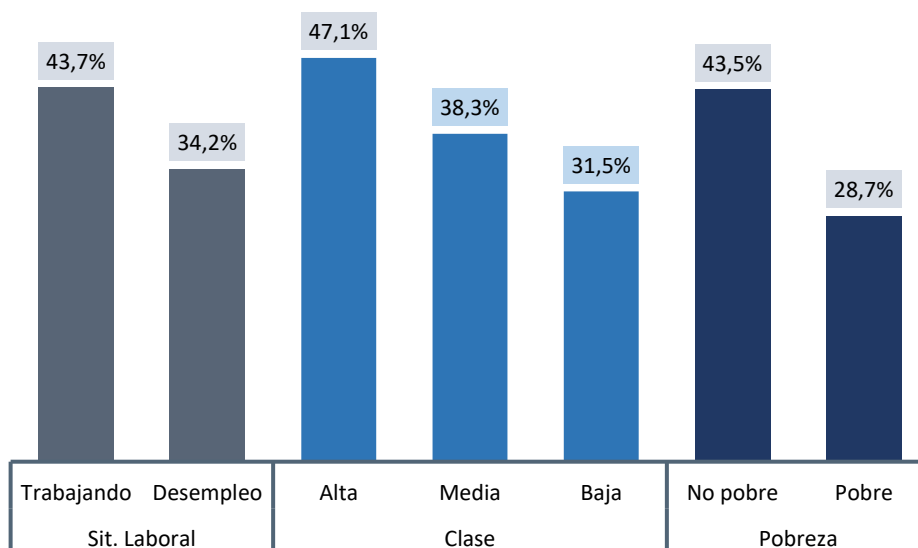


Gráfico o.66 Proporción de población que consume alcohol más de una vez por semana en función de diversas variables

3.4. ACTIVIDAD FÍSICA

Practicar ejercicio de forma regular es beneficioso para la prevención de muchas enfermedades, para controlar el peso, dormir mejor, incrementa la densidad ósea, mejora las articulaciones, controlar el nivel de azúcar y multitud de otras cuestiones relacionadas con la salud.

El 37,8% de las personas de 15 o más años no hacen ejercicio nunca y otro 36,3% realiza alguna actividad física ocasional. La actividad física se reduce a medida que aumenta la edad, y hacen menos ejercicio las mujeres, las personas con educación básica o inferior, las extranjeras, las de clase baja y las que viven en hogares pobres.

El 73,8% de los menores de 18 años que realizan algún tipo de ejercicio y esta cifra se reduce al 63,6% entre las personas de 18 a 64 años, y al 55,3% entre las de 65 o más años. También las variables de tipo socioeconómico influyen. Así, prácticamente la mitad de las personas pobres no hacen ejercicio (47% frente al 32% de las que no son pobres), y tampoco lo hacen el 44,2% de las personas de clase baja.

	No hago ejercicio	Hago alguna actividad física o deportiva ocasional	Hago actividad física varias veces al mes	Hago entreno deportivo o físico varias veces a la semana
Total	37,8%	36,3%	12,3%	13,6%
Menos de 18 años	26,2%	19,4%	24,3%	30,0%
De 18 a 64 años	36,4%	34,4%	14,1%	15,2%
De 65 o más años	44,7%	46,1%	4,1%	5,1%
Hombre	33,5%	34,9%	15,3%	16,3%
Mujer	41,9%	37,7%	9,5%	11,0%
Educación básica o menos	44,6%	37,6%	8,6%	9,2%
Educación media	33,5%	36,2%	14,2%	16,1%
Educación superior	27,9%	34,0%	18,0%	20,1%
Nacionalidad española	37,0%	36,7%	12,5%	13,8%
Nacionalidad no española	45,4%	32,5%	10,5%	11,6%
Trabajando	36,3%	32,2%	15,7%	15,9%
En desempleo	37,2%	38,1%	11,3%	13,4%
Urbano	37,5%	35,3%	12,0%	15,1%
Rural	38,8%	40,2%	13,4%	7,6%
Clase alta	25,7%	34,6%	17,8%	22,0%
Clase media	35,0%	37,2%	13,1%	14,7%
Clase baja	44,2%	36,6%	9,7%	9,5%
Hogar pobre	47,0%	34,9%	8,8%	9,3%
No pobre	32,6%	36,6%	15,5%	15,3%

Tabla o-30 Frecuencia de actividad física en función de diversas variables

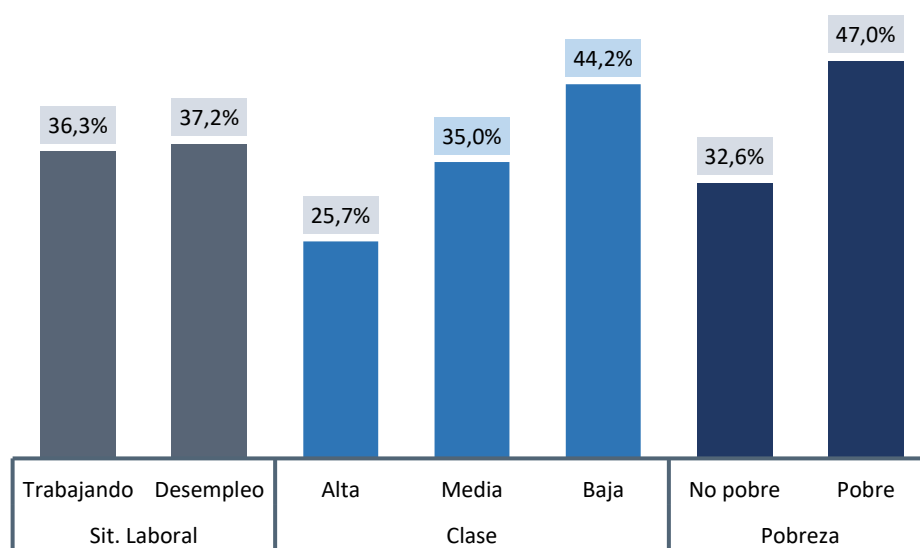


Gráfico o.67 Porcentaje de población que no realiza ninguna actividad física.

3.5. ALIMENTACIÓN

La correcta alimentación está asociada desde siempre con la buena salud. En un reciente estudio de alcance mundial se afirma que “una de cada cinco muertes está relacionada con una alimentación poco saludable” (GBD Diet Collaborators, 2017)²⁶, y que “una dieta inadecuada es un importante factor de riesgo modificable para enfermedades no transmisibles”. Además, el trabajo contabiliza 11 millones de muertes para 2017 en las cuales “el consumo elevado de sal, la baja ingesta de granos enteros, y el bajo consumo de frutas fueron los principales factores de riesgo”.

Sin embargo, alimentarse bien es caro y no está al alcance de las personas más pobres. Según la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria²⁷, una dieta sana para adultos debe incluir tres o más piezas de fruta al día, 300 g diarios de verduras y hortalizas, 2 a 3 raciones de lácteos al día, 3 raciones semanales de carne, 3 a 4 raciones semanales de pescado, tres a cinco huevos a la semana, 2 a 4 raciones semanales de legumbres, cuatro a seis raciones de cereales integrales y derivados al día y tres a siete raciones semanales de frutos secos. Además, se debe limitar el consumo de grasas saturadas, sal y azúcar en todas sus formas.

En lo que sigue se detalla el consumo de diversos grupos de alimentos en función de distintas variables de posición socioeconómica. Los datos muestran unas pautas de alimentación más insanas entre la población vulnerable.

3.5.1. Fruta, verduras, legumbres

Sólo dos de cada tres personas mayores de 14 años pueden consumir una o más piezas de fruta cada día. Además, un 2,5% no consume fruta nunca y un 22,9% sólo consume un máximo de tres a la semana. La frecuencia de consumo aumenta con la edad, con el nivel educativo y con la mejora en la posición social medida por la clase y por la situación de pobreza.

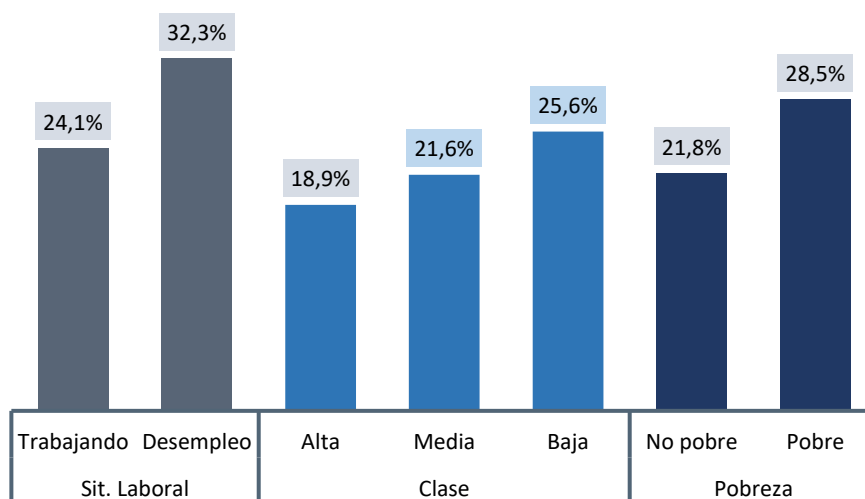


Gráfico o.68 Porcentaje de personas que consumen 3 raciones o menos de fruta fresca por semana en función de diversas variables

²⁶ “Efectos en la salud de los riesgos dietéticos en 195 países, 1990-2017”. The Lancet. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30041-8/fulltext)

²⁷ <http://www.nutricioncomunitaria.org/es/noticia/guia-alimentacion-saludable-ap>

Por otra parte, consumen tres piezas de fruta o menos a la semana, es decir, menos de un 15% de la cantidad recomendada, el 32,3% de las personas en desempleo, el 25,6% de las personas de clase baja y el 28,5% de las personas pobres.

El consumo de verduras, ensaladas y hortalizas, también está mediado por la situación socioeconómica. Así, consumen tres raciones a la semana o menos (20% de la cantidad recomendada) el 35,5% de las personas en desempleo, el 33% de las personas de clase baja y el 36,7% de las personas pobres.

El análisis del consumo de legumbres muestra la conclusión contraria, y un porcentaje mayor de personas desempleadas, de clase baja y pobres, consumen tres o más raciones a la semana (justo la cantidad recomendada).

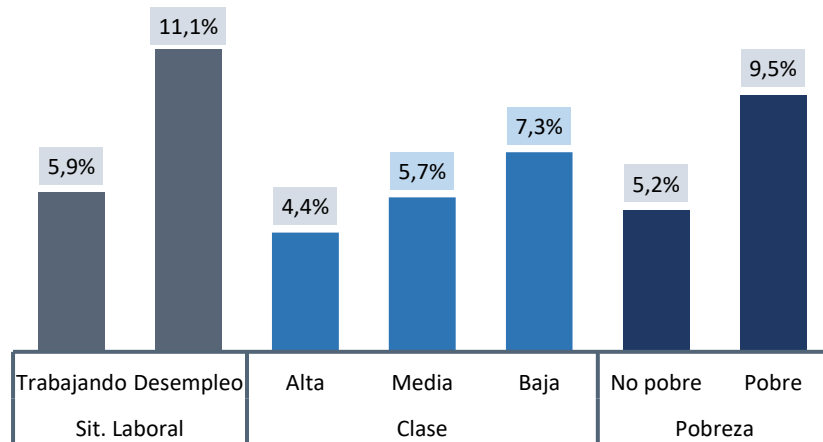


Gráfico o.69 Porcentaje de personas que no consumen fruta fresca en función de diversas variables

	Una o más al día	4-6 a la semana	3 a la semana	1-2 a la semana	Menos de 1 a la semana	Nunca
Total	64,9%	12,1%	8,4%	8,3%	3,7%	2,5%
Menos de 18 años	48,4%	11,0%	13,3%	13,1%	6,5%	7,6%
De 18 a 64 años	61,0%	13,0%	9,4%	9,7%	4,2%	2,7%
De 65 o más años	81,3%	9,5%	4,2%	2,8%	1,4%	0,8%
Hombre	59,4%	13,3%	10,1%	10,1%	4,2%	3,0%
Mujer	70,2%	11,0%	6,8%	6,6%	3,2%	2,1%
Educación básica o menos	64,1%	12,2%	8,2%	8,2%	4,2%	3,1%
Educación media	61,5%	13,3%	9,8%	9,0%	4,1%	2,4%
Educación superior	69,3%	11,1%	7,8%	7,9%	2,3%	1,6%
Nacionalidad española	65,4%	11,9%	8,0%	8,3%	3,6%	2,7%
Nacionalidad no española	60,4%	14,2%	12,0%	8,0%	4,3%	1,0%
Trabajando	63,0%	13,0%	9,0%	9,2%	3,6%	2,2%
En desempleo	53,5%	14,2%	10,3%	10,9%	6,3%	4,8%
Urbano	64,3%	12,0%	8,7%	8,7%	3,8%	2,5%
Rural	67,4%	12,7%	7,4%	6,9%	3,1%	2,4%
Clase alta	71,0%	10,2%	8,2%	6,3%	2,6%	1,8%
Clase media	66,3%	12,1%	7,7%	8,2%	3,2%	2,5%
Clase baja	61,5%	12,9%	9,0%	9,2%	4,5%	2,8%
Hogar pobre	58,8%	12,7%	9,3%	9,7%	5,6%	3,9%
No pobre	66,5%	11,7%	8,3%	8,3%	3,2%	2,0%

Tabla o-31 Frecuencia de consumo de fruta fresca en función de diversas variables

La desigualdad en la salud

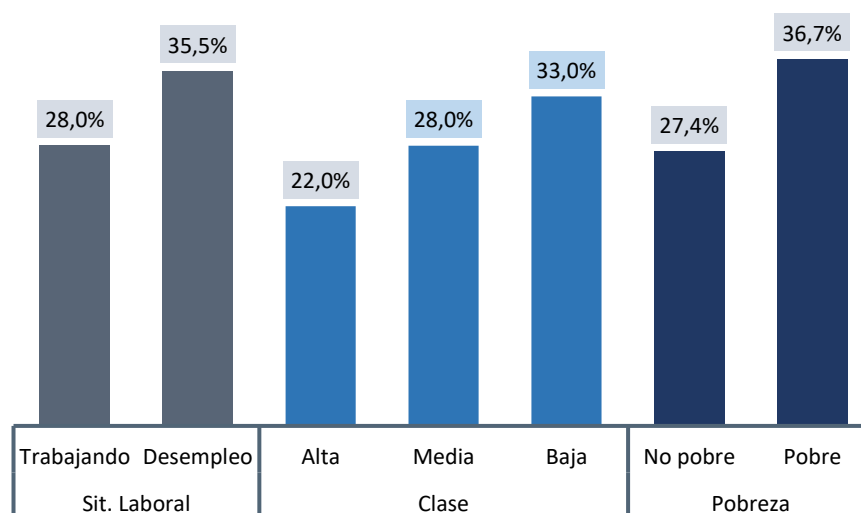


Gráfico 0.70 Porcentaje de personas que consumen 3 o menos raciones de verduras por semana en función de diversas variables

	Una o más al día	4-6 a la semana	3 a la semana	1-2 a la semana	Menos de 1 a la semana	Nunca
Total	42,2%	28,5%	16,5%	9,8%	1,9%	1,1%
Menos de 18 años	31,7%	22,4%	18,1%	16,9%	5,3%	5,6%
De 18 a 64 años	41,3%	28,8%	16,6%	10,3%	1,9%	1,0%
De 65 o más años	47,1%	28,6%	15,6%	6,8%	1,2%	0,7%
Hombre	35,7%	29,4%	18,9%	12,4%	2,4%	1,3%
Mujer	48,4%	27,7%	14,2%	7,4%	1,4%	1,0%
Educación básica o menos	39,4%	27,6%	17,4%	11,5%	2,5%	1,7%
Educación media	43,2%	28,9%	16,4%	9,3%	1,5%	0,6%
Educación superior	46,9%	29,9%	14,7%	7,0%	0,9%	0,4%
Nacionalidad española	41,5%	28,6%	16,8%	10,0%	2,0%	1,1%
Nacionalidad no española	49,0%	28,0%	13,5%	7,8%	0,9%	0,8%
Trabajando	41,8%	30,1%	16,6%	9,1%	1,6%	0,8%
En desempleo	38,4%	26,1%	16,8%	14,8%	2,2%	1,8%
Urbano	43,1%	28,3%	15,9%	9,8%	1,9%	1,1%
Rural	39,0%	29,5%	18,7%	10,0%	1,7%	1,1%
Clase alta	50,3%	27,7%	13,7%	6,9%	1,0%	0,4%
Clase media	42,1%	29,8%	16,1%	9,4%	1,6%	0,9%
Clase baja	39,1%	27,9%	17,7%	11,2%	2,4%	1,6%
Hogar pobre	38,5%	24,8%	18,6%	13,4%	3,0%	1,7%
No pobre	44,8%	27,8%	16,0%	9,0%	1,7%	0,8%

Tabla 0-32 Frecuencia de consumo de verduras, ensaladas y hortalizas en función de diversas variables

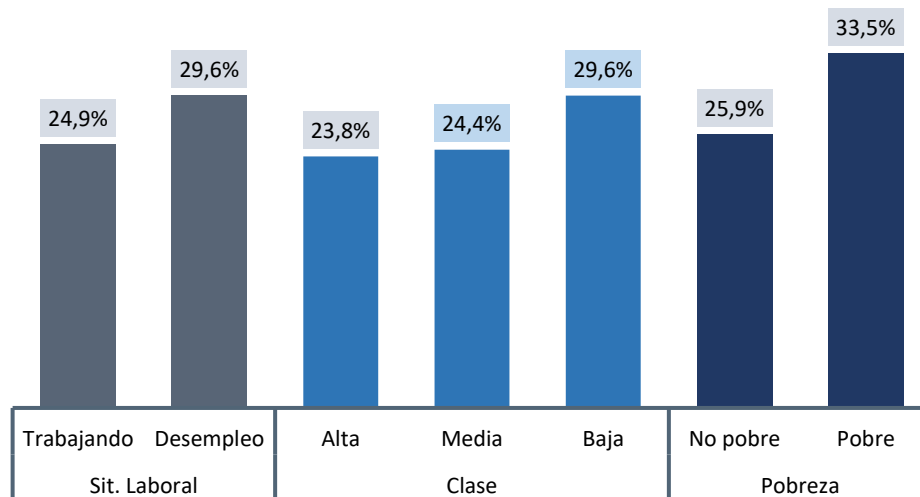


Gráfico 0.71 Porcentaje de personas que consumen 3 o menos raciones de legumbres por semana en función de diversas variables

	Una o más al día	4-6 a la semana	3 a la semana	1-2 a la semana	Menos de 1 a la semana	Nunca
Total	0,9%	4,1%	21,8%	61,2%	10,2%	1,9%
Menos de 18 años	0,3%	2,9%	20,4%	61,1%	12,7%	2,5%
De 18 a 64 años	1,0%	4,2%	20,9%	61,8%	10,1%	2,0%
De 65 o más años	0,7%	4,1%	25,0%	59,1%	9,9%	1,2%
Hombre	0,9%	4,4%	22,9%	59,8%	10,2%	1,7%
Mujer	0,9%	3,8%	20,7%	62,6%	10,1%	2,0%
Educación básica o menos	0,8%	4,4%	23,6%	59,2%	10,2%	1,8%
Educación media	1,1%	4,0%	20,8%	61,8%	10,3%	2,1%
Educación superior	0,8%	3,6%	19,0%	64,7%	10,1%	1,9%
Nacionalidad española	0,6%	4,0%	21,8%	61,9%	9,8%	1,8%
Nacionalidad no española	3,2%	5,0%	21,0%	54,4%	13,4%	3,0%
Trabajando	0,9%	3,9%	20,1%	63,0%	10,1%	2,0%
En desempleo	1,3%	5,3%	23,0%	57,0%	11,3%	2,1%
Urbano	0,8%	4,0%	21,3%	61,2%	10,8%	1,9%
Rural	1,2%	4,6%	23,7%	61,1%	7,7%	1,7%
Clase alta	0,8%	3,3%	19,7%	64,3%	10,1%	1,8%
Clase media	0,7%	3,6%	20,2%	63,7%	10,1%	1,8%
Clase baja	1,0%	4,8%	23,7%	58,3%	10,3%	1,9%
Hogar pobre	0,9%	5,5%	27,1%	54,5%	9,9%	2,1%
No pobre	0,8%	3,6%	21,4%	61,2%	10,9%	2,1%

Tabla 0-33 Frecuencia de consumo de legumbres en función de diversas variables

3.5.2. Carne, huevos y pescado

Sólo dos de cada tres personas mayores de 14 años pueden consumir tres o más raciones de carne a la semana. Además, un 1,2% no consume carne nunca y un 28,4% sólo consume un máximo de dos a la semana. La frecuencia de consumo se reduce con la edad, aumenta con el nivel educativo y con la mejora en la posición social medida por la clase y por la situación de pobreza.

Por otra parte, consumen dos raciones de carne o menos a la semana, es decir, algo más de la mitad de la cantidad recomendada, el 29,8% de las personas en desempleo, el 28,6% de las personas de clase baja y el 30,2% de las personas pobres.

El consumo de pescados también está mediado por la situación socioeconómica. El 50,5% del total de la población mayor de 14 años consume entre una y dos raciones a la semana, otro 12% consume menos y otro 37% consume tres o más raciones semanales. Por otra parte, consumen menos de una ración a la semana (25-30% de la cantidad recomendada) el 17,8% de las personas en desempleo, el 14,1% de las personas de clase baja y el 16,4% de las personas pobres.

Por el contrario, el consumo de huevos, no produce diferencias entre las distintas posiciones de clase. El 58% de la población consume uno o dos huevos a la semana, y el 33% entre tres a la semana y uno o más al día. Sólo el 1,1% del total de personas de 15 o más años no consume nunca huevos.

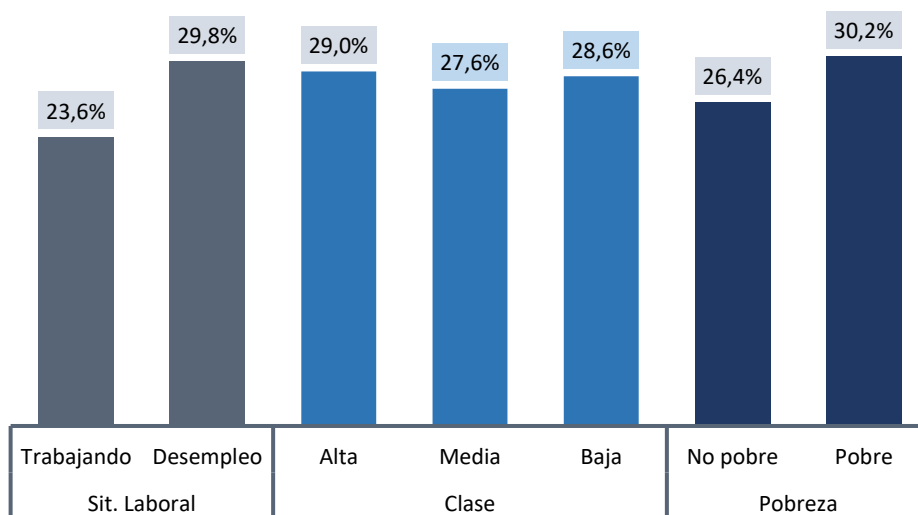


Gráfico 0.72 Porcentaje de personas que consumen 2 o menos raciones de carne por semana en función de diversas variables

	Una o más al día	4-6 a la semana	3 a la semana	1-2 a la semana	Menos de 1 a la semana	Nunca
Total	9,2%	25,9%	36,4%	25,3%	1,9%	1,2%
Menos de 18 años	11,5%	34,6%	36,7%	16,2%	0,2%	0,7%
De 18 a 64 años	10,4%	28,0%	35,9%	22,8%	1,6%	1,3%
De 65 o más años	4,8%	17,1%	38,1%	35,3%	3,4%	1,1%
Hombre	9,8%	28,6%	36,6%	22,9%	1,3%	0,9%
Mujer	8,6%	23,4%	36,2%	27,6%	2,6%	1,6%
Educación básica o menos	8,5%	23,4%	37,4%	27,7%	2,2%	0,8%
Educación media	11,8%	28,7%	34,9%	21,4%	1,8%	1,4%
Educación superior	8,5%	28,7%	35,7%	23,8%	1,5%	1,9%
Nacionalidad española	8,4%	25,8%	37,0%	25,7%	1,9%	1,2%
Nacionalidad no española	16,9%	26,5%	31,0%	21,6%	2,2%	1,7%
Trabajando	10,9%	29,1%	36,4%	21,0%	1,4%	1,2%
En desempleo	9,8%	27,8%	32,6%	26,5%	1,5%	1,7%
Urbano	8,6%	26,3%	36,4%	25,6%	1,9%	1,3%
Rural	11,6%	24,6%	36,6%	24,4%	1,9%	1,0%
Clase alta	7,9%	28,5%	34,6%	25,2%	1,7%	2,1%
Clase media	8,8%	26,3%	37,4%	24,7%	1,7%	1,1%
Clase baja	10,1%	24,9%	36,5%	25,5%	2,1%	1,0%
Hogar pobre	10,5%	24,8%	34,5%	26,9%	2,2%	1,1%
No pobre	10,3%	28,0%	35,3%	23,4%	1,7%	1,2%

Tabla o-34 Frecuencia de consumo de carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.) en función de diversas variables

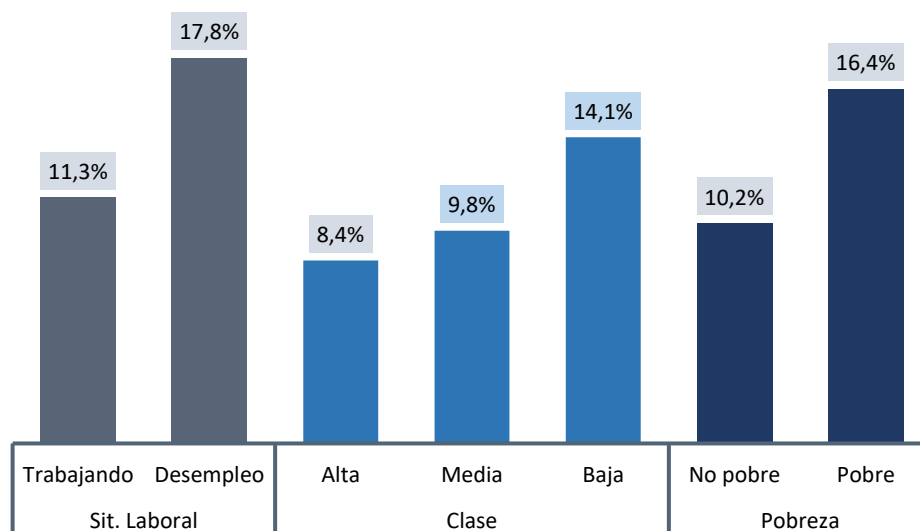


Gráfico o.73 Porcentaje de personas que comen pescado menos de una vez por semana o nunca en función de diversas variables

La desigualdad en la salud

	Una o más al día	4-6 a la semana	3 a la semana	1-2 a la semana	Menos de 1 a la semana	Nunca
Total	1,0%	8,7%	28,1%	50,5%	9,1%	2,6%
Menos de 18 años	0,3%	6,5%	24,4%	53,6%	10,3%	4,8%
De 18 a 64 años	1,1%	7,9%	25,8%	52,4%	9,9%	3,0%
De 65 o más años	1,1%	11,9%	36,3%	43,5%	6,1%	1,0%
Hombre	0,8%	7,5%	27,1%	52,3%	9,5%	2,7%
Mujer	1,2%	9,9%	29,0%	48,7%	8,6%	2,5%
Educación básica o menos	0,9%	8,3%	28,4%	49,8%	9,7%	2,8%
Educación media	1,1%	8,0%	26,5%	51,5%	10,1%	2,7%
Educación superior	1,3%	10,0%	28,7%	51,0%	7,0%	2,1%
Nacionalidad española	1,1%	9,0%	28,9%	50,1%	8,5%	2,4%
Nacionalidad no española	0,6%	5,9%	20,0%	54,5%	14,2%	4,9%
Trabajando	1,1%	8,2%	26,7%	52,7%	9,1%	2,3%
En desempleo	0,6%	6,6%	21,5%	53,5%	12,7%	5,1%
Urbano	1,0%	8,8%	27,9%	50,2%	9,4%	2,7%
Rural	1,3%	8,3%	28,8%	51,6%	7,9%	2,2%
Clase alta	1,3%	10,6%	31,4%	48,3%	6,4%	2,0%
Clase media	1,1%	9,5%	29,7%	49,8%	7,6%	2,2%
Clase baja	0,9%	7,4%	25,6%	52,0%	11,0%	3,1%
Hogar pobre	1,0%	7,7%	24,8%	50,2%	12,4%	3,9%
No pobre	1,3%	10,3%	30,9%	47,2%	8,3%	1,9%

Tabla o-35 Frecuencia de consumo de pescado en función de diversas variables

	Una o más al día	4-6 a la semana	3 a la semana	1-2 a la semana	Menos de 1 a la semana	Nunca
Total	1,4%	7,0%	24,9%	57,9%	7,8%	1,1%
Menos de 18 años	1,5%	8,3%	28,8%	52,7%	6,9%	1,8%
De 18 a 64 años	1,5%	7,5%	25,4%	57,3%	7,3%	1,1%
De 65 o más años	1,1%	5,0%	22,7%	60,6%	9,6%	1,0%
Hombre	1,7%	7,1%	25,6%	57,1%	7,7%	0,8%
Mujer	1,1%	6,8%	24,3%	58,5%	7,8%	1,4%
Educación básica o menos	1,0%	6,4%	25,1%	58,4%	7,9%	1,2%
Educación media	1,9%	8,5%	24,7%	56,0%	8,0%	0,9%
Educación superior	1,7%	6,9%	24,7%	58,3%	7,3%	1,0%
Nacionalidad española	1,2%	6,6%	24,9%	58,8%	7,4%	1,0%
Nacionalidad no española	3,2%	10,3%	24,9%	48,9%	10,7%	2,0%
Trabajando	1,6%	7,5%	24,8%	57,6%	7,8%	0,9%
En desempleo	1,3%	7,7%	26,1%	57,3%	6,0%	1,6%
Urbano	1,4%	7,1%	25,2%	57,2%	8,1%	1,1%
Rural	1,5%	6,4%	24,1%	60,3%	6,4%	1,2%
Clase alta	1,2%	7,0%	25,8%	56,9%	8,2%	1,0%
Clase media	1,3%	7,0%	25,2%	57,7%	7,9%	1,0%
Clase baja	1,5%	7,0%	24,4%	58,4%	7,5%	1,2%
Hogar pobre	1,5%	7,9%	26,4%	55,3%	7,3%	1,6%
No pobre	1,5%	7,7%	26,4%	55,4%	8,2%	0,8%

Tabla o-36 Frecuencia de consumo de huevos en función de diversas variables

3.5.3. Patatas, pasta, arroz, pan, cereales

El 38% de las personas mayores de 14 años consumen una ración de pasta, arroz o patatas, al menos cuatro veces a la semana. El consumo es más alto para los jóvenes de 18 años o menos, y cuatro puntos porcentuales más bajo para los mayores de 65 años.

También consumen más los hombres y las personas que pertenecen a grupos más desfavorecidos. En este sentido, el 55,7% de las personas extranjeras, el 45% de las personas en desempleo, el 42,5% de las personas de clase baja y el 43,3% de las personas que viven en pobreza consumen cuatro o más raciones semanales de patatas, pasta o arroz. Estas cifras son entre 6 y 20 puntos porcentuales más elevadas que las correspondientes a sus grupos sociales complementarios. Respecto al consumo de pan y cereales, el 84,6% de la población consume una o más raciones cada día. A pesar de este consumo absolutamente mayoritario, también aparecen, aquí, diferencias de base socioeconómica. Así, un mayor porcentaje de personas que están en desempleo, de clase baja y en situación de pobreza consumen una o más raciones al día que las que están trabajando, son de clase alta y no son pobres. En cualquier caso, debe tenerse en cuenta que el mayor precio de los cereales integrales desalienta su consumo entre las personas más desfavorecidas.

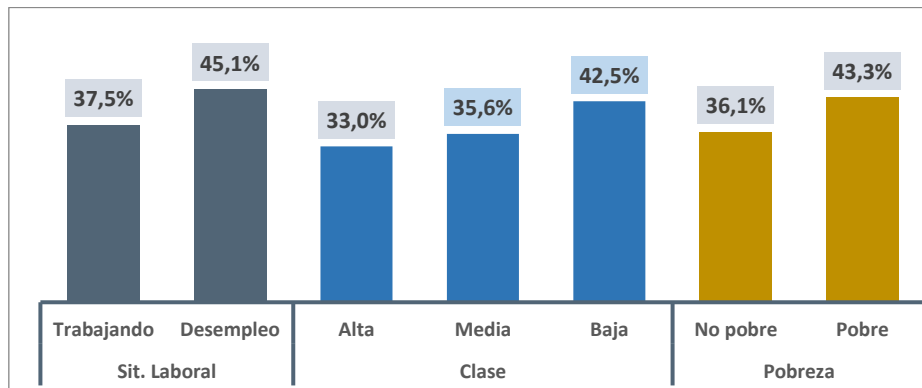


Gráfico 0.74 Porcentaje de personas que consumen 4 o más raciones de pasta, arroz o patatas por semana en función de diversas variables

	Una o más al día	4-6 a la semana	3 a la semana	1-2 a la semana	Menos de 1 a la semana	Nunca
Total	10,5%	28,0%	36,2%	23,3%	1,7%	0,4%
Menos de 18 años	13,3%	34,5%	36,1%	15,5%	0,3%	0,3%
De 18 a 64 años	11,2%	28,1%	35,1%	23,4%	1,7%	0,5%
De 65 o más años	7,5%	26,2%	39,8%	24,3%	1,8%	0,4%
Hombre	11,3%	28,8%	36,3%	22,1%	1,2%	0,3%
Mujer	9,7%	27,1%	36,1%	24,4%	2,1%	0,6%
Educación básica o menos	10,4%	29,3%	37,2%	21,5%	1,3%	0,3%
Educación media	12,6%	28,5%	34,2%	22,5%	2,0%	0,4%
Educación superior	9,0%	24,9%	35,8%	27,3%	2,3%	0,7%
Nacionalidad española	9,1%	27,5%	36,9%	24,3%	1,7%	0,5%
Nacionalidad no española	23,7%	32,0%	29,0%	13,3%	1,8%	0,2%
Trabajando	10,7%	26,8%	36,0%	24,1%	1,8%	0,5%
En desempleo	13,6%	31,5%	30,2%	22,9%	1,6%	0,2%
Urbano	10,6%	28,0%	35,9%	23,3%	1,8%	0,4%
Rural	10,1%	27,8%	37,1%	23,1%	1,3%	0,6%
Clase alta	8,1%	24,9%	36,1%	27,9%	2,3%	0,7%
Clase media	9,5%	26,1%	37,5%	24,6%	1,8%	0,5%
Clase baja	12,1%	30,4%	35,3%	20,5%	1,4%	0,3%
Hogar pobre	11,4%	31,9%	33,6%	21,7%	1,1%	0,3%
No pobre	9,4%	26,7%	35,2%	26,2%	2,0%	0,5%

Tabla 0-37 Frecuencia de consumo de pasta, arroz o patatas en función de diversas variables

La desigualdad en la salud

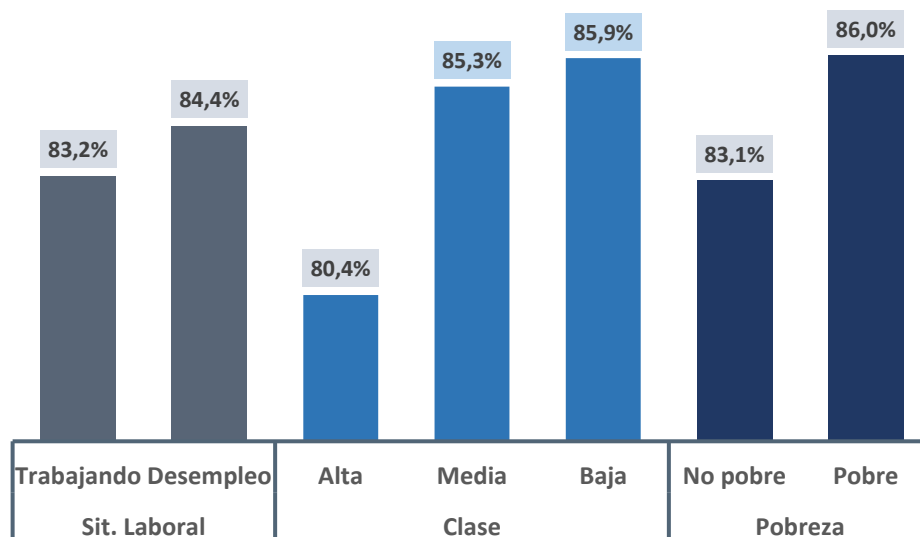


Gráfico 0.75 Porcentaje de personas que consumen 1 o más raciones de pan o cereales al día en función de diversas variables

	Una o más al día	4-6 a la semana	3 a la semana	1-2 a la semana	Menos de 1 a la semana	Nunca
Total	84,6%	5,2%	3,7%	3,4%	1,5%	1,7%
Menos de 18 años	87,8%	4,6%	2,8%	3,4%	1,1%	0,3%
De 18 a 64 años	83,3%	5,5%	4,0%	3,8%	1,6%	1,8%
De 65 o más años	88,6%	4,2%	2,7%	2,0%	1,1%	1,4%
Hombre	85,9%	5,1%	3,2%	3,0%	1,3%	1,5%
Mujer	83,4%	5,3%	4,1%	3,7%	1,6%	1,9%
Educación básica o menos	87,5%	4,3%	2,9%	2,6%	1,3%	1,4%
Educación media	82,3%	6,2%	4,5%	3,6%	1,5%	1,8%
Educación superior	80,7%	6,1%	4,5%	4,6%	1,8%	2,2%
Nacionalidad española	85,1%	5,0%	3,5%	3,3%	1,4%	1,6%
Nacionalidad no española	80,1%	6,7%	5,0%	4,1%	1,8%	2,2%
Trabajando	83,2%	5,5%	4,0%	3,9%	1,6%	1,9%
En desempleo	84,4%	5,2%	3,8%	3,3%	1,6%	1,8%
Urbano	83,6%	5,5%	3,9%	3,7%	1,6%	1,7%
Rural	88,4%	3,9%	2,8%	2,2%	1,0%	1,6%
Clase alta	80,4%	5,9%	5,0%	4,9%	1,8%	2,0%
Clase media	85,3%	4,9%	3,5%	3,3%	1,4%	1,6%
Clase baja	85,9%	5,0%	3,3%	2,8%	1,4%	1,6%
Hogar pobre	86,0%	5,0%	3,1%	2,7%	1,5%	1,6%
No pobre	83,1%	5,6%	3,9%	3,8%	1,6%	1,9%

Tabla 0-38 Frecuencia de consumo de pan y cereales en función de diversas variables

3.5.4. Comida rápida

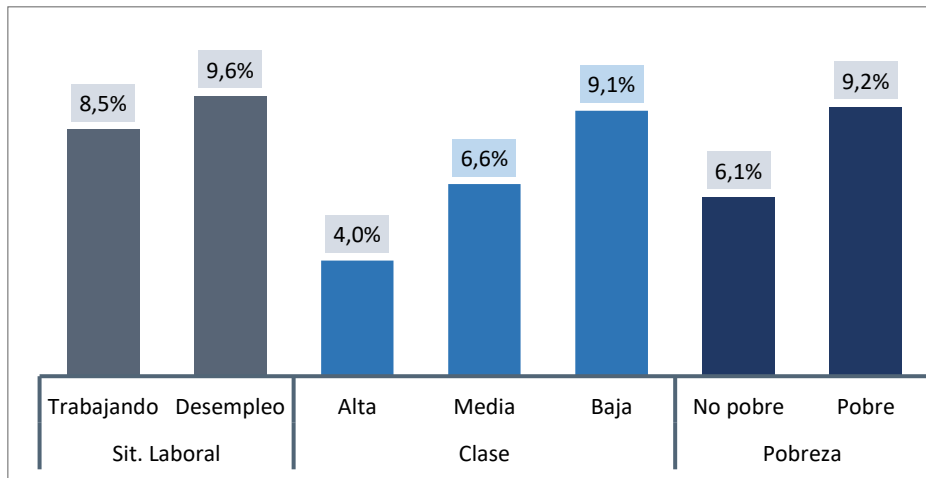


Gráfico 0.76 Porcentaje de personas que consumen 3 o más raciones de comida rápida por semana en función de diversas variables

Finalmente, el 7,3% de las personas mayores de 15 años consumen bocadillos, pollo frito, pizzas, hamburguesas y otras variedades conocidas como comida rápida más de tres veces por semana. El consumo de comida rápida tres o más veces por semana es mucho más elevado entre los jóvenes de 18 años o menos (18%), entre los hombres (9,3% con respecto al 5,3% en las mujeres), entre las personas con educación básica o menos (8,1% con respecto al 5,1% de las que tienen educación superior), entre las personas extranjeras (12,4%, prácticamente el doble que las españolas) y, también, como muestra el gráfico, entre las personas pobres y las de clase baja.

	Una o más al día	4-6 a la semana	3 a la semana	1-2 a la semana	Menos de 1 a la semana	Nunca
Total	1,2%	1,8%	4,3%	29,1%	32,2%	31,4%
Menos de 18 años	3,7%	5,9%	8,4%	44,6%	27,9%	9,5%
De 18 a 64 años	1,3%	2,0%	5,1%	34,8%	33,5%	23,2%
De 65 o más años	0,3%	0,3%	0,8%	6,8%	28,4%	63,4%
Hombre	1,7%	2,4%	5,3%	31,1%	30,9%	28,7%
Mujer	0,7%	1,3%	3,4%	27,2%	33,4%	34,1%
Educación básica o menos	1,5%	2,0%	4,6%	24,3%	29,5%	38,1%
Educación media	1,1%	2,1%	5,1%	35,4%	33,3%	23,1%
Educación superior	0,7%	1,2%	3,2%	33,4%	36,4%	25,1%
Nacionalidad española	1,1%	1,7%	4,0%	28,8%	32,3%	32,2%
Nacionalidad no española	2,6%	2,5%	7,3%	31,9%	31,0%	24,8%
Trabajando	1,4%	2,1%	5,0%	36,1%	34,1%	21,3%
En desempleo	1,5%	2,2%	5,9%	33,7%	33,1%	23,7%
Urbano	1,1%	1,8%	4,4%	29,4%	32,3%	31,0%
Rural	1,6%	1,7%	3,7%	27,9%	31,9%	33,2%
Clase alta	0,5%	0,6%	2,8%	31,7%	35,2%	29,2%
Clase media	1,0%	1,7%	3,9%	29,4%	32,6%	31,4%
Clase baja	1,7%	2,3%	5,1%	28,0%	30,9%	32,0%
Hogar pobre	1,3%	2,4%	5,6%	25,7%	30,6%	34,4%
No pobre	1,2%	1,4%	3,6%	29,4%	33,0%	31,5%

Tabla 0-39 Frecuencia de consumo de comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas) en función de diversas variables

4. COMUNIDADES AUTÓNOMAS

4.1. ESTADO DE SALUD

4.1.1. Salud percibida

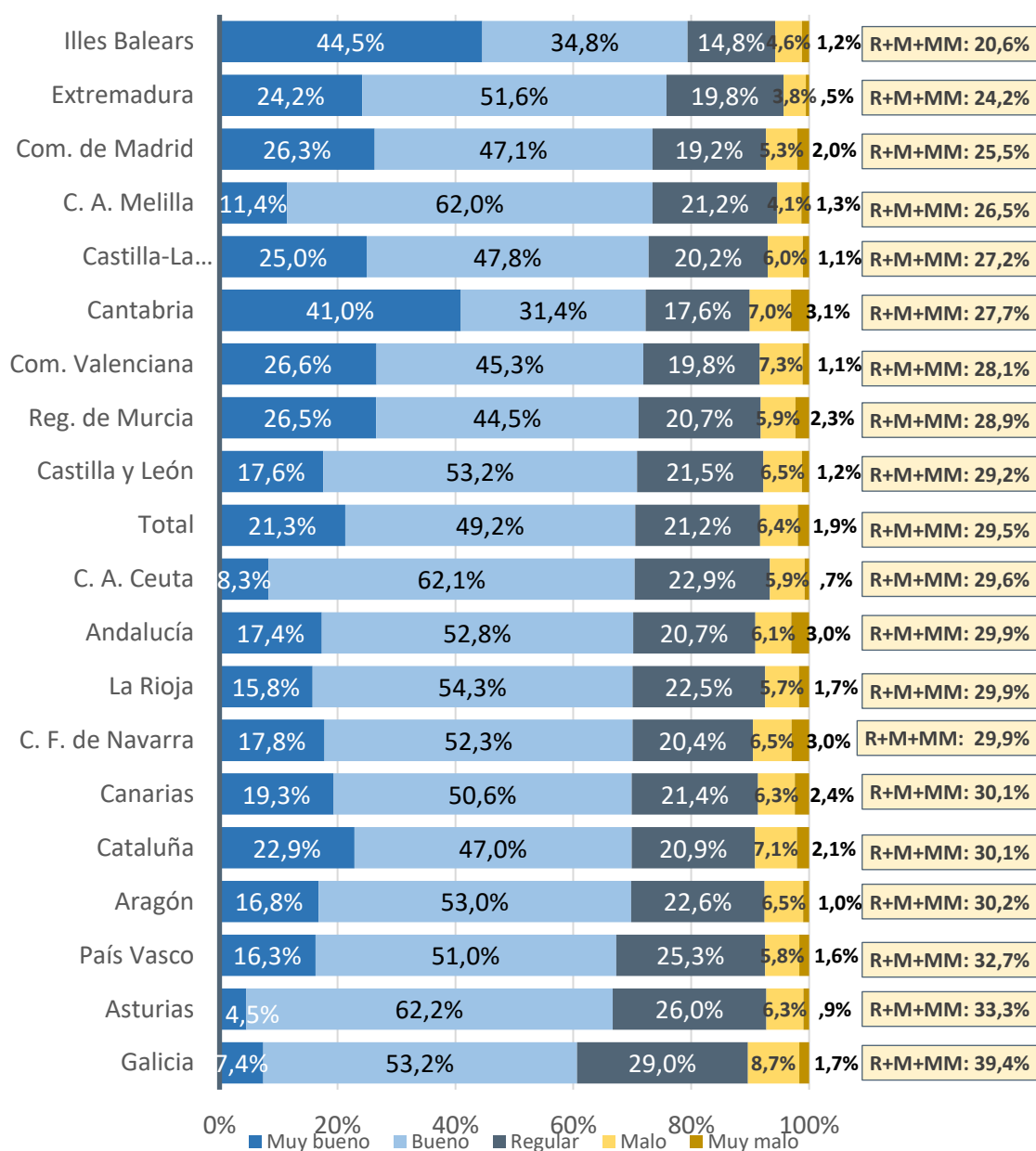


Gráfico 4.1 Percepción del estado de salud por comunidades autónomas

En los capítulos previos se ha mostrado que existen diferencias importantes en el estado de salud percibido en función de diversas variables. El gráfico anterior muestra que las diferencias en salud percibida se extienden, también, al territorio. En general, para todas las comunidades autónomas, excepto para Galicia, al menos 2/3 de su población mayor de 15 años considera que su salud es buena o muy buena. Las comunidades con mejor salud percibida son Baleares, Extremadura y la Comunidad de Madrid. La mala salud, por el contrario, expresada como porcentaje de personas que perciben su salud como regular, mala y muy mala, es especialmente elevada en Galicia con una tasa que es 10 puntos porcentuales superior a la media nacional. También tienen tasas de mala salud elevadas, aunque con menor intensidad, Asturias y País Vasco. No es casualidad que estas tres regiones tengan al mismo tiempo elevadas tasas de población mayor de 65 años. Por otra parte, para todas las comunidades autónomas las cifras de mala salud percibida son más elevadas entre las mujeres que entre los hombres, con diferencias que oscilan entre los 10 puntos porcentuales de Aragón a los 3,4 puntos porcentuales de La Rioja.

4.1.2. Enfermedades crónicas

Como ya se ha indicado, las enfermedades crónicas más frecuentes son la artrosis, el dolor de espalda lumbar y el cervical para las mujeres y la tensión alta, el colesterol y el dolor de espalda lumbar en el caso de los hombres. Galicia, Asturias y País Vasco, además de ser de las regiones con mayor porcentaje de personas con mala salud percibida, tienen también las tasas más elevadas de población de 15 años o más con alguna enfermedad crónica percibida. Por otra parte, Extremadura, Canarias, Cantabria y Baleares, todas ellas con tasas inferiores al 56%, obtienen los valores más bajos.

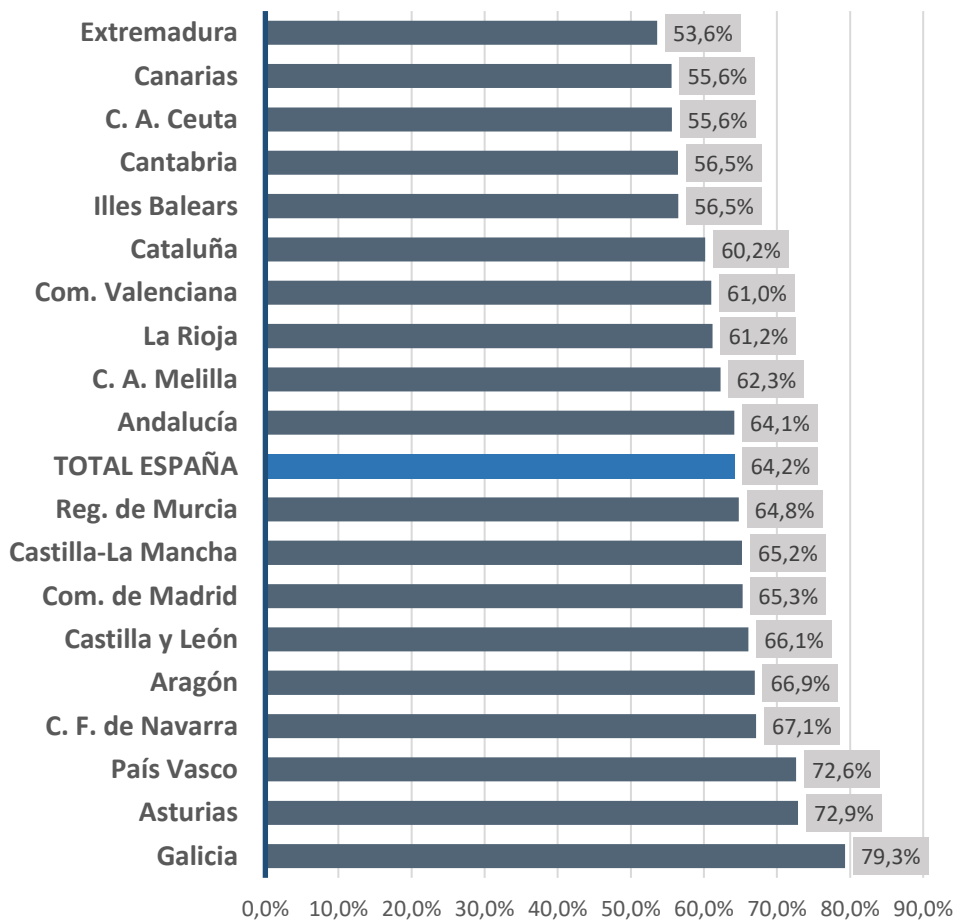


Gráfico 4.2 Porcentaje de población con enfermedad crónica percibida por comunidades autónomas

4.2. INACCESIBILIDAD A LA ASISTENCIA SANITARIA POR MOTIVOS ECONÓMICOS

A continuación, se analiza cuántas personas han necesitado asistencia sanitaria en el último año en las comunidades autónomas y no la han recibido por motivos económicos. Se estudian la accesibilidad a la atención médica, dental, de salud mental y a medicamentos recetados.

De los datos generales se pueden destacar cinco cosas importantes. En primer lugar, para las cuatro variables analizadas la mayoría de las comunidades autónomas muestran cifras por debajo de la media nacional. Esto sucede porque algunas de las regiones más pobladas están por encima de la media. Por ejemplo, Andalucía, con más de 8 millones de habitantes aparece en las primeras posiciones de inaccesibilidad por motivos económicos para los cuatro tipos de asistencia. También la Comunidad Valenciana, con casi 5 millones de habitantes, aparece en los primeros lugares en tres de los cuatro tipos de asistencia.

En segundo lugar, excepto para la atención dental, que en gran parte no está cubierta por la asistencia pública, aunque para la mayoría de las regiones los datos son bajos y relativamente cercanos o inferiores a la media nacional, revela la existencia de una importante bolsa de personas que tienen graves problemas para acceder a distintos tipos de asistencia sanitaria que, se supone, están garantizados. En este sentido, es importante recordar que cada punto porcentual equivale a unas 390.000 personas de 15 o más años de edad.

En tercer lugar, algunas comunidades autónomas muestran cifras elevadas y se reparten entre ellas los cuatro o cinco primeros puestos para la mayoría de los tipos de asistencia. En esta situación están Murcia, la Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias. En este grupo, se debe subrayar la situación específica de la Región de Murcia, con cifras extraordinariamente elevadas para los cuatro tipos de asistencia.

En cuarto lugar, es importante destacar la Comunidad Autónoma de Extremadura que, a pesar de tener tasas de pobreza y/o exclusión social extraordinariamente elevadas (44,3% AROPE en 2017, la más alta de todas las regiones), se mantiene entre aquellas regiones con más bajas tasas de inaccesibilidad por cuestiones económicas a la asistencia sanitaria.

Finalmente, debe destacarse que más de 4, 5 millones de personas (11,6% de las personas de 15 años o más) no pueden acceder a la atención dental por problemas económicos.

A continuación, y sin más comentarios, se incluyen cuatro gráficos con los valores registrados para todas las regiones.

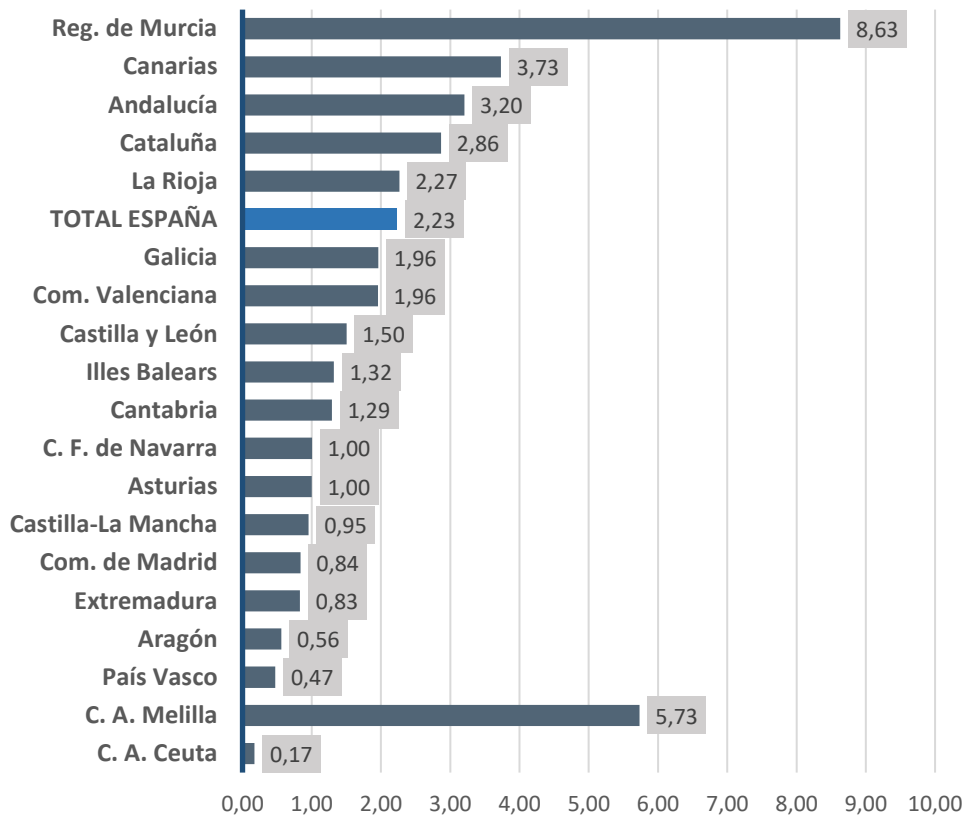


Gráfico 4.3 Inaccessibilidad a la atención médica por problemas económicos por comunidades autónomas

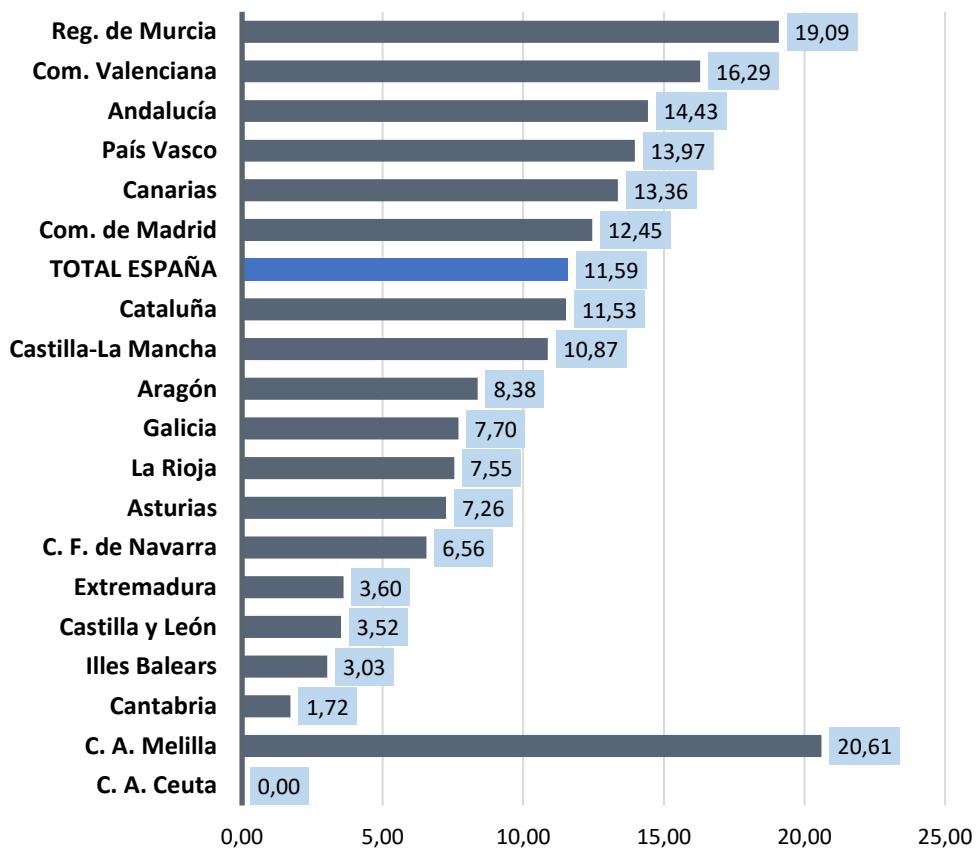


Gráfico 4.4 Inaccessibilidad a la atención dental por problemas económicos por comunidades autónomas

La desigualdad en la salud

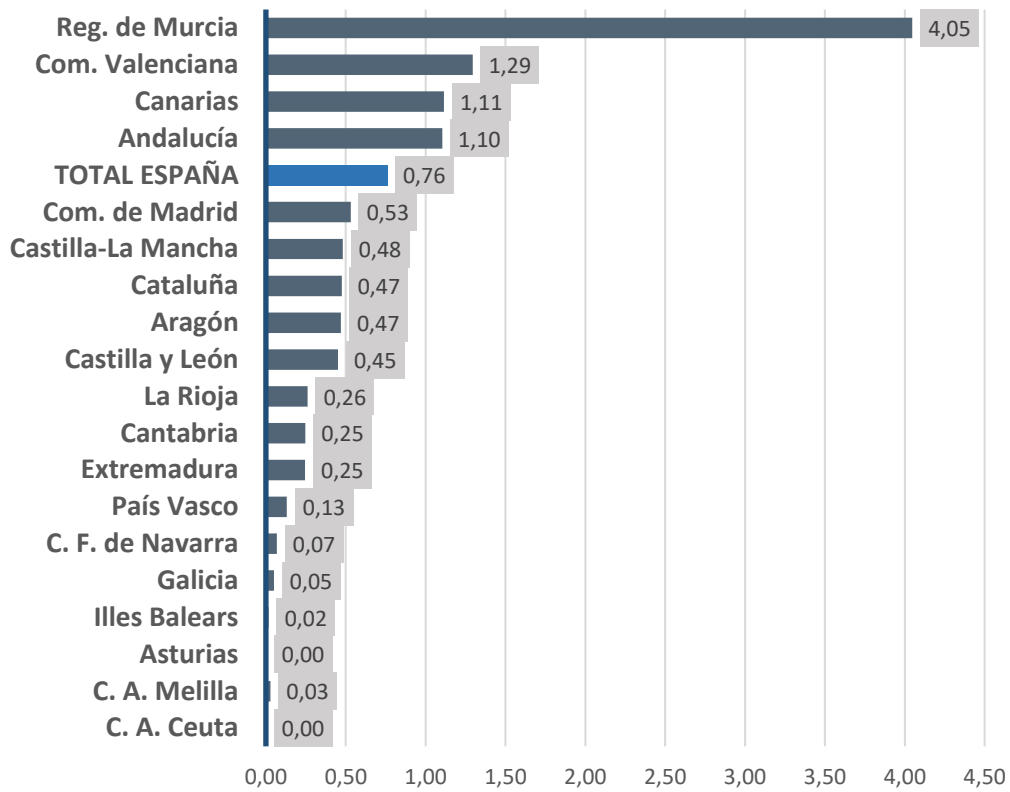


Gráfico 4.5 Inaccessibilidad a la atención de salud mental por problemas económicos por comunidades autónomas

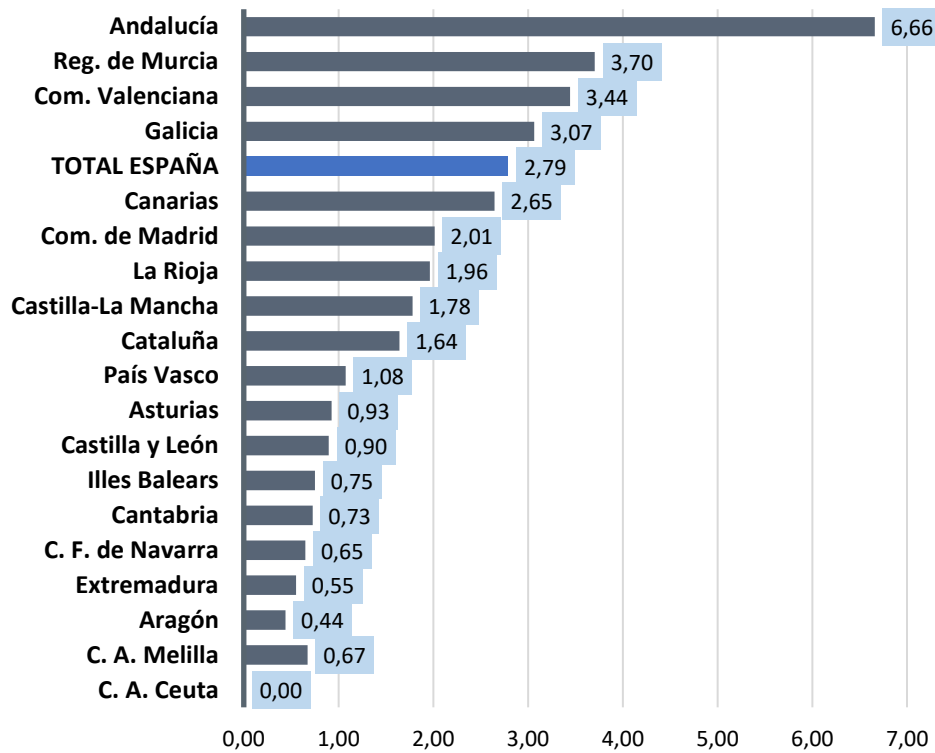


Gráfico 4.6 Inaccessibilidad a medicamentos recetados por problemas económicos por comunidades autónomas

4.3. PRÁCTICAS PREVENTIVAS POR CCAA

En lo que sigue se muestran los resultados de segmentar algunas prácticas preventivas en función de criterios territoriales. Se estudian la toma de tensión, medición de azúcar en sangre, colesterol y, para las mujeres, mamografías y citologías, necesarias para el cribado de cáncer de mama y de cérvix y se muestran los porcentajes de personas que, o bien no se han realizado nunca la prueba, o bien la han hecho hace al menos cinco años.

Con respecto a las prácticas preventivas para la población general, debe destacarse la existencia de un elevado contingente de personas (6%-7%) que no se ha tomado la atención, ni se mide el azúcar o el colesterol.

Por otra parte, la mayoría de las regiones están por debajo de la media nacional o con valores superiores pero muy cercanos a ella. Sin embargo, Andalucía y Extremadura muestran cifras más elevadas.

Con respecto a las prácticas preventivas de salud femenina, ya se ha indicado que la mamografía está recomendada cada dos años en mujeres de 50 a 69 años, sin embargo, el 11,3% de la población femenina en esa edad se queda fuera de la recomendación, y este porcentaje es mucho más alto en Baleares, Cantabria y Andalucía.

Para el caso de las citologías, que se utilizan para diagnosticar el cáncer de cérvix, el porcentaje de mujeres que llevan cinco años o más, o nunca, sin un análisis es mucho más elevado y, para el conjunto de España es de algo más de una de cada tres mujeres mayores de 15 años. Sin embargo, el número se eleva mucho en el caso de las comunidades de Castilla y León, Andalucía, Cantabria y Extremadura., con cifras entre el 4,4% y el 5,5%.

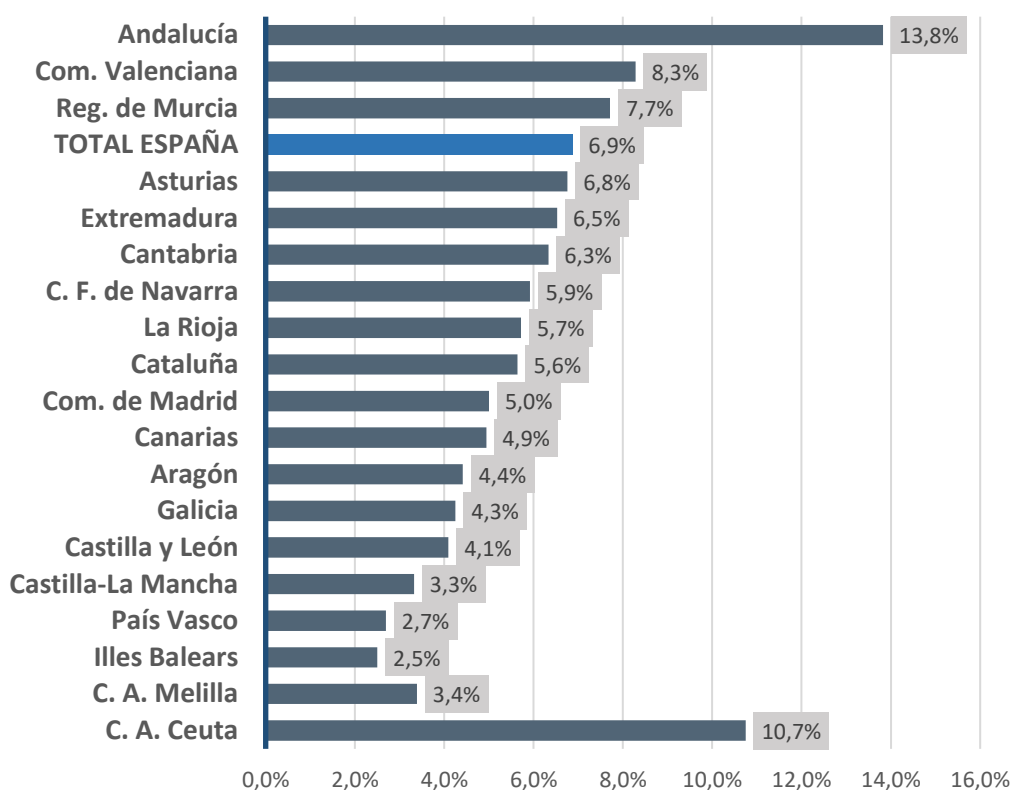


Gráfico 4.7 Porcentaje de población que no se ha tomado la tensión nunca o hace más de 5 años por comunidades autónomas

La desigualdad en la salud

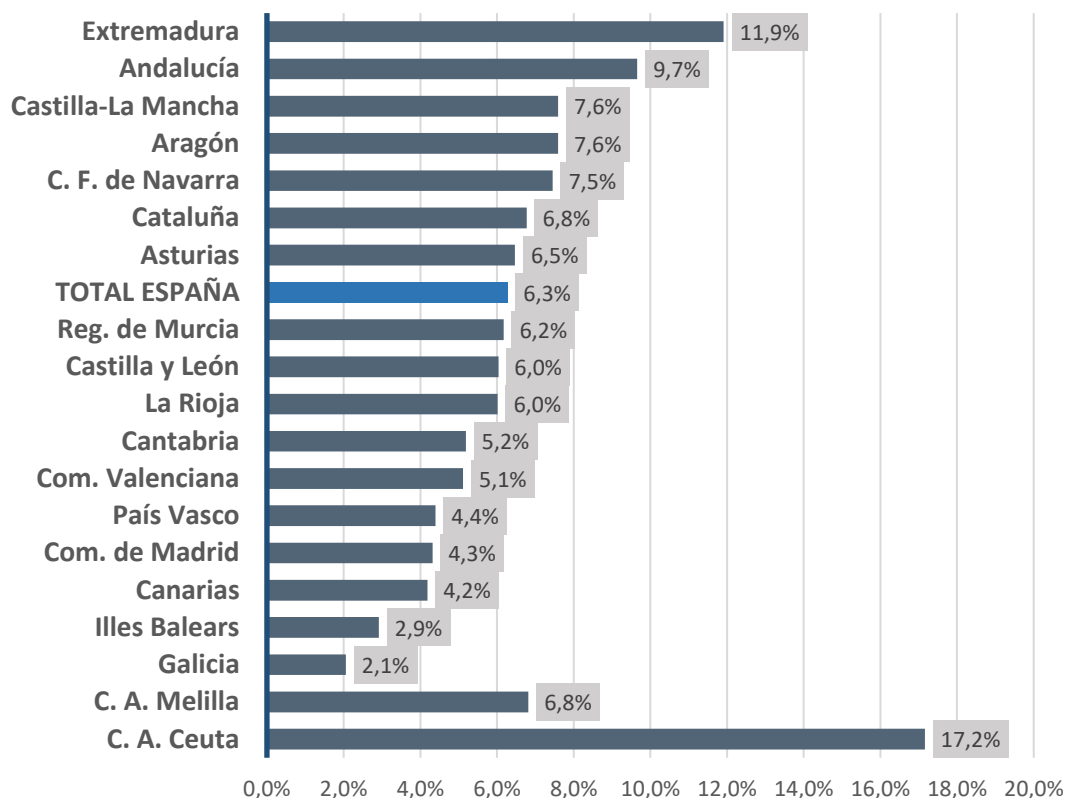


Gráfico 4.8 Porcentaje de población que no se ha medido el colesterol nunca o hace más de 5 años por comunidades autónomas

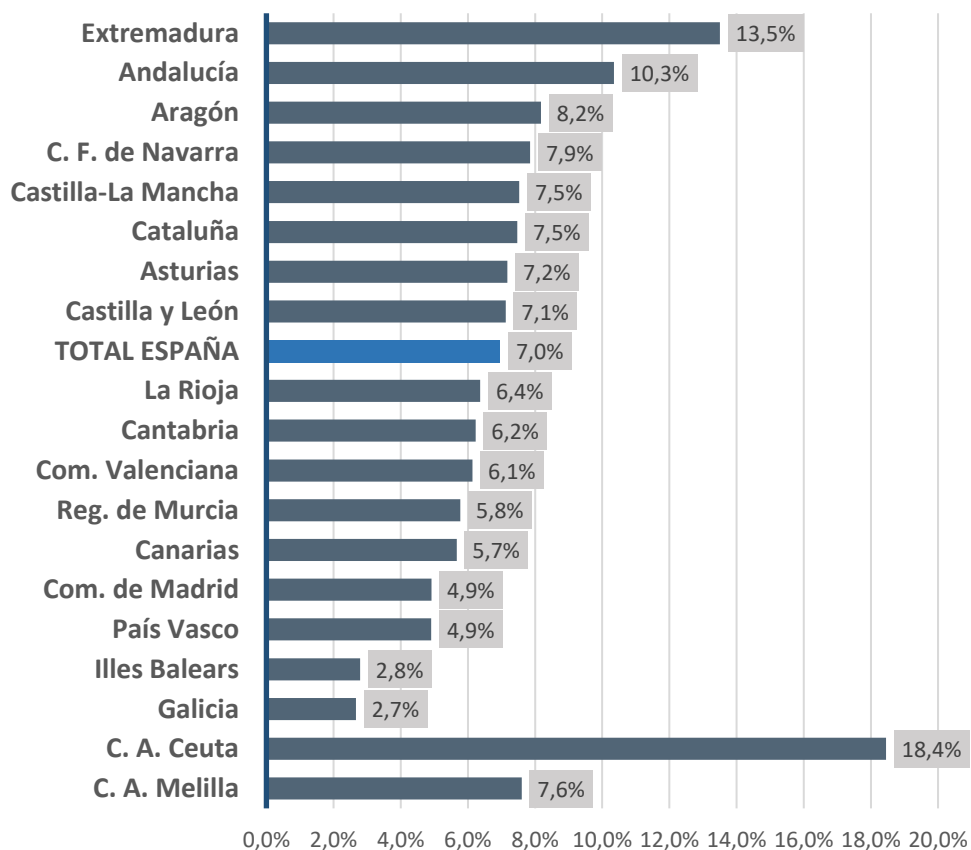


Gráfico 4.9 Porcentaje de población que no se ha medido el azúcar nunca o hace más de 5 años por comunidades autónomas

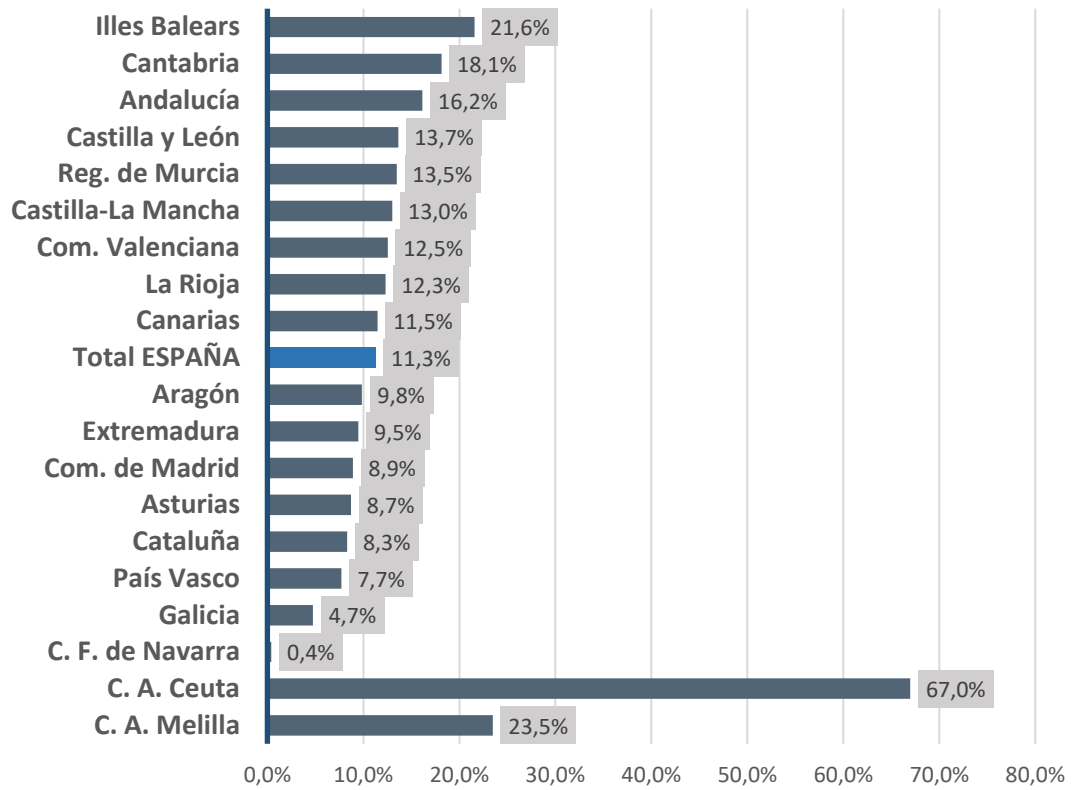


Gráfico 4.10 Porcentaje de mujeres que no se ha realizado una mamografía nunca o hace más de 3 años por comunidades autónomas

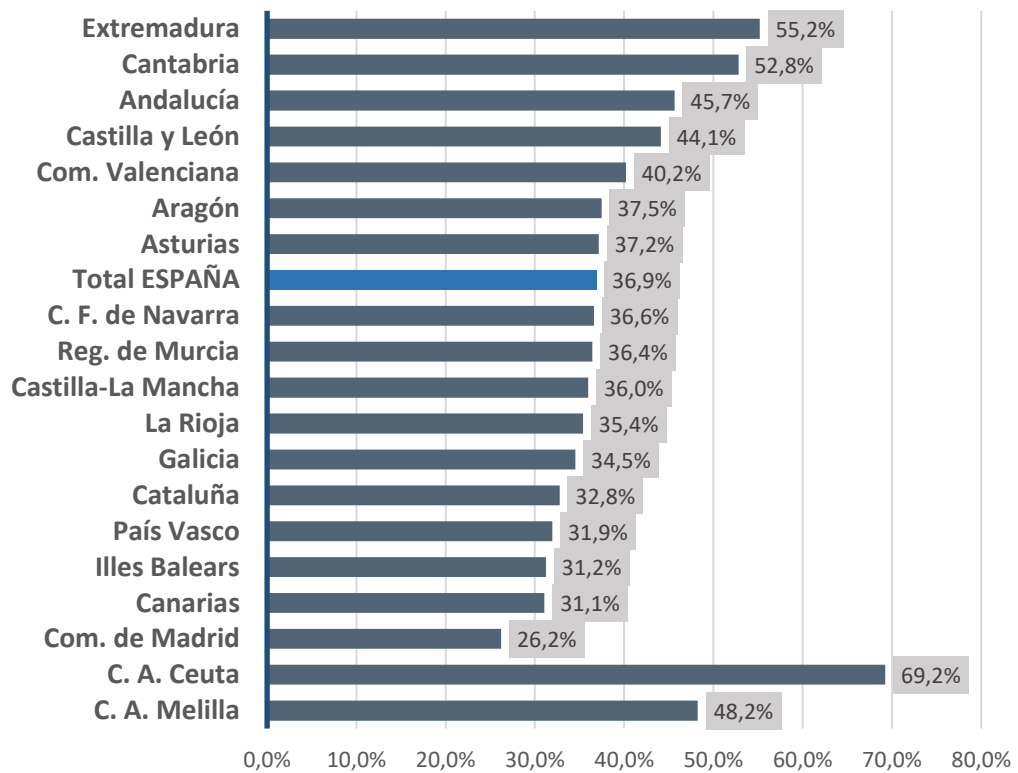


Gráfico 4.11 Porcentaje de población que no se ha realizado una citología nunca o hace más de 5 años por comunidades autónomas

4.4. DETERMINANTES DE SALUD

Con respecto a los determinantes de la salud, se muestran en el Índice de Masa Corporal, el consumo de tabaco y alcohol y la actividad física. Como se ha indicado en el capítulo 4, es importante tener en cuenta que los valores de estas variables no están determinados por elecciones individuales y, en este sentido, se considera que las condiciones socioeconómicas son muy importantes. Además, ya se ha mostrado que las variaciones de base socioeconómica, tales como la pobreza, la clase social o el nivel educativo generan portantes diferencias en estos valores.

El Índice de masa corporal (IMC) se define como la relación entre el peso en kilos del individuo y el cuadrado de su altura expresada en metros. En la población de 18 y más años, se consideran cuatro categorías:

- Peso insuficiente, si IMC es menor a 18,5 kg/m²
- Peso normal, si IMC está entre 18,5 kg/m² y 25 kg/m²
- Sobrepeso, si IMC está entre 25 kg/m² y 30 kg/m²
- Obesidad si IMC es mayor o igual a 30 kg/m²

Además, en la población de 17 años o menos, el peso insuficiente, el sobrepeso y la obesidad se definen en función del sexo y la edad, utilizando los puntos de corte específicos establecidos por *World Obesity Federation*²⁸.

El Gráfico 4.12 muestra los resultados de las comunidades autónomas para las cuatro categorías de peso, ordenadas por porcentaje de obesidad. Excepto Asturias, no puede ser casualidad que Andalucía, Castilla-La Mancha, Extremadura, Canarias y la Comunidad Valenciana, es decir, las comunidades con las tasas de obesidad más altas sean, también, las que ocupan los primeros lugares en las tasas de riesgo de pobreza y/o exclusión social (tasas AROPE en 2017: 37,3%, 33,9%, 44,3%, 40,2% y 31,3%, respectivamente).

Para el caso de los fumadores diarios, a pesar de que las variaciones regionales son pequeñas, la apreciación anterior también es aplicable y tres de las cuatro primeras posiciones en porcentaje de fumadores diarios están ocupadas por regiones con altas tasas de riesgo de pobreza y/o exclusión social.

Respecto al consumo de alcohol, ya se indicado que es el factor de riesgo modificable que está involucrado en un mayor número de enfermedades, y que su consumo está generalizado en el país, puesto que dos de cada tres personas lo consumen en diversa proporción. Respecto a su consumo diario, las tasas más elevadas se registran en comunidades de la zona norte del país: Castilla y León, Aragón, Asturias, Navarra, País Vasco y Galicia, todas ellas con tasas entre el 17% y el 22%.

Finalmente, más de una de cada tres personas mayores de 15 años no hacen nunca ejercicio, y esta cifra se eleva notablemente para Cantabria, Murcia, Castilla-La Mancha y Canarias.

A continuación, se muestran gráficos con los porcentajes concretos para todos los determinantes estudiados.

²⁸ Para más detalles, consultar apartado metodológico de la ENSE.

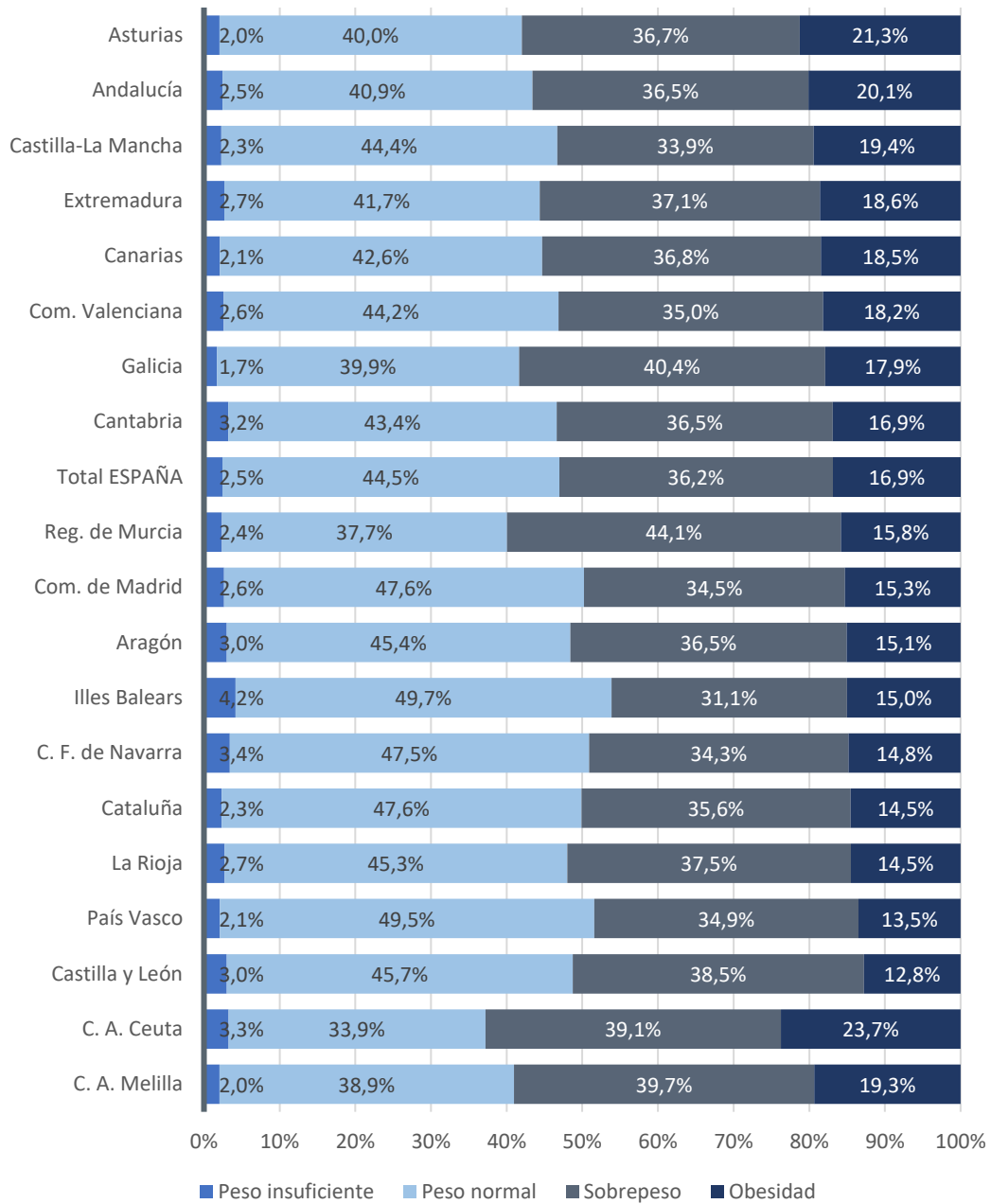


Gráfico 4.12 Índice de Masa Corporal (IMC) por comunidades autónomas

La desigualdad en la salud

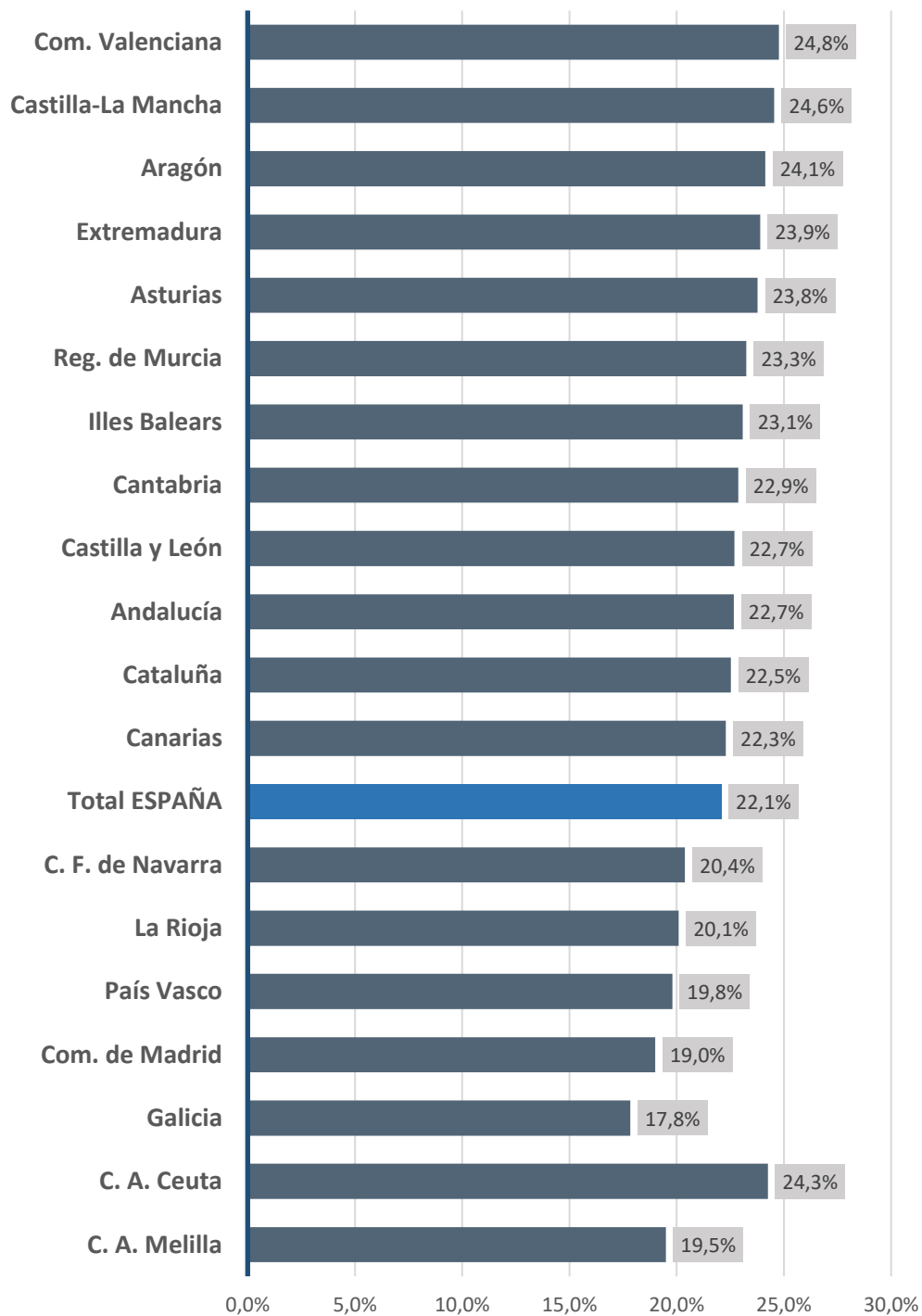


Gráfico 4.13 Porcentaje de población fumadora diaria por comunidades autónomas

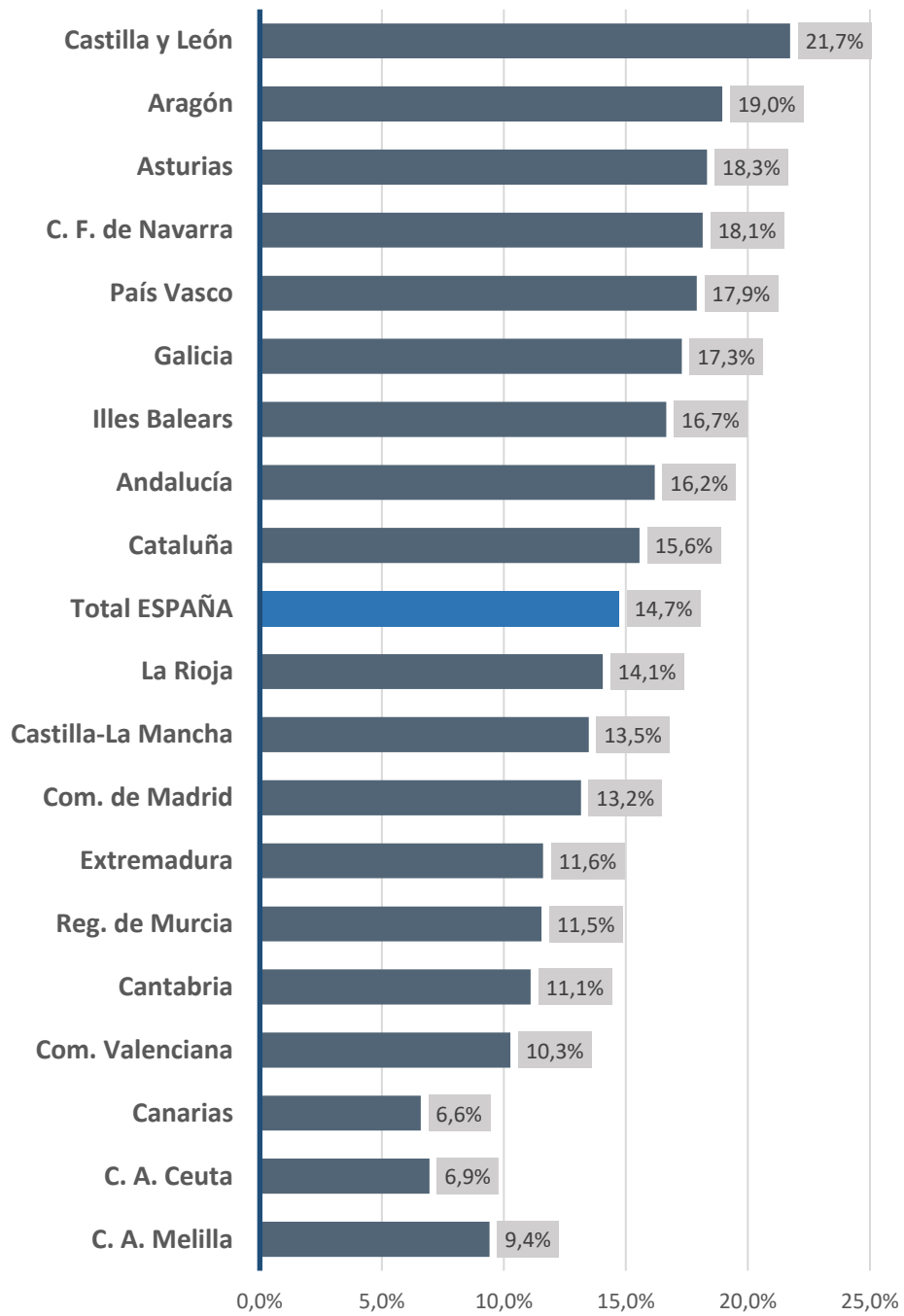


Gráfico 4.14 Porcentaje de población que consume alcohol diariamente por comunidades autónomas

La desigualdad en la salud

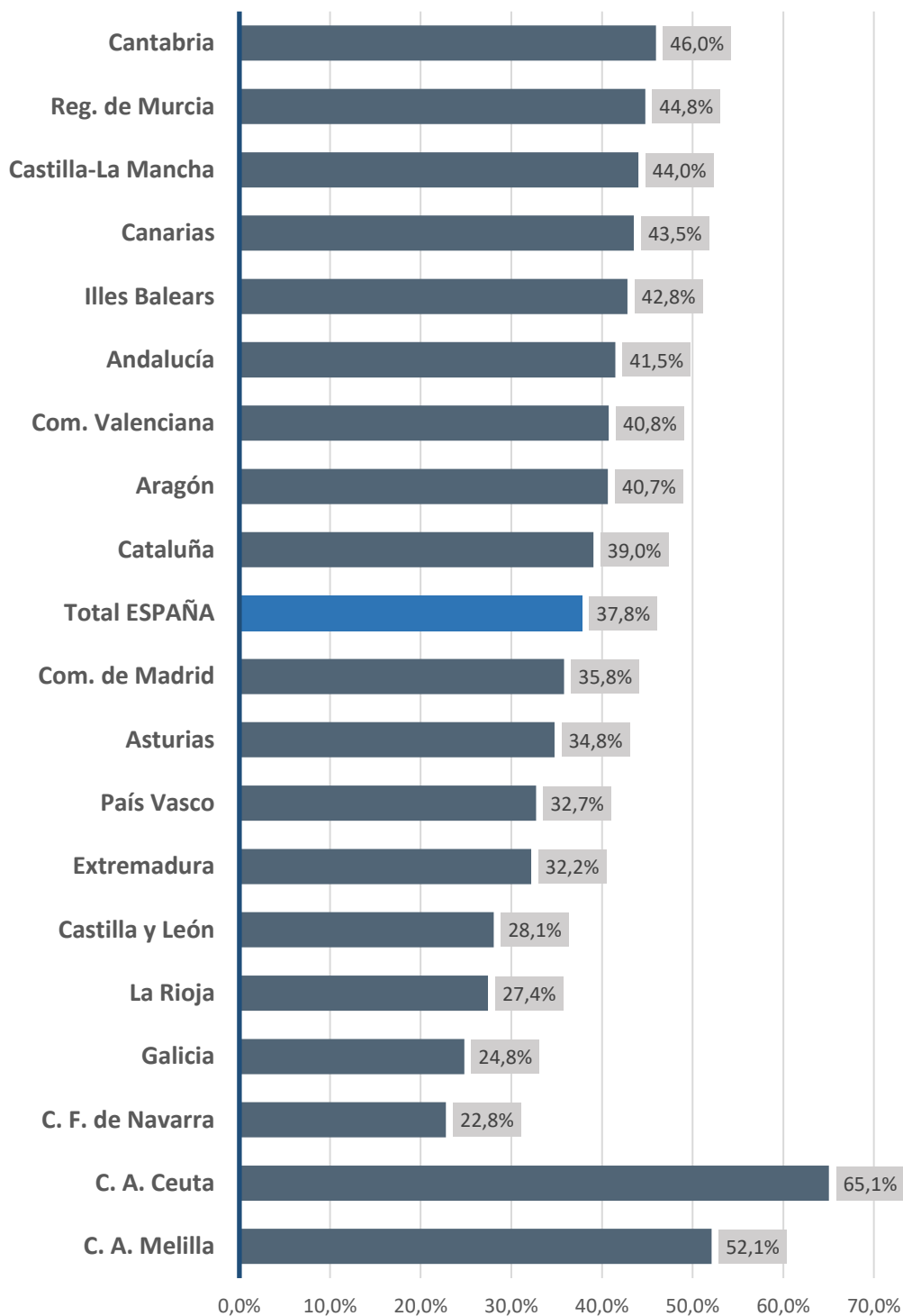


Gráfico 4.15 Porcentaje de población que no realiza actividad física por comunidades autónomas

5. CONCLUSIONES

Si, en el año 2009, la Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España indicaba que “España es uno de los países que tiene ya evidencia de la existencia de las desigualdades socioeconómicas en salud, pero donde las políticas para disminuirlas prácticamente no han entrado en la agenda política”, la conclusión más importante que se puede extraer los datos del informe es que esas desigualdades siguen estando vigentes.

Los datos indican que, para la práctica totalidad de las variables analizadas, las personas adultas (15 años o más) obtienen diferencias significativas en función del sexo, de la clase social, de la situación laboral de la persona de referencia del hogar y de la condición de pobreza de cada persona.

	Pobres	No pobres	Dif. (p.p.)	% variación
Estado de salud				
% Con salud percibida regular, mala o muy mala	37,4%	26,2%	11,2	42,7%
% Que padece enfermedades crónicas	67,6%	64,5%	3,1	4,8%
% Personas con caries	32,9%	18,2%	14,7	80,8%
% Personas con limitación de actividades graves y no graves	31,2%	23,5%	7,7	32,8%
% Personas que no pueden realizar ABVD o lo hacen con mucha dificultad	14,8%	8,7%	6,1	70,1%
% Personas que no disponen de ayuda para al menos una ABVD	12,4%	14,2%	-1,8	-12,7%
Asistencia sanitaria				
Tiempo desde la última consulta a médico general (un año o más o nunca)	17,7%	20,9%	-3,2	-15,3%
Tiempo desde la última consulta a fisioterapia (un año o más)	88,2%	77,7%	10,5	13,5%
Tiempo desde la última consulta a dentista (un año o más)	56,9%	44,2%	12,7	28,7%
% Personas que no se les ha realizado ninguna prueba en los últimos 12 meses	26,0%	19,0%	7	36,8%
% Personas con falta de atención médica por causas económicas	5,0%	1,3%	3,7	284,6%
% Personas con falta de atención dental por causas económicas	25,5%	7,9%	17,6	222,8%
% Personas con falta de atención mental por causas económicas	3,0%	0,7%	2,3	328,6%
% Personas con falta de acceso a medicamentos por causas económicas	6,9%	1,3%	5,6	430,8%

La desigualdad en la salud

Prácticas preventivas				
% Personas que no se han tomado la tensión arterial nunca o hace más de 5 años	9,5%	5,4%	4,1	75,9%
% Personas que no se han medido el colesterol nunca o hace más de 5 años	9,0%	4,8%	4,2	87,5%
% Personas que no se han medido el azúcar nunca o hace más de 5 años	9,6%	5,4%	4,2	77,8%
% de mujeres a las que nunca se les ha practicado una mamografía	48,9%	37,4%	11,5	30,7%
% de mujeres en edad recomendada a las que nunca se les ha practicado una mamografía	9,1%	3,4%	5,7	167,6%
% de mujeres a las que nunca se les ha practicado una citología	33,8%	18,4%	15,4	83,7%
Determinantes de la salud				
% Personas obesas	21,9%	15,0%	6,9	46,0%
% Personas que fuman a diario	24,5%	28,8%	3,7	17,8%
% Personas que consumen alcohol diariamente o uno o más días a la semana	28,8%	43,5%	-14,7	-33,8%
% Personas que no hacen ejercicio	47,0%	13,6%	14,4	44,2%
% Personas que consumen tres raciones o menos de fruta a la semana	28,5%	21,8%	6,7	30,7%
% Personas que consumen tres raciones o menos de verduras a la semana	36,7%	27,4%	9,3	33,9%
% Personas que consumen dos raciones o menos de carne a la semana	30,2%	26,4%	3,8	14,4%
% Personas que consumen pescado menos de una vez por semana o nunca	16,4%	10,2%	6,2	60,8%
% Personas que consumen 4 o más raciones de patatas, pasta, arroz, pan o cereales a la semana	43,3%	36,1%	7,2	19,9%
% Personas que consumen 3 o más raciones de comida rápida a la semana	9,2%	6,1%	3,1	50,8%

Tabla 5-1. Principales variables según situación de pobreza (15 años o más)

El principal eje de desigualdad analizado es la situación de pobreza y la tabla anterior detalla los resultados obtenidos para las variables más importantes. En primer lugar, el estado de salud es claramente más deficiente entre las personas pobres que entre las que no lo son, tanto en lo que se refiere a la salud percibida, como la existencia de enfermedades crónicas, caries y limitaciones a las actividades básicas de la vida diaria.

En segundo lugar, respecto a la asistencia sanitaria, la falta de acceso por causas económicas tanto a medicamentos recetados como a la atención médica, dental, y de salud mental, es entre tres y cinco veces más elevada entre las personas pobres que entre las no pobres. Un porcentaje mayor de personas pobres, también, lleva más de un año sin asistir al dentista o a Fisioterapia.

Respecto a las prácticas preventivas, entre el 9% y el 10% de las personas pobres no se han medido nunca, o lo han hecho hace más de cinco años, la tensión, el colesterol o el azúcar. Estas cifras prácticamente doblan las registradas entre las personas que residen en hogares que no son pobres. Por otra parte, a la mitad de las mujeres pobres no se les ha practicado nunca una mamografía cifra que es un 30,7% (11,5 puntos porcentuales) superior a la de las mujeres no pobres. Además, si se considera la edad recomendada, que es entre 50 y 69 años, las diferencias aumentan enormemente, pues al 9% de las mujeres pobres -casi el triple que a las no pobres- no se le ha practicado nunca. Respecto a las citologías, muy importantes para la prevención del cáncer de cérvix, las diferencias son parecidas (33,8% de mujeres pobres y 18,4% de no pobres a las cuales no se ha practicado nunca una citología).

En cuarto lugar, el análisis de los determinantes de la salud muestra que las personas pobres fuman más (24,5% c/r 20,8%); son más obesas (21,9% c/r 15%); hacen menos ejercicio (4,7% c/r 32,6%) y consumen menos alcohol (28,8% c/r 43,5%). Además, se alimentan peor y consumen menos fruta, verduras, carne y pescado. Por el contrario, consumen más patatas, pasta, arroz pan y comida rápida.

Otro eje de desigualdad importante es el determinado por el sexo. En este sentido, los resultados principales pueden resumirse en tres ideas fuerza principales:

1) Las mujeres tienen una salud más deficiente, pero se cuidan más. Así, las mujeres tienen peor salud percibida; más enfermedades crónicas y sufren más limitaciones para la realización de actividades, especialmente las ABVD. Sin embargo, las mujeres obtienen mejores resultados (más sanos) en índice de masa corporal, consumo de tabaco y consumo de alcohol. Los resultados de los hombres son mejores sólo en el caso de la actividad física, cuestión que puede venir determinada por las diferencias de roles (por ejemplo, disposición de tiempo libre). También se alimentan mejor: consumen más fruta fresca, más verdura, menos carne, más pescado y, sobre todo, menos comida rápida.

2) Las mujeres parecen aprovechar mejor la atención sanitaria en aquellos aspectos que están bien cubiertos por la sanidad pública y peor en aquellas cuestiones con cobertura pública más deficiente. En otras palabras, la falta de recursos parece afectarles más. Por una parte, las mujeres van más al médico, a Fisioterapia y al dentista, y también les hacen más pruebas. Por el contrario, un mayor porcentaje ha sufrido falta de atención dental y de acceso a medicamentos por problemas económicos. También disponen de menos ayudas que los hombres en el caso de que padezcan limitaciones a las ABVD.

3) El hecho de ser mujer agudiza las inequidades de la pobreza. Los porcentajes de mujeres con falta de atención sanitaria por causas económicas son más altos que los de los hombres para todas las tipologías analizadas: atención médica, dental, salud mental y acceso a medicamentos.

Los datos concretos de las principales variables analizadas se muestran en la siguiente tabla.

La desigualdad en la salud

	Mujeres	Hombres	Dif. (p.p.)	% variación
Estado de salud				
% Con salud percibida regular, mala o muy mala	33,5%	25,2%	8,3	32,9%
% Que padece enfermedades crónicas	68,2%	60,0%	8,2	13,7%
% Personas con caries	20,1%	23,0%	-2,9	-12,6%
% Personas con limitación de actividades graves y no graves	29,3%	22,5%	6,8	30,2%
% Personas que no pueden realizar ABVD o lo hacen con mucha dificultad	14,3%	7,6%	6,7	88,2%
% Personas que no disponen de ayuda para al menos una ABVD	16,1%	12,7%	3,4	26,8%
Asistencia sanitaria				
Tiempo desde la última consulta a médico general (un año o más o nunca)	14,5%	24,8%	-10,3	-41,5%
Tiempo desde la última consulta a fisioterapia (un año o más)	81,4%	84,2%	-2,8	-3,3%
Tiempo desde la última consulta a dentista (un año o más)	47,1%	52,8%	-5,7	-10,8%
% Personas que no se les ha realizado ninguna prueba en los últimos 12 meses	19,6%	24,5%	-4,9	-20,0%
% Personas con falta de atención médica por causas económicas	2,7%	1,9%	0,8	42,1%
% Personas con falta de atención dental por causas económicas	13,7%	11,0%	2,7	24,5%
% Personas con falta de atención mental por causas económicas	1,7%	0,9%	0,8	88,5%
% Personas con falta de acceso a medicamentos por causas económicas	3,7%	2,2%	1,5	68,2%
Prácticas preventivas				
% Personas que no se han tomado la tensión arterial nunca o hace más de 5 años	6,2%	7,6%	-1,4	-18,4%
% Personas que no se han medido el colesterol nunca o hace más de 5 años	5,1%	7,5%	-2,4	-32,0%
% Personas que no se han medido el azúcar nunca o hace más de 5 años	5,7%	8,3%	-2,6	-31,3%
Determinantes de la salud				
% Personas obesas	16,2%	17,5%	-1,3	-7,4%
% Personas que fuman a diario	18,8%	25,6%	-6,8	-26,6%
% Personas que consumen alcohol diariamente o uno o más días a la semana	7,3%	22,5%	-15,2	-67,6%
% Personas que no hacen ejercicio	41,9%	33,5%	8,4	25,1%
% Personas que consumen tres raciones o menos de fruta a la semana	18,8%	27,4%	-8,6	-31,4%
% Personas que consumen tres raciones o menos de verduras a la semana	24,0%	35,0%	-11	-31,4%
% Personas que consumen dos raciones o menos de carne a la semana	31,8%	25,1%	6,7	26,7%
% Personas que consumen pescado menos de una vez por semana o nunca	11,1%	12,2%	-1,1	-9,0%
% Personas que consumen 4 o más raciones de patatas, pasta, arroz, pan o cereales a la semana	36,8%	40,1%	-3,3	-8,2%
% Personas que consumen 3 o más raciones de comida rápida a la semana	5,4%	9,4%	-4	-42,6%

Tabla 5-2. Principales variables según sexo (15 años o más)

Finalmente, el estudio muestra diferencias entre las comunidades autónomas con respecto a la mayoría de las variables analizadas. En general, para la gran mayoría de las comunidades autónomas, al menos 2/3 de su población mayor de 15 años considera que su salud es buena o muy buena. El porcentaje de personas que perciben su salud como regular, mala y muy mala, es especialmente elevado en Galicia. Aunque con menor intensidad, también son altas en Asturias y País Vasco. Estas tres regiones tienen también las tasas más elevadas de población con alguna enfermedad crónica. Al respecto, no es casualidad que todas ellas tengan al mismo tiempo elevadas tasas de población mayor de 65 años.

En el análisis de las personas que han necesitado asistencia sanitaria y no la han recibido por motivos económicos, las regiones de Murcia, la Comunidad Valenciana, Andalucía y Canarias se reparten los cuatro o cinco primeros puestos para la mayoría de los tipos de asistencia estudiados (atención médica, dental, de salud mental y acceso a medicamentos). Se debe subrayar la situación específica de la Región de Murcia, con cifras extraordinariamente elevadas para los cuatro tipos de asistencia.

Con respecto a las prácticas preventivas de salud femenina, en Baleares, Cantabria y Andalucía el porcentaje de mujeres que no se ha hecho nunca o hace más de tres años una mamografía está muy por encima de la media. Por otra parte, el porcentaje de mujeres que llevan cinco años o más, o nunca, sin hacerse una citología es alto en las comunidades de Castilla y León, Andalucía, Cantabria y Extremadura, con cifras entre el 44% y el 55%.

Bibliografía

- Asociación Española contra el Cáncer . (s.f.). Obtenido de <https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-cervix/evolucion-cancer-cervix>
- Cazón Fernández, S. (2015). *El impacto de la crisis económica y el desempleo en la salud*. Granada: (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- EAPN-España. (2018). *VIII Informe sobre el Estado de la Pobreza. Seguimiento del indicador de riesgo de pobreza y exclusión social en España*. EAPN-España. Madrid: EAPN-España. Recuperado el 25 de 10 de 2018, de <https://www.eapn.es/estadodepobreza/descargas.php>
- Eustat. (s.f.). *Salud percibida* . Obtenido de http://www.eustat.eus/documentos/opt_o/tema_16/elem_1745/definicion.html
- GBD Diet Collaborators. (2017). *Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017* . Obtenido de The Lancet: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30041-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30041-8/fulltext)
- INE. (s.f.). *Encuesta de Condiciones de Vida (ECV)*. Obtenido de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ultiDatos&idp=1254735976608
- INE. (s.f.). *Encuesta Nacional de Salud*. Obtenido de http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176783&menu=resultados&idp=1254735573175
- INE. (s.f.). *Encuesta Nacional de Salud (ENSE). Informe Metodológico*. Obtenido de http://www.ine.es/metodologia/t15/ense_inf_meto_17.pdf
- Janlert, U., & Hammarström, A. (2009). Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health*. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-235>
- MSCBS. (2019). *Estrategia Nacional de Prevención y Lucha Contra la Pobreza y la Exclusión Social 2019-2023*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Obtenido de https://eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1553262965_estrategia_prev_y_lucha_pobrez_a_2019-23.pdf
- MSSSI, Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2009). *Análisis de situación para la elaboración de una propuesta de políticas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Obtenido de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Analisis_reducir_desigualdes.pdf
- MSSSI, Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. (2015). *Avanzando hacia la equidad. Propuestas de Políticas e Intervenciones para reducir las desigualdades Sociales en salud en España*. Madrid. Obtenido de https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf
- Rajmil, L. (24 de marzo de 2014). *El primer factor ambiental, la pobreza*. Obtenido de Cuidate Plus: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/2014/03/24/primer-factor-ambiental-pobreza-31907.html>

Rico, A. (2002). Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa. *Documentación Social*(127), 15-44. Obtenido de <https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/2002/11/DS100127-SALUD-Y-EQUIDAD.pdf>

Sociedad Americana de Oncología Clínica (ASCO). (s.f.). Obtenido de <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-cuello-uterino/factores-de-riesgo>

Índice de gráficos

Gráfico 1.1 Estado de la Salud percibido (Población de 15 o más años)	13
Gráfico 1.2 Estado de salud percibido según edad (% regular, malo o muy malo)	14
Gráfico 1.3 Estado de salud percibido según edad y sexo (% regular, malo o muy malo)	15
Gráfico 1.4 Estado de salud percibido según edad y nivel educativo (% regular, malo o muy malo).....	16
Gráfico 1.5 Estado de salud percibido según edad y nivel educativo (% regular, malo o muy malo).....	17
Gráfico 1.6 Estado de salud percibido en función del hábitat de residencia	17
Gráfico 1.7 Estado de salud percibido según edad y hábitat (% regular, malo o muy malo)	18
Gráfico 1.8 Estado de salud percibido en función de la situación laboral	19
Gráfico 1.9 Estado de salud percibido en función de la clase social	20
Gráfico 1.10 Estado de salud percibido según edad y clase social (% regular, malo o muy malo)	20
Gráfico 1.11 Estado de salud percibido según riesgo de pobreza (población de 15 o más años)	21
Gráfico 1.12 Estado de salud percibido según edad y riesgo de pobreza (% regular, malo o muy malo) ..	22
Gráfico 1.13 Estado de salud percibido según sexo y riesgo de pobreza (% regular, malo o muy malo) ..	22
Gráfico 1.14. Prevalencia de enfermedades crónicas	23
Gráfico 1.15 Presencia de enfermedad crónica según edad.....	24
Gráfico 1.16 Presencia de enfermedad crónica según edad y sexo	24
Gráfico 1.17 Presencia de enfermedad crónica según edad y hábitat	25
Gráfico 1.18 Presencia de enfermedad crónica según situación laboral.....	26
Gráfico 1.19 Presencia de enfermedad crónica según clase social	26
Gráfico 1.20 Presencia de enfermedad crónica según edad y clase social.....	26
Gráfico 1.21 Presencia de enfermedad crónica según condición de pobreza	27
Gráfico 1.22 Presencia de enfermedad crónica según sexo y condición de pobreza	27
Gráfico 1.23 Presencia de enfermedad crónica según edad y condición de pobreza	27
Gráfico 1.24 Proporción de población con caries según situación laboral, clase social y condición de pobreza.....	28
Gráfico 1.25 Porcentaje de población con ausencia de piezas dentales no sustituidas según situación laboral, clase social y condición de pobreza	29
Gráfico 1.26 Restricción de actividad habitual según la edad.	31
Gráfico 1.27 Restricción de actividad habitual según edad y sexo.	31
Gráfico 1.28 Restricción de actividad habitual según clase social.	32
Gráfico 1.29 Restricción de actividad habitual según edad y clase social.	32
Gráfico 1.30 Restricción de actividad habitual según condición de pobreza.	33
Gráfico 1.31 Restricción de actividad habitual según edad y condición de pobreza.	33
Gráfico 1.32 Restricción de actividad habitual según sexo y condición de pobreza.	33
Gráfico 1.33 Presencia de limitaciones por problemas de salud según actividad económica.....	34
Gráfico 1.34 Presencia de limitaciones por problemas de salud según clase social	35
Gráfico 1.35 Presencia de limitaciones por problemas de salud según condición de pobreza	35
Gráfico 1.36 Presencia de limitaciones por problemas de salud según edad y condición de pobreza	36
Gráfico 1.37 Presencia de limitaciones por problemas de salud según sexo y condición de pobreza	36
Gráfico 1.38 Dificultades para recordar o concentrarse según edad y condición de pobreza (población de 45 o más años)	38
Gráfico 1.39 Dificultades para recordar o concentrarse según sexo y condición de pobreza (población de 45 o más años)	38
Gráfico 1.40 Dificultades ABVD según sexo y condición de pobreza	39
Gráfico 1.41 Dificultades ABVD según hábitat y condición de pobreza	40
Gráfico 2.1 Visitas al fisioterapeuta en el último año en función de diversas variables.....	43

Gráfico 2.2 Porcentaje de personas que llevan un año o más sin acudir al dentista	44
Gráfico 2.3 Porcentaje de personas que no han acudido nunca al dentista	44
Gráfico 2.4 Proporción de personas que llevan un año o más sin acudir al dentista según nivel educativo y condición de pobreza	45
Gráfico 2.5 Proporción de personas que no han acudido nunca al dentista según nivel educativo y condición de pobreza	46
Gráfico 2.6 Porcentaje de población que no se ha realizado análisis o pruebas médicas en el último año en función de diversas variables.	47
Gráfico 2.7 Falta de atención médica por problemas económicos en función de diversas variables.	48
Gráfico 2.8 Falta de atención dental por problemas económicos en función de diversas variables.	49
Gráfico 2.9 Falta de atención en salud mental por problemas económicos en función de diversas variables.	50
Gráfico 2.10 Falta acceso a medicamentos recetados por problemas económicos en función de diversas variables.	51
Gráfico 2.11 Porcentaje de población que nunca se ha tomado la tensión o hace más de 5 años en función de diversas variables	53
Gráfico 2.12 Porcentaje de población que nunca se ha medido el colesterol o hace más de 5 años en función de diversas variables	54
Gráfico 2.13 Porcentaje de población que nunca se ha medido el colesterol o hace más de 5 años en función de diversas variables	55
Gráfico 2.14 Porcentaje de población que nunca se ha medido el azúcar o hace más de 5 años en función de diversas variables	56
Gráfico 2.15 Porcentaje de población que nunca se ha medido el azúcar o hace más de 5 según edad y condición de pobreza	57
Gráfico 2.16 Porcentaje de mujeres que no se ha realizado una mamografía nunca o hace más de 3 años en función de diversas variables	59
Gráfico 2.17 Porcentaje de mujeres que nunca se han realizado una mamografía en la edad recomendada	59
Gráfico 2.18 Porcentaje de mujeres que nunca se ha realizado una mamografía o hace más de 3 en edad recomendada en función de diversas variables (de 50 a 69 años)	60
Gráfico 2.19 Porcentaje de mujeres que nunca se ha realizado una citología o hace más de 5 en función de diversas variables	62
Gráfico 3.1 Porcentaje de población con obesidad en función de diversas variables	64
Gráfico 3.2 Porcentaje de población de 15 a 18 años con peso insuficiente según condición de pobreza	65
Gráfico 3.3 Proporción de población con obesidad según edad y pobreza	65
Gráfico 3.4 Porcentaje de población fumadora en función de diversas variables	66
Gráfico 3.5 Porcentaje de población que nunca consume alcohol en función de diversas variables	68
Gráfico 3.6 Proporción de población que consume alcohol más de una vez por semana en función de diversas variables	68
Gráfico 3.7 Porcentaje de población que no realiza ninguna actividad física	69
Gráfico 3.8 Porcentaje de personas que consumen 3 raciones o menos de fruta fresca por semana en función de diversas variables	70
Gráfico 3.9 Porcentaje de personas que no consumen fruta fresca en función de diversas variables	71
Gráfico 3.10 Porcentaje de personas que consumen 3 o menos raciones de verduras por semana en función de diversas variables	72
Gráfico 3.11 Porcentaje de personas que consumen 3 o menos raciones de legumbres por semana en función de diversas variables	73
Gráfico 3.12 Porcentaje de personas que consumen 2 o menos raciones de carne por semana en función de diversas variables	74

Gráfico 3.13 Porcentaje de personas que comen pescado menos de una vez por semana o nunca en función de diversas variables	75
Gráfico 3.14 Porcentaje de personas que consumen 4 o más raciones de pasta, arroz o patatas por semana en función de diversas variables	77
Gráfico 3.15 Porcentaje de personas que consumen 1 o más raciones de pan o cereales al día en función de diversas variables	78
Gráfico 3.16 Porcentaje de personas que consumen 3 o más raciones de comida rápida por semana en función de diversas variables	79
Gráfico 4.1 Percepción del estado de salud por comunidades autónomas	80
Gráfico 4.2 Porcentaje de población con enfermedad crónica percibida por comunidades autónomas	81
Gráfico 4.3 Inaccesibilidad a la atención médica por problemas económicos por comunidades autónomas.....	83
Gráfico 4.4 Inaccesibilidad a la atención dental por problemas económicos por comunidades autónomas.....	83
Gráfico 4.5 Inaccesibilidad a la atención de salud mental por problemas económicos por comunidades autónomas.....	84
Gráfico 4.6 Inaccesibilidad a medicamentos recetados por problemas económicos por comunidades autónomas.....	84
Gráfico 4.7 Porcentaje de población que no se ha tomado la tensión nunca o hace más de 5 años por comunidades autónomas	85
Gráfico 4.8 Porcentaje de población que no se ha medido el colesterol nunca o hace más de 5 años por comunidades autónomas	86
Gráfico 4.9 Porcentaje de población que no se ha medido el azúcar nunca o hace más de 5 años por comunidades autónomas	86
Gráfico 4.10 Porcentaje de mujeres que no se ha realizado una mamografía nunca o hace más de 3 años por comunidades autónomas	87
Gráfico 4.11 Porcentaje de población que no se ha realizado una citología nunca o hace más de 5 años por comunidades autónomas.....	87
Gráfico 4.12 Índice de Masa Corporal (IMC) por comunidades autónomas.....	89
Gráfico 4.13 Porcentaje de población fumadora diaria por comunidades autónomas	90
Gráfico 4.14 Porcentaje de población que consume alcohol diariamente por comunidades autónomas.....	91
Gráfico 4.15 Porcentaje de población que no realiza actividad física por comunidades autónomas.....	92

Índice de tablas

Tabla 1-1 Valoración del estado de salud percibido según edad (grupos de 10 años).	14
Tabla 1-2 Estado de salud percibido según sexo.	14
Tabla 1-3 Estado de salud percibido según nacionalidad	17
Tabla 1-4 Estado de salud percibido según riesgo de pobreza.....	21
Tabla 1-5 Proporción de población con caries en función de diversas variables	28
Tabla 1-6 Porcentaje de población con ausencia de piezas dentales no sustituidas en función de diversas variables	30
Tabla 1-7 Grado de limitación por problemas de salud en función de diversas variables.	34
Tabla 1-8 Grado de limitación por problemas de salud según clase social.	35
Tabla 1-9 Dificultad para recordar o concentrarse según diversas variables (población de 45 o más años)	37

Tabla 1-10 Grado de dificultad para realizar alguna ABVD en función de diversas variables (población de 65 o más años)	39
Tabla 1-11 Disponibilidad de ayuda para ABVD en función de diversas variables	40
Tabla 2-1 Tiempo transcurrido desde la última consulta médica de atención primaria	41
Tabla 2-2 Tiempo transcurrido desde la última consulta médica del especialista	42
Tabla 2-3 Visitas al fisioterapeuta en el último año en función de diversas variables	43
Tabla 2-4 Tiempo transcurrido desde última visita al dentista, estomatólogo o higienista dental en función de diversas variables.	45
Tabla 2-5 Pruebas realizadas en los últimos 12 meses en función de diversas variables	46
Tabla 2-6 Falta de atención médica por problemas económicos en función de diversas variables.	49
Tabla 2-7 Falta de atención dental por problemas económicos en función de diversas variables.	50
Tabla 2-8 Falta de atención en salud mental por problemas económicos en función de diversas variables.	51
Tabla 2-9 Falta acceso a medicamentos recetados por problemas económicos en función de diversas variables.	51
Tabla 2-10 Tiempo transcurrido desde la última toma de tensión arterial en función de diversas variables.	53
Tabla 2-11 Tiempo transcurrido desde la última medición de colesterol en función de diversas variables.	55
Tabla 2-12 Tiempo transcurrido desde la última medición del azúcar en función de diversas variables.	57
Tabla 2-13 Tiempo transcurrido desde la última mamografía en función de diversas variables	58
Tabla 2-14 Tiempo transcurrido desde la última mamografía (mujeres en edad recomendada para cribado de cáncer de mama: 50 a 69 años).....	60
Tabla 2-15 Tiempo transcurrido desde la última citología (mujeres de 15 o más años)	61
Tabla 3-1 Índice de Masa Corporal en función de diversas variables.....	64
Tabla 3-2 Frecuencia de consumo de tabaco en función de diversas variables	66
Tabla 3-3 Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses en función de diversas variables	67
Tabla 3-4 Frecuencia de actividad física en función de diversas variables	69
Tabla 3-5 Frecuencia de consumo de fruta fresca en función de diversas variables	71
Tabla 3-6 Frecuencia de consumo de verduras, ensaladas y hortalizas en función de diversas variables	72
Tabla 3-7 Frecuencia de consumo de legumbres en función de diversas variables	73
Tabla 3-8 Frecuencia de consumo de carne (pollo, ternera, cerdo, cordero, etc.) en función de diversas variables	75
Tabla 3-9 Frecuencia de consumo de pescado en función de diversas variables.....	76
Tabla 3-10 Frecuencia de consumo de huevos en función de diversas variables	76
Tabla 3-11 Frecuencia de consumo de pasta, arroz o patatas en función de diversas variables.....	77
Tabla 3-12 Frecuencia de consumo de pan y cereales en función de diversas variables.....	78
Tabla 3-13 Frecuencia de consumo de comida rápida (pollo frito, bocadillos, pizzas, hamburguesas) en función de diversas variables	79
Tabla 5-1. Principales variables según situación de pobreza.....	94
Tabla 5-2. Principales variables según sexo.....	96

Nuestras redes y Entidades miembro, 19 redes autonómicas:

EAPN-Illes Balears- Xarxa per la Inclusió Social
Red Andaluza de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social
Red Aragonesa de Entidades Sociales para la Inclusión
Red Europea contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla y León
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión social en Asturias
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Canarias
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Castilla-La Mancha
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Euskadi
Red Madrileña de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social
Red de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de la Región de Murcia
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Extremadura
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social de Melilla
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Cantabria
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en Ceuta
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en el Estado Español de la Comunidad Autónoma de Galicia
Red Europea de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social en La Rioja
Red Navarra de Lucha contra la Pobreza y la Exclusión Social
Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya
Xarxa per la Inclusió social de la Comunitat Valenciana

Y 15 entidades estatales:

Accem
Cáritas Española
Comisión Española de Ayuda al Refugiado (CEAR)
Confederación de Centros de Desarrollo Rural (COCEDER)
Plena Inclusión
Confederación Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica (COCEMFE)
Cruz Roja Española
Federación de Mujeres Progresistas (FMP)
Fundación Cepaim
Fundación Esplai
Fundación Secretariado Gitano
Movimiento por la Paz (MPDL)
Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE)
RAIS Fundación
Unión Española de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD)



EAPN ESPAÑA

C/ Tribulete, 18 Local. 28012 Madrid
91 786 04 11 | eapn@eapn.ES | www.eapn.es

Síguenos

