

Desigualdades sociales en salud y sus determinantes:

Principales resultados de la séptima
edición de la Encuesta Social Europea

Principales
resultados de
la ESS

Número

6

Acceso a los datos y documentación de la Encuesta Social Europea

El Consorcio Europeo para las Infraestructuras de Investigación de la Encuesta Social Europea (ESS ERIC) ofrece sus datos y documentación de forma gratuita. Estos se pueden consultar y descargar en la página www.europeansocialsurvey.org.

Se han desarrollado iniciativas concretas orientadas a facilitar el acceso a esta colección creciente de datos, entre ellas las herramientas EduNet y NESSTAR, ambas disponibles a través de la página web de la ESS.

EduNet

La herramienta de e-learning de la ESS, EduNet,

fue desarrollada para su uso en la enseñanza superior. Ofrece ejemplos prácticos y ejercicios diseñados para guiar a los usuarios en el proceso de investigación, desde el planteamiento de un problema teórico hasta la interpretación de resultados estadísticos. Actualmente hay diez temas disponibles basados en los datos de la ESS.

NESSTAR

NESSTAR es la herramienta de análisis de datos en línea de la ESS. La documentación de apoyo de NESSTAR está disponible a través del Servicio Noruego de Datos de Ciencias Sociales (www.nesstar.com).

La Encuesta Social Europea procura asegurar que se escuche de forma más clara a los habitantes de Europa, amplificando sus opiniones y arrojando luz sobre sus condiciones sociales. Este informe se centra en uno de los aspectos más importantes de nuestras vidas –la salud– y resalta las grandes desigualdades que existen tanto dentro de cada país como entre los distintos países de Europa.

Incluir este módulo en la ESS nos ha permitido realizar uno de los estudios internacionales más exhaustivos sobre las desigualdades en materia de salud dentro de un contexto sociológico más amplio. El módulo ofrece resultados cuya relevancia es clave para académicos y responsables políticos. También incluye algunas

innovaciones, como por ejemplo un método nuevo para medir el consumo de alcohol. Al mismo tiempo, el módulo ofrece datos importantes sobre las diferencias en la prevalencia de problemas de salud y en el acceso a los servicios de asistencia sanitaria en distintos países.

Espero con interés dar la bienvenida en la comunidad de usuarios de datos de la ESS a muchos más especialistas en temas relacionados con la salud, y ver los resultados de sus análisis de este nuevo y emocionante módulo.

Rory Fitzgerald

Director ESS ERIC
City, University of London (Reino Unido)

Los autores de esta edición:

Terje Andreas Eikemo es Catedrático de Sociología en la Universidad Noruega de Ciencia y Tecnología (NTNU), Trondheim, Noruega.

Tim Huijts es Profesor titular de Sociología en la Universidad de York, Reino Unido.

Clare Bambra es Catedrática de Geografía de la Salud Pública en Durham University, Reino Unido.

Courtney McNamara es Investigadora Postdoctoral en la NTNU, Trondheim, Noruega.

Per Stornes está realizando el programa de doctorado en la NTNU, Trondheim, Noruega.

Mirza Balaj está realizando el programa de doctorado en la NTNU, Trondheim, Noruega.

Eikemo, Huijts, y Bambra participaron en el equipo encargado del diseño del cuestionario (Questionnaire Design Team, QDT) y del desarrollo del módulo de preguntas sobre 'Desigualdades sociales en materia de salud y sus factores determinantes'. Formaron parte también de este equipo, entre otros, Olle Lundberg (Centre for Health Equity Studies, Estocolmo, Suecia) y Johan Mackenbach (Departamento de Salud Pública de Erasmus University, Rotterdam, Países Bajos).

Además han contribuido al diseño del módulo los siguientes miembros del equipo de coordinación científica de la ESS: Rory Fitzgerald, Yvette Prestage, Ana Villar, Sally Widdop, y Lizzy Winstone.

Desigualdades sociales en salud y sus determinantes

Principales resultados de la séptima edición de la Encuesta Social Europea

Terje Andreas Eikemo, Tim Huijts, Clare Bambra, Courtney McNamara, Per Stornes y Mirza Balaj

Introducción

La persistencia de desigualdades sociales en relación con la salud es un hecho contrastado: las personas con mayor nivel educativo, mayor categoría profesional, o mayores ingresos, tienen tasas más bajas de morbilidad y una esperanza de vida más larga. Aunque las desigualdades sociales en materia de salud existen en todas las sociedades del mundo, la intensidad de estas desigualdades varía de un lugar a otro, y existen notables diferencias dentro de Europa.

Los estudios publicados realizados a partir de los datos de la Encuesta Social Europea (ESS) han contribuido de manera sustancial a investigar cómo varían las desigualdades sociales en materia de salud en los países europeos (Eikemo et al., 2008a, Huijts, 2011, Van de Velde, Bracke, y Levecque, 2010). Estos estudios se basan principalmente en tres aspectos relacionados con la salud (la autopercepción del estado de salud, las enfermedades limitantes de larga duración, y la depresión), y en un número limitado de determinantes sociales de la salud como, por ejemplo, la posición socioeconómica. En general, este trabajo muestra que las personas con niveles socioeconómicos más bajos tienen peor salud, pero hay distintos patrones de desigualdad en diferentes partes de Europa.

No obstante, con el fin de mejorar nuestra comprensión de cómo y por qué siguen existiendo desigualdades sociales en materia de salud, es necesario examinar de forma detallada otros indicadores de salud, junto con un conjunto amplio de determinantes sociales que les afectan. Aunque las encuestas sobre salud suelen incluir una variedad de indicadores sanitarios y de los factores que los determinan, hasta la fecha ninguna encuesta ha recopilado suficientes datos sobre los sistemas de estratificación social de las sociedades, que incluyan

indicadores abundantes sobre las condiciones de vida. Asimismo, no existe ninguna encuesta sociológica con suficientes datos sobre hábitos y comportamientos, y sobre estilos de vida en relación a los estados de salud (como por ejemplo las enfermedades crónicas).

Por este motivo hemos desarrollado un módulo sobre desigualdad en materia de salud en la ESS, dado que esta encuesta ya incluye variables clave relativas a la estratificación en la parte fija de su cuestionario.

El módulo rotatorio sobre 'Desigualdad social en materia de salud y sus determinantes', incluido en la séptima edición de la ESS incluye una gran variedad de indicadores de morbilidad, entre ellos la declaración de problemas de salud (por ejemplo, enfermedades cardíacas y problemas respiratorios). También es el primer módulo de carácter comparado entre países que incluye una gran variedad de determinantes sociales de la salud relacionados, por ejemplo, con factores psicosociales, factores relativos a los hábitos y comportamientos, con el acceso a la asistencia sanitaria, y con las condiciones laborales.

Con el fin de identificar qué indicadores sanitarios y factores determinantes incluir en el módulo sobre 'Desigualdades sociales en salud y sus determinantes' (véase la figura 1), nos basamos en el modelo de factores determinantes de la salud de Dahlgren & Whitehead (1991), y en estudios recientes sobre este tema, entre ellos el de Marmot (2008). Dimos prioridad a los determinantes de salud identificados como potencialmente importantes en los análisis nacionales, por ejemplo las condiciones de la vivienda, el uso de tratamientos alternativos y los cuidados no remunerados. También dimos prioridad a conceptos que pudieran medirse utilizando un número limitado de ítems, teniendo en cuenta el tope de 30 ítems para el módulo de preguntas.

Finalmente, en un estudio piloto se probaron algunas preguntas para valorar su prevalencia, distribución social y relación con la salud (Eikemo et al., 2016). Como resultado de todo ello, se incorporaron los factores más claramente determinantes de la salud que no presentaban otros problemas de medición.

La tabla 1 ofrece un resumen de todos los ítems incluidos en el módulo.

Los datos de la 7ª edición de la ESSⁱ se recogieron mediante entrevista personal de una hora de duración aproximada, a un total de algo menos de 40.200 individuos mayores de 15 años en 21 países europeosⁱⁱ. Los encuestados fueron seleccionados utilizando métodos de muestreo estrictamente aleatorios, con una tasa de respuesta objetivo mínima del 70%, cuyo fin es facilitar la obtención de muestras representativas a nivel nacionalⁱⁱⁱ. La calidad del procedimiento de traducción de las preguntas de la ESS^{iv}, y el enfoque sistemático con el que se aborda el

muestreo en un marco internacional, permiten realizar comparaciones fiables entre países.

En este documento se describen los resultados principales de nuestro análisis preliminar de estos datos^v, y se presenta un estudio sobre las diferencias en los estados de salud y sus principales determinantes en distintos países de Europa. También hemos incluido un análisis sobre cómo distintos determinantes sociales de la salud, y en concreto los relacionados con los hábitos y conductas, la ocupación y las condiciones de vida, ayudan a explicar la relación entre las desigualdades educativas y la auto percepción de (mala) salud.

Este estudio proporciona algunas pistas sobre el tipo de análisis en profundidad que se podría llevar a cabo con estos datos, y aporta algunas impresiones iniciales respecto a los factores que son importantes a la hora de explicar la relación entre las desigualdades educativas y la auto percepción de (mala) salud en Europa.

Figura 1: Modelo de los factores determinantes de la salud de Dahlgren and Whitehead (1991)

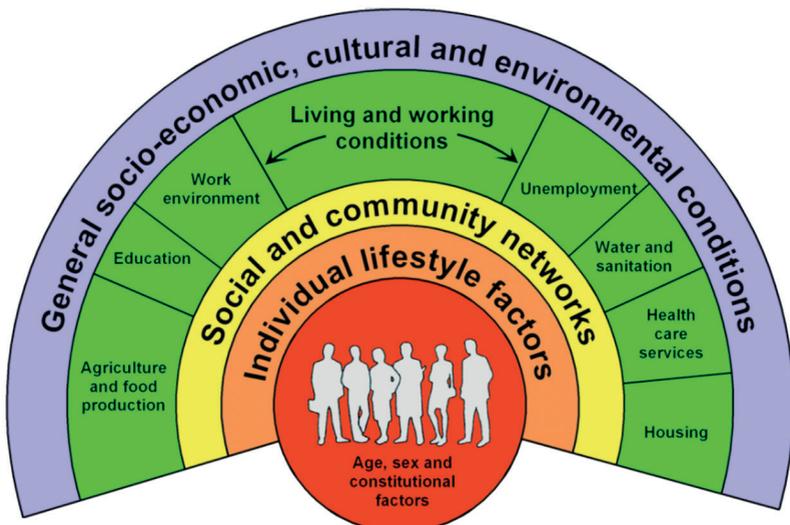


Tabla 1: Conceptos e ítems incluidos en el módulo rotatorio de la ESS sobre desigualdades sociales en salud y sus determinantes

Conceptos	Ítems (descripción de las medidas utilizadas)
Consumo de frutas y verduras	Frecuencia de consumo de frutas (excepto zumo).
	Frecuencia de consumo de verduras o ensalada (excepto patatas).
Actividad física	Número de días, dentro de los últimos siete, en los que los encuestados caminaron deprisa o practicaron deporte u otra actividad física durante 30 minutos o más.
Fumar	Autoclasiificación como fumador diario, ocasional, ex fumador o no fumador (teniendo en cuenta cigarrillos y tabaco de liar, y excluyendo pipas, cigarros y cigarrillos electrónicos).
	Número de cigarrillos que fuma en un día típico.
Consumo de alcohol	Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses.
	Número de bebidas consumidas la última vez que el encuestado tomó bebidas alcohólicas un lunes, martes, miércoles o jueves (eligiendo entre las opciones que aparecen en una tarjeta).
	Número de bebidas consumidas la última vez que el encuestado tomó bebidas alcohólicas un viernes, sábado o domingo (eligiendo entre las opciones que aparecen en una tarjeta).
	Frecuencia de consumo excesivo/intensivo de alcohol en los últimos 12 meses ("binge drinking").
IMC	Altura sin calzado; peso sin calzado.
Utilización de asistencia sanitaria	Haber hablado sobre salud con un médico de cabecera en los últimos 12 meses.
	Haber hablado sobre salud con un médico especialista en los últimos 12 meses.
	No haber podido conseguir la consulta médica o el tratamiento que necesitaba en los últimos 12 meses.
	Motivos por los cuales no se pudo conseguir la consulta médica o el tratamiento que necesitaba en los últimos 12 meses.
	Utilización de tratamientos alternativos en los últimos 12 meses (entre 12 tipos de tratamientos que aparecían en una tarjeta).
Prestación de cuidados no remunerados	Prestación no remunerada de cuidados o ayuda a familiares, amigos, vecinos u otras personas que padecen un problema de salud físico o mental de larga duración o una discapacidad, o problemas relacionados con la edad.
	Horas dedicadas a prestar cuidados no remunerados cada semana.
Dimensiones de bienestar mental	Se sintió deprimido; todo suponía un esfuerzo; tuvo problemas para conciliar el sueño; estuvo feliz; se sintió sólo; disfrutó de la vida; estuvo triste; no consiguió ponerse en marcha; durante la semana pasada (8 ítems distintos).
Afecciones declaradas	Problemas de salud padecidos en los últimos 12 meses (según el listado que aparece en una tarjeta): problemas cardíacos o circulatorios; hipertensión; problemas respiratorios; alergias; dolor de espalda o cuello; dolores musculares o de las articulaciones en manos, brazos, pies o piernas; problemas relacionados con el estómago y la digestión; problemas relacionados con afecciones cutáneas; dolores fuertes de cabeza; diabetes.
	Problemas de salud (entre los mencionados anteriormente) que han impedido las actividades del día a día en los últimos 12 meses.
	Actualmente tiene cáncer; ha tenido cáncer en el pasado.
Condiciones de la infancia	Existencia de conflictos serios entre las personas que vivían en el hogar durante la infancia.
	Apuros económicos serios durante la infancia.
Calidad de la vivienda	Problemas en la vivienda (entre los citados en una tarjeta).
Condiciones laborales	Exposición en el ámbito laboral a: vibraciones de herramientas de mano o maquinaria; posturas físicas que producen cansancio o dolor; levantar o mover manualmente cargas pesadas.
	Exposición en el ámbito laboral a: ruidos muy fuertes; temperaturas muy altas/muy bajas; radiación (rayos X); manipulación, inhalación o contacto con productos/vapores químicos o con sustancias químicas; inhalación de otros tipos de humo, gases, serrín o polvo.

Nota: La redacción exacta de cada pregunta está disponible en el cuestionario de la 7ª edición de la ESS que se puede descargar de la página web de la ESS.

¿Cómo se distribuye la salud en Europa?

Calculamos las tasas de incidencia estandarizadas por edad de cada estado de salud incluido en el módulo.^{vi} Ponderamos los grupos de edad según la población europea estándar de 2013 (European Standard Population), y agrupamos los países en zonas geográficas,^{vii} con el fin de resaltar los patrones regionales identificados en los valores estimados de los distintos ítems.

La tabla 2 presenta la variación entre países en relación a las enfermedades crónicas reportadas por los encuestados. En general vemos que, en la mayoría de los países, todas estas condiciones de salud afectan a una parte importante de la muestra. Sin embargo, también observamos diferencias considerables entre países respecto a la mayor parte de ellas. En general, el porcentaje de encuestados que refirieron padecer problemas cardíacos y de circulación era más bajo en el norte de Europa (a excepción de Finlandia), y especialmente alto en Lituania y Polonia. La incidencia de hipertensión es especialmente elevada en Alemania, Hungría, Lituania y Eslovenia. Los problemas respiratorios tienen una incidencia especialmente baja en Europa central y oriental, y las alergias son especialmente problemáticas en el norte de Europa. En cuanto a los dolores de brazos, de piernas y, sobre todo, de espalda, una gran parte de la muestra en todos los países padeció estas dolencias en el último año, y no encontramos ningún patrón claro de variación regional en este punto. Lo mismo ocurre con los problemas de estómago, donde también encontramos un número importante de personas con estas afecciones, pero sin una variación regional clara.

Los problemas cutáneos tienen una incidencia especialmente alta en Finlandia y relativamente baja en Europa central y oriental, en comparación con otras áreas. En el caso de los dolores fuertes de cabeza, se observa una gran diferencia entre hombres y mujeres: las mujeres son más propensas a reportar este problema, y en Alemania, Francia y Portugal el porcentaje de la muestra que reportó esta dolencia era más de tres veces más alto que el de Irlanda. Respecto a la diabetes, no había un patrón claro de variación

entre países, aunque su incidencia era algo más alta en Israel que en otros lugares. Al combinar la información sobre todas las afecciones, vemos que en casi todos los países, y tanto entre hombres como entre mujeres, más de la mitad de la muestra refiere una o más afecciones en los últimos 12 meses. Para las mujeres en Finlandia, Francia y Alemania, este porcentaje está en torno al 90%, es decir, solo una pequeña minoría no había sufrido ninguna de estas afecciones. En cuanto al cáncer, no encontramos patrones claros de variación entre países, aunque Noruega y Suecia destacan por tener los porcentajes más bajos de incidencia de cáncer y, a la vez, por tener los porcentajes más altos de mujeres que han padecido cáncer en el pasado.

En la tabla 3 presentamos las conclusiones derivadas de los datos para otros estados de salud. Los valores estimados de la autoevaluación de la salud como mala o muy mala son similares a las cifras de otros estudios basados en ediciones anteriores de la ESS, con porcentajes bajos en Irlanda y Suiza, y puntuaciones más altas en Estonia, Hungría y Lituania. Lo mismo ocurre con el porcentaje de encuestados que declaran estar impedidos en alguna medida debido a una enfermedad de larga duración, y en este apartado Lituania y Eslovenia fueron los países donde un mayor porcentaje de la muestra refirió estos problemas. Si miramos el porcentaje de personas que refieren síntomas depresivos graves,^{viii} vemos que hay una clara diferencia entre sexos, lo cual está en línea con otros estudios sobre salud mental en Europa basados en ediciones anteriores de la ESS. No obstante, es preciso señalar que ni en Noruega ni en Finlandia existe prácticamente esta brecha de género.

Los bajos porcentajes de encuestados que refieren síntomas depresivos en Finlandia, Noruega y Suiza, y el alto riesgo de síntomas depresivos graves en el sur, centro y este de Europa también están en línea con hallazgos anteriores basados en la ESS. Por último, en cuanto al sobrepeso y la obesidad, encontramos que los hombres de la muestra son mucho más propensos a declarar sobrepeso que las mujeres, y, entre las mujeres, hay un porcentaje especialmente alto que dice tener sobrepeso o padecer obesidad en Europa central y oriental.

Tabla 2: Enfermedades crónicas declaradas por los entrevistados en 21 países de Europa (porcentajes por separado para hombres y mujeres)

		Corazón	Hiper-tensión	Probl. Respira-torios	Alergia	Dolor de espalda	Dolor de brazos	Dolor de piernas	Estómago	Piel	Dolor de cabeza	Diabetes	1 de estos problemas	2 o más	Cáncer (actual)	Cáncer (pasado)
Norte																
Dinamarca	H	8.4	20.3	9.5	16.2	45.7	21.8	23.9	14	10	7.6	6.7	30.6	52.5	2.8	7
	M	8.2	19.5	10.5	17.5	50.5	28.4	32.7	22.2	14.4	17.2	5.3	22.9	60.2	4.5	9.6
Finlandia	H	11.6	20.1	10.8	14.7	47.4	26	31.8	16.5	13.8	13.9	7.8	28.4	58.2	2.8	4.6
	M	9.9	21.8	13.5	19	57.8	27.7	34.3	27.2	20.3	23.4	5.4	21.2	70.4	2.1	5.7
Noruega	H	8.6	15.5	10.5	15.7	36.5	23.2	22.2	14.1	10.5	5.1	4	32.3	45.9	2.2	5.1
	M	7.3	15.1	14.6	23.3	50.4	32.1	33.3	20.7	10.2	15.4	3.7	24.3	60.8	0.7	10.2
Suecia	H	7.1	17.1	7.8	15.1	42.3	22.9	25	16.2	7.7	6.9	5	29.3	49.6	2.5	5.4
	M	8.5	18.9	10.9	20.5	51.3	30.1	27.9	27.1	10.5	16.5	4.8	25.2	59.5	2.4	10.2
Oeste																
Austria	H	11.1	16.9	5.3	6.9	30.5	13.6	17.8	8.2	6.3	8.5	3.9	22.5	34.9	3.3	8.1
	M	10.8	15.7	6.7	9.7	34.3	17.3	16.4	12.9	9.6	15	3	18.9	41	3.4	8.7
Bélgica	H	9.1	13.5	9.1	10.6	48	24.7	27.6	15.3	6.8	8.8	5.3	29.2	51.3	2.8	4.4
	M	8.9	18.7	10	17.1	53.7	31	28.4	24.9	8.3	22.6	4	24	61.6	3.3	6.4
Francia	H	9.3	11.7	11.8	11	43.1	27.5	28	17.2	8.7	14.7	6	29.2	50.8	3.5	4.7
	M	9.3	16	12	15	52	33	28.5	19	8.2	30.2	5.8	21.1	64	4	6.4
Alemania	H	11.5	22	10.9	14.1	49	22	24.8	18.1	12.3	15.6	6.6	26.4	56.7	2.6	6.1
	M	15.6	23.7	12.2	16.7	59.5	27.2	29.4	25.4	13.7	27.1	6.5	19.7	69	2.9	7.5
Irlanda	H	5.8	12.8	6.9	4.4	21.5	9.9	14.2	7.8	5.2	3.8	3.1	21.7	26.5	5.2	3.5
	M	5.2	11.3	7.4	6.2	22.1	13.2	13.8	9.8	6.4	7.3	2.7	24.9	26.6	3.9	5.1
Países Bajos	H	12.8	17.5	8.7	11.1	33.7	18	22.1	11.2	9.2	8.2	7.4	30.9	44.5	4	5.8
	M	8.5	18.5	11.3	14.1	44.9	21.2	24.5	16	10	17.7	4.8	31.7	49.4	3	8.1
Suiza	H	8.7	14.5	5.7	9.5	37	18.2	24.9	12.9	8.4	11.8	3.8	31.3	44.3	7.5	7.2
	M	7	13.5	7.3	14.9	44.6	22.2	23.5	17.8	10.1	20	3	29.9	49.9	10.1	9
Reino Unido	H	7.6	18.5	13.1	8.8	35.3	22.8	26.3	16.4	10	8.2	6.5	30.3	44.8	3.3	5.2
	M	6.9	18.1	13.7	15	36.2	20.3	27.6	18.2	14.2	15.8	4.6	27.4	51.5	3.2	7.4
Centro/Este																
Rep. Checa	H	6.6	17.2	4.8	6.1	20	10.4	13.8	7.8	3.8	5.9	6.3	25.9	26.2	-	-
	M	7.7	16.1	7	10.1	26.6	13.6	16.1	9.2	4.3	12.5	5.4	23.9	33	-	-
Estonia	H	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.5	5.8
	M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.6	6.3
Hungria	H	11.3	21.2	6.1	5.3	16.9	11.6	14.8	6.5	1.7	6.7	4.4	17.8	27.4	15.3	5.2
	M	12.9	22.8	5.4	8.4	17.7	15.9	18.7	8	4.8	14.1	6.5	14.7	33.6	15.4	6.8
Lituania	H	16.5	18.8	3.7	2	24.9	9.1	12	11.1	0.6	4.8	2.5	23	29.8	5.9	6.8
	M	21.4	25.8	5.1	5	27.2	11.7	16.3	15.6	3.6	14.8	3.5	21.3	41.1	11.1	9.2
Polonia	H	16.3	17.7	5	8.4	29.5	22.3	22	10.4	4	9	4.9	26.3	39.7	5.2	3.4
	M	20	20.3	7	11.8	38.7	29.6	25.6	17.1	5.1	18.1	6.4	22.8	51.8	6.1	5
Eslovenia	H	9.4	20.8	7.4	8.6	36.4	19.5	19.4	12.1	3.7	7.7	5	35.9	38.6	3	4.5
	M	13.7	24.5	9.6	11.7	46.8	24.3	26.2	20.2	4.1	17.8	7.4	27.6	54.1	2.8	5.6
Sur																
Israel	H	10.7	15.3	7.1	5.7	20.6	12.9	14	7	4.9	8.9	10.6	18.6	30.1	8.4	5.7
	M	8.6	15.6	7	6.3	24	13.1	19	11.1	5.1	10.3	9.2	19.5	33	9.4	4.5
Portugal	H	8.3	20.8	6.9	13.7	45.1	24.9	27.8	16.2	6.9	16.3	8.5	25.7	51.6	1.6	3.9
	M	15	22.1	12.6	20.6	49.4	41.9	39.3	18	5.3	29.6	9.1	17.5	65.8	2.8	5.9
España	H	9.1	15	7.9	11	33.9	20.3	23.6	12.8	5.5	9	5.5	31.4	39.8	1.9	4.8
	M	9.8	17	8.3	12.2	46.5	33.9	31.6	17.1	9.5	22.2	5.2	24.8	53.4	2	4.2

Fuente: Encuesta Social Europea séptima edición, 2014.

Codificación por colores de los valores de distribución altos, medios y bajos para cada indicador en los distintos países.

Tabla 3: Salud mental, enfermedades limitantes de larga duración, salud mental y sobrepeso/obesidad en 21 países europeos (porcentajes por separado para hombres y para mujeres)

		Mala / Muy mala salud	Limitación por enfermedad	Síntomas depresivos	Sobrepeso / obesidad
Norte					
Dinamarca	H	6.1	26.4	8.1	52
	M	6	33.5	12.6	38.9
Finlandia	H	4.6	29.9	6.7	59.1
	M	5.3	34.8	8.2	47.9
Noruega	H	4.6	26.4	6.2	57.4
	M	9.6	32.6	8.9	42.4
Suecia	H	2.8	26.8	6	56.8
	M	6	35.3	14.6	43.5
Oeste					
Austria	H	4.1	21.5	8.5	57.5
	M	4.7	21.9	13.6	38.9
Bélgica	H	5	25.3	8.6	51.1
	M	5.8	29.5	14.3	39.5
Francia	H	6.4	21.9	8.2	52.8
	M	9.3	27.1	16.5	40.9
Alemania	H	7.6	29.5	9	60.2
	M	12.4	33.3	20.2	44.4
Irlanda	H	2	17.3	6.2	56.3
	M	2.7	18.4	9.1	41
Países Bajos	H	4.1	27.3	8.3	51.4
	M	6.1	33.7	10.8	44.5
Suiza	H	2.3	20.4	4.7	52.5
	M	3.9	22.3	9.3	29.9
Reino Unido	H	6.7	24	10.6	58.5
	M	7.5	27	14.7	47.7
Centro/Este					
Rep. Checa	H	4.9	27.5	19.1	67.4
	M	8.3	29.8	28.6	49.4
Estonia	H	11.2	28.7	14.8	56.4
	M	12.4	26.6	20.8	48.1
Hungria	H	13.5	29.5	21.5	63.8
	M	13.8	31.8	27.5	52.8
Lituania	H	12.1	33.3	16.1	60.7
	M	12.8	35.2	22.7	50.8
Polonia	H	8.3	27.8	11.3	60.8
	M	12.5	32.3	25.3	44.1
Eslovenia	H	9.8	31.2	8.7	61.2
	M	12.2	38.5	15.6	50.6
Sur					
Israel	H	9.2	25	12	55.9
	M	11.3	25.5	19.1	47.8
Portugal	H	8.3	17.4	15.8	56
	M	12.1	21.9	30.9	49.8
España	H	8.8	14.8	12.8	60.4
	M	14.9	19.3	24.7	43.3

Fuente: Encuesta Social Europea séptima edición, 2014.

Codificación por colores de los valores de distribución altos, medios y bajos para cada indicador en los distintos países.

¿Cómo se distribuyen los factores sociales y hábitos de conducta determinantes de la salud en Europa?

También calculamos tasas de incidencia estandarizadas por edad para cada uno de los factores sociales y los relativos a los hábitos de conducta determinantes de la salud incluidos en el módulo.

Encontramos que un número importante de europeos está expuesto a determinantes sociales y conductuales de los problemas de salud. Además, la medida en que las personas de distintos países percibe estos factores sociales y conductuales varía. La tabla 4 incluye información sobre el acceso a la atención sanitaria y su utilización en cada país.

Hay una variación considerable entre países en cuanto a las necesidades de asistencia sanitaria no cubiertas, con porcentajes especialmente altos en Finlandia, Francia, Alemania, Estonia, Polonia, Israel y Portugal. Si miramos los motivos por los cuales no se han satisfecho estas necesidades, las listas de espera se mencionan sobre todo en Estonia, Polonia e Israel, y la falta de citas disponibles parece ser más problemática en Finlandia, Polonia e Israel. En cuanto a la utilización de la atención sanitaria, encontramos que en la mayor parte de los países, cerca de tres cuartas partes de la muestra fueron a la consulta del médico de cabecera en el último año, pero este porcentaje es más bajo en algunos casos, por ejemplo, en Suecia.

El porcentaje de encuestados que acudieron a la consulta de un especialista, o que utilizaron tratamientos alternativos, es más bajo, y en general es más alto entre las mujeres que entre los hombres. Es posible que los niveles altos de asistencia al especialista en algunos países reflejen el hecho de que se puede pedir cita directamente. Resulta interesante que, en varios países, el porcentaje de personas que utiliza tratamientos alternativos es similar o incluso más alto que el porcentaje que acude a la consulta del especialista. No hay un patrón claro de variación entre regiones en estas medidas.

En la tabla 5 se presenta la variación en cuanto a comportamientos de riesgo en los distintos países. Respecto a los datos sobre tabaquismo, actualmente los porcentajes de fumadores son mucho más bajos en el norte de Europa, Reino Unido e Irlanda y considerablemente más altos entre los hombres de Europa central y oriental, donde (al igual que en el sur de Europa) vemos una brecha importante entre hombres y mujeres respecto al hábito de fumar. Sin embargo, el porcentaje de ex fumadores es especialmente alto en el norte de Europa. Entre las personas que actualmente son fumadoras, hay un porcentaje especialmente alto que suele fumar 20 cigarrillos o más al día en Austria, Polonia e Israel.

Hay una gran variación entre países en cuanto al porcentaje de encuestados que consume alcohol de forma frecuente, con porcentajes especialmente bajos en Israel y en Europa central y oriental (sobre todo entre las mujeres). Si miramos la cantidad de alcohol consumido en todos los países que participaron en la séptima edición de la ESS, vemos que, en general, los hombres consumen más o menos el doble de unidades de alcohol que las mujeres, y el consumo durante el fin de semana es casi el doble que el realizado en días laborables. El número de unidades consumidas es especialmente elevado en Irlanda.

El consumo excesivo de alcohol en una única ocasión es especialmente frecuente en Reino Unido y Portugal, e infrecuente en el norte de Europa, y entre las mujeres en Europa central y oriental. Respecto a la actividad física, no se observan patrones claros de variación entre regiones, ni tampoco diferencias de género. Por último, el consumo diario de frutas y verduras es considerablemente más alto entre las mujeres que entre los hombres, sobre todo en el norte de Europa.

Finalmente, la tabla 6 presenta los datos estimados en relación a otros factores sociales determinantes de la salud incluidos en el módulo rotatorio de la ESS. La exposición a riesgos ergonómicos o materiales en el ámbito laboral

Tabla 4: Acceso a la atención sanitaria y su utilización en 21 países europeos (porcentajes por separado para hombres y para mujeres)

		Necesidades no cubiertas (general)	Necesidad no cubierta: lista de espera	Necesidad no cubierta: no conseguir cita	Visita médico cabecera	Visita especialista	Tratamientos alternativos
Norte							
Dinamarca	H	5.8	2	2.2	75.9	35.6	35.3
	M	8	2.9	1.8	83.2	41.4	44.8
Finlandia	H	16.9	6.5	5.9	68.1	35	39.3
	M	22	7.5	9.7	71.5	44.6	51.8
Noruega	H	11.3	4.6	4.1	75	24.8	33.7
	M	16.1	5.9	4.8	85	30	42.9
Suecia	H	8.2	1.6	2	51.6	27.6	36.2
	M	12.9	2.8	3	63.1	37.4	45.9
Oeste							
Austria	H	4.1	1.8	2.3	72.4	41.5	35.4
	M	6	1.8	3.1	82	55.1	44.7
Bélgica	H	9	2.3	2	77.4	38.3	30
	M	11.5	4	1.5	85.7	51	37.2
Francia	H	15	4.1	3.7	80.2	40.1	35.9
	M	21.7	5.2	5.8	85.9	51.1	46.9
Alemania	H	13.4	4.3	4.6	80.1	55.3	38.9
	M	19	5.9	7.4	83.3	69.3	54.7
Irlanda	H	5.6	1.9	1.5	61.7	18.4	21.9
	M	7.8	3.4	2.2	74.2	20	29.7
Países Bajos	H	3.8	1.1	0.5	65.2	39.3	34.1
	M	4	0.7	0.6	76.1	46.7	39
Suiza	H	4.8	0.4	0.9	66.4	36.2	39.7
	M	8.1	1.3	1.8	74.9	45.7	56.7
Reino Unido	H	10.9	2.2	4.9	72.8	29.9	24.3
	M	14.9	3.2	10.3	78.9	33.9	32.1
Centro/Este							
Rep. Checa	H	6.2	1.3	1.5	70	31.8	24.9
	M	6.3	2.2	1.1	76.5	39	33.4
Estonia	H	15.4	9.7	4.6	65.6	39.7	29.8
	M	19.9	10.7	8.3	77.6	57	46.3
Hungria	H	4.6	1.6	1.6	59	26.7	10.3
	M	6.7	3.2	2.2	69.6	33.3	14.6
Lituania	H	11.3	5.2	5.1	52.4	21.1	29
	M	15.1	6	7.6	71.7	29.4	45
Polonia	H	18.6	10.1	7.2	63.6	40.7	16.3
	M	25.8	10.3	12	77.2	48.4	19.7
Eslovenia	H	7.9	4.5	0.2	75	37.3	27.9
	M	8.4	4	0.8	79.9	42	32.6
Sur							
Israel	H	15.9	10.8	7.5	76.3	55.1	22.3
	M	22.2	13.1	11.1	85.2	64.3	27.8
Portugal	H	18.7	6.9	4.7	77.9	35.1	22.9
	M	18.6	3.2	7.1	83.4	38.2	19.8
España	H	11.7	4.1	3	74.5	42.2	22.3
	M	13.1	5.1	3.8	83.9	52.7	29.9

Fuente: Encuesta Social Europea séptima edición, 2014.

Codificación por colores de los valores de distribución altos, medios y bajos para cada indicador en los distintos países.

Tabla 5: Comportamientos de riesgo en 21 países europeos (porcentajes por separado para hombres y para mujeres)

		Fuma (actualidad %)	Fuma (pasado %)	20 o más cigs. al día	Alcohol > una vez por semana (%)	Unidades en fin de semana (promedio)	Unidades en día laborable (promedio)	"Binge" ^{***} una vez por semana o más (%)	Actividad física 3-4 días (%)	Frutas o verduras al menos una vez al día (%)
Norte										
Dinamarca	H	27.1	61.4	37	38.6	4.5	9.3	3.3	20.9	53.5
	M	22.4	64.7	19.1	22.4	3.1	6.2	1.4	25.7	74.2
Finlandia	H	28.6	61.8	29.3	16.9	3.9	9.3	1.4	28.9	56.9
	M	22.9	62.3	20.4	6.1	2.4	5.8	0.4	25.9	72.5
Noruega	H	22.1	66.4	20.6	20	4.7	9.7	1.1	25.8	58.9
	M	19	71.6	18.8	8.9	2.9	5.9	0.4	25.9	73.5
Suecia	H	15.1	77.8	18.5	22	4	8.4	2.2	24.4	49.8
	M	14.8	76.2	10.7	10.6	2.7	5.4	0.8	25.9	70.4
Oeste										
Austria	H	33.1	46	56.8	37.8	4.2	6.7	9.2	23.8	44.1
	M	28.3	44.7	41.7	13.4	2.6	4.3	2.4	24.6	56.9
Bélgica	H	28.2	55.6	33.6	38.9	3.7	6.5	3.1	19.4	58.3
	M	23.9	52.1	33	23.6	2	3.8	2.1	18.2	68.9
Francia	H	31	54.6	32.8	41.7	2.6	5.1	2.9	18.7	59.2
	M	26.5	53.4	18.7	17.4	1.6	2.9	0.9	14.7	71.7
Alemania	H	34.2	52.9	38.4	36.9	3.2	6.1	4.4	23.5	49.9
	M	29.2	52.5	19.4	15.1	1.9	3.6	1.7	23.1	65.9
Irlanda	H	24.6	51.5	40	22.8	6.3	12.5	5.1	25.9	67
	M	21.5	52.8	27.3	10.7	4	8	2.4	25.4	76.9
Países Bajos	H	31.4	52.9	22.1	44.8	3.1	6.1	4.9	24	55.7
	M	22.3	61.5	23.7	29.2	1.8	3.4	5.1	24.4	68.6
Suiza	H	28.5	52.5	37.6	39.8	3.3	5.3	5.5	22.1	62.6
	M	24.9	53.8	16.7	20.8	1.9	3.2	1.8	23.3	81.2
Reino Unido	H	22.9	60.4	24.7	38.3	5.7	9.5	11.2	18.9	65.3
	M	20.4	59.7	18.1	25.3	3.6	6.4	4	22.1	74.1
Centro/Este										
Rep. Checa	H	34.8	41	25.4	24.8	6.4	10	4.6	21.2	33.3
	M	20.2	47.5	13.8	6.7	4.3	6.3	0.6	21.8	50.8
Estonia	H	37.4	50.2	38.3	17.4	3.9	8.7	3.4	21.2	52.1
	M	21	57.6	14	3.7	2.1	4.1	1.1	17.9	65.6
Hungria	H	41.3	34.2	47.9	22.1	6	11.6	7.2	14.7	28.3
	M	26.2	41.7	20.7	2.4	3	6.9	1.6	10.5	31.6
Lituania	H	45.8	42.3	32.7	19.7	7	13.4	7.5	20.8	45.9
	M	16.7	57.9	11.2	3.3	3.5	5.9	1.1	20.5	58.7
Polonia	H	34.2	52.9	48.5	17.4	4.9	8.5	3.1	15	55.8
	M	21.7	52.3	29.2	3.5	2	4.3	2.5	15.6	69.6
Eslovenia	H	29.7	51.5	50.6	27.1	3.4	4.7	3	16.5	66
	M	26.8	46.1	20.9	9.5	2	2.5	1.6	19.9	78.2
Sur										
Israel	H	31.5	36	51.9	10.2	4.3	5.3	4.5	20.3	66.8
	M	17.7	38.2	32.1	3.1	3.2	3.8	1.3	17.8	72
Portugal	H	33	53.6	41.4	47.5	3.8	5	17.5	13.1	76.2
	M	14.7	51.1	14.5	15.3	1.9	2.9	5.2	11.5	82.7
España	H	31.3	51.7	30	40.1	2.2	4.9	6.5	17.8	56.2
	M	26.3	48.6	22.5	16.7	1.2	2.9	3.2	14.7	69.1

Fuente: Encuesta Social Europea séptima edición, 2014.

Codificación por colores de los valores de distribución altos, medios y bajos para cada indicador en los distintos países.

* "Binge" se refiere al consumo de alcohol excesivo en una única ocasión.

Tabla 6: Determinantes sociales de la salud en 21 países europeos: condiciones laborales, condiciones de la infancia, vivienda y prestación de cuidados no remunerados (porcentajes por separado para hombres y para mujeres)

		Riesgo ergonómico	Riesgo material	Conflicto familiar frecuente/ muy frecuente en la infancia	Problemas económicos frecuentes/ muy frecuentes en la infancia	Problemas con la vivienda	Prestación de cuidados no remunerados	>10 horas de cuidados no remunerados por semana
Norte								
Dinamarca	H	68.4	63.3	12.2	11.8	12.4	40	16.2
	M	60.6	48	19.1	13.7	19.5	46.1	16.6
Finlandia	H	80.8	77.3	7.3	14.5	10.4	39.7	10.5
	M	75	56.7	15.3	20	12.8	45.5	12.6
Noruega	H	64.3	62.8	5.6	6.2	10.2	34.9	8.2
	M	54.4	40.9	11.2	10	11.6	45.1	11.8
Suecia	H	72.4	69.8	9.6	11.7	9.3	39.5	7.1
	M	66.6	48.9	16	14.7	10.1	39.4	16.5
Oeste								
Austria	H	62.9	55.2	7.1	13.6	8.9	18.1	22
	M	41.8	27.4	13.2	15.7	9.4	25.4	31
Bélgica	H	65.1	63.6	11.6	13.7	17	36.3	15.7
	M	49.8	33.4	15.4	13.8	17.5	39.4	21.1
Francia	H	72.7	68.4	12.7	15.7	19	37.4	14.6
	M	58.6	40.4	19.4	23.4	24	39.8	20.4
Alemania	H	70.5	66.6	12.3	12.8	13	32.1	15.2
	M	56.5	39.2	19	16.6	16.8	37.1	19.9
Irlanda	H	51	44.5	6.2	18.4	8.4	21.7	29
	M	28.2	25.6	7.6	15.8	9.4	30.1	41.3
Países Bajos	H	58.4	55.6	10.3	14.4	13.3	31.9	20.8
	M	46.8	29.2	15.1	13.2	14.8	38.1	18.2
Suiza	H	54.7	51.8	10.2	11.9	8.3	32.8	13
	M	41.1	29.7	15.3	13.4	11.7	41.8	16.9
Reino Unido	H	60.9	60.5	11.8	16.2	18.2	29.4	33
	M	38.9	29.6	14.5	20.7	18.3	31	30.1
Centro/Este								
Rep. Checa	H	46.7	44.8	7	15.1	9	31.6	16.5
	M	33.1	25.3	6.5	17.8	9.7	37.1	37.7
Estonia	H	71.7	64	8.7	25	16.2	26.5	25.1
	M	53.8	45.6	15	24.9	20.7	35.8	39.1
Hungria	H	60.3	44.9	12.3	24.6	15.2	5.4	28.6
	M	40	30.7	11.9	24.4	15	9.9	38.4
Lituania	H	67	48.3	11.9	22.9	18	16.7	27.8
	M	45.9	36.9	9.7	26.4	19.9	25.1	46.5
Polonia	H	69.7	72.3	6.3	17.2	12.1	32.8	18.2
	M	55.4	44.7	7	19.1	11.1	38.5	37.6
Eslovenia	H	67.4	68.7	5.7	15.5	16	30	18
	M	56.2	46	12.9	25.6	19.3	34.6	18.7
Sur								
Israel	H	45.2	44.7	10.3	18.4	16.2	35.5	19.2
	M	31.3	23	11.1	24.6	17.6	38.7	31.4
Portugal	H	71.7	70.2	7.2	25.7	13.3	35	33.1
	M	66.1	45.2	11.9	24.2	16.2	33.1	43.3
España	H	72	66.2	4.4	15.4	16.9	23.3	29.4
	M	58.6	43.1	6.1	14.7	21.5	32.5	42.2

Fuente: Encuesta Social Europea séptima edición, 2014.

Codificación por colores de los valores de distribución altos, medios y bajos para cada indicador en los distintos países.

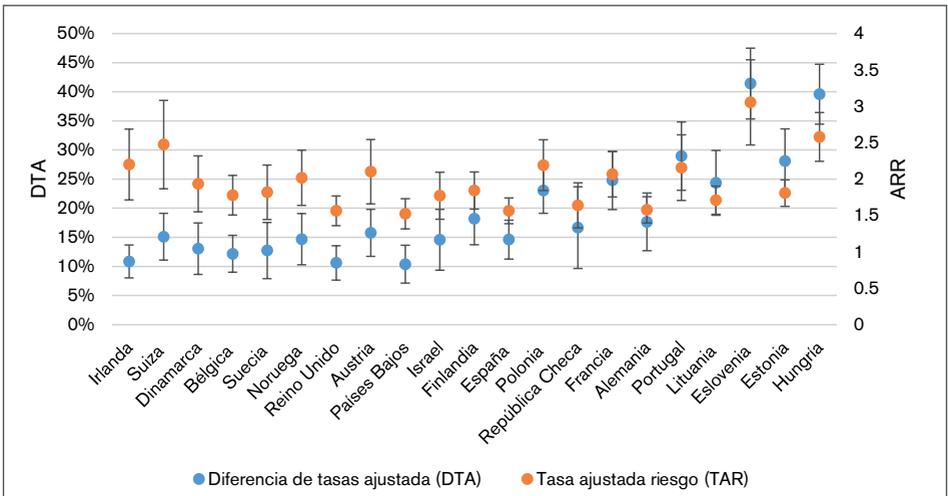
es más baja en la República Checa y en Israel, y en todos los países la probabilidad de que los hombres se expongan a estos riesgos es mucho mayor que la que presentan las mujeres.

En cuanto a las condiciones vividas durante la infancia, vemos que el conflicto en el hogar durante la niñez parece declararse con menos frecuencia en España y en Europa central y oriental, mientras que las dificultades económicas durante la niñez son especialmente relevantes en el sur y en la zona central y oriental de Europa. Respecto a los problemas relativos a la vivienda, no se observan patrones claros de variación entre regiones, aunque afectan a una proporción considerable de los encuestados. Por último, el porcentaje de encuestados que presta cuidados no remunerados es por lo general más alto en el norte de Europa. No obstante, la proporción de personas que prestan 10 horas o más de cuidados por semana es especialmente alta en el sur de Europa.

¿Cuáles son los principales mecanismos que explican la relación entre las desigualdades educativas y la salud en los distintos países de Europa?

El módulo de la séptima edición de la ESS ‘Desigualdades sociales en salud y sus determinantes’ ofrece una oportunidad poco frecuente para realizar un estudio comparativo de la medida en que distintos factores contribuyen a explicar la relación entre las desigualdades socioeconómicas y la salud. Está claro que el estado de salud varía entre distintos grupos socioeconómicos, pero ¿cómo podemos explicar estas diferencias? La mayoría de los estudios existentes que se han propuesto explicar la relación entre desigualdades sociales y salud en los países de Europa se centran principalmente en factores de riesgo relacionados con comportamientos y hábitos, y han concluido que las diferencias en cuanto al hábito de fumar y la inactividad física entre los

Figura 2: Desigualdad absoluta y relativa por nivel educativo en 21 países europeos



Nota: Los cálculos de la DTA y la TAR están basados en un modelo (de referencia) ajustado por edad, sexo y según la existencia o no de enfermedad/discapacidad permanente. Todos los valores son estadísticamente significativos para p<0.01
 Fuente: Encuesta Social Europea séptima edición, 2014.

distintos grupos socioeconómicos son los principales motivos que dan cuenta de estas desigualdades, y de su diferente intensidad en distintos lugares.

Sin duda hay buenos motivos para que prevalezca este enfoque: estos factores de riesgo son relativamente fáciles de medir, su efecto causal sobre la mortalidad está razonablemente bien documentado, y son factores sensibles a la intervención. No obstante, esta perspectiva no tiene en cuenta los mecanismos individuales, colectivos, y estructurales subyacentes que conducen a estos comportamientos más perjudiciales, y tampoco toma en consideración otros factores no conductuales que inciden en la prevalencia de los problemas de salud (como la vivienda, el acceso a los servicios y las condiciones laborales).

La gran variedad de factores sociales y hábitos de conducta determinantes de la salud representada en este módulo nos permite comparar la importancia de los factores de riesgo conductuales y no conductuales a la hora de explicar las desigualdades sociales en materia de salud.

En la última sección de este informe nos centramos en los principales conjuntos de mecanismos que explican la relación entre las desigualdades educativas y la salud en los distintos países de Europa, a modo de ejemplo para mostrar lo que este enfoque es capaz de sacar a la luz.

En un primer paso, estudiamos la relación entre desigualdades educativas y mala salud autopercebida, y encontramos diferencias significativas entre grupos de personas con alto y bajo nivel educativo para todos los países de la ESS.

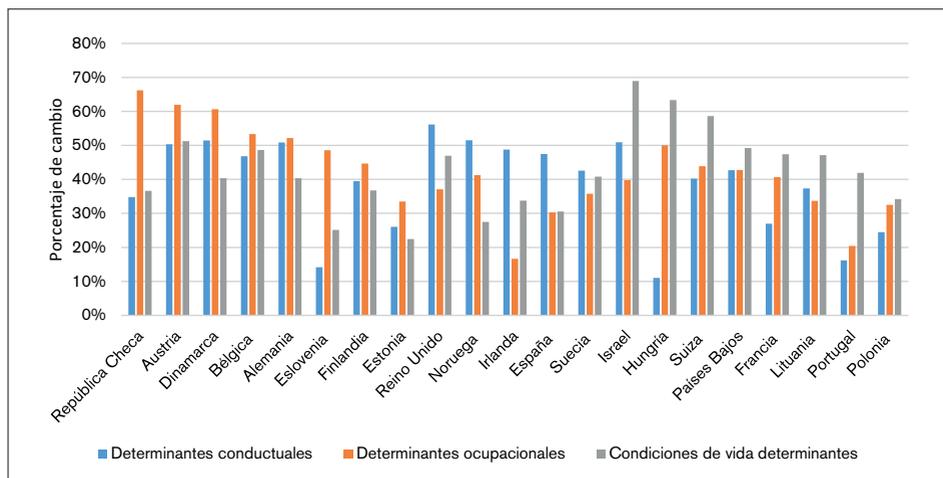
Estas diferencias se muestran en la figura 2, que presenta tanto las desigualdades educativas absolutas como las relativas,

medidas según diferencias de riesgo (DR) y coeficientes de riesgo (CR). Los países figuran en orden ascendente según la probabilidad pronosticada de que el grupo de nivel educativo bajo declarara tener mala o muy mala salud.

Estos indicadores de desigualdad han sido calculados a través de un modelo de regresión logística binaria, usando métodos de estandarización marginal para el cálculo de las probabilidades. En consonancia con investigaciones previas basadas en la ESS (por ejemplo, Eikemo et al., 2008a) también encontramos una variación considerable entre los países en cuanto a la magnitud de las desigualdades de salud absolutas y relativas según el nivel educativo. Sin embargo, mientras que las desigualdades absolutas en la salud autoevaluada entre grupos con distintos niveles educativos eran más significativas en Europa central y oriental (sobre todo en Hungría y Eslovenia), no encontramos ningún patrón regional claro en las desigualdades relativas. A continuación, estudiamos la contribución de diferentes determinantes sociales de la salud a la hora de explicar estas desigualdades.

Para cada país solamente se mantuvieron en el modelo final aquellos determinantes sociales que atenuaban las desigualdades relativas más de un 5%. Dentro del módulo organizamos los determinantes sociales de la salud en tres categorías: los relativos a hábitos y conductas, a la ocupación/profesión (ocupacionales) y a las condiciones de vida (ver recuadro 1). Nos dimos cuenta de que, al separar estas tres clases de factores determinantes, se redujeron considerablemente las desigualdades observadas en la autoevaluación de salud entre grupos con distintos niveles educativos (ver figura 3). Esto sugiere que estos tipos de factores determinantes de la salud contribuyen de forma significativa a explicar las desigualdades sanitarias entre grupos de distinto nivel educativo.

Figura 3: Porcentaje de cambio en la desigualdad educativa según la contribución individual de factores conductuales, ocupacionales, y de las condiciones de vida



Nota: Los estimadores que se utilizaron para calcular el porcentaje de cambio son estadísticamente significativos para $p < 0.1$

Fuente: Encuesta Social Europea séptima edición, 2014.

Encadre 1: Conjunto de determinantes sociales: condiciones de vida, conductuales y ocupacionales

<u>Conductuales</u>	<u>Ocupacionales</u>	<u>Condiciones de vida</u>
<ul style="list-style-type: none"> • IMC • Actividad física • Consumo de frutas y verduras • Fumar • Consumo de alcohol 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos materiales • Riesgo ergonómico • Control en el trabajo • Estatus en la fuerza laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Apuros económicos durante la infancia • Conflicto en el hogar durante la infancia • Calidad de la vivienda • Presión financiera • Red social

Más concretamente, encontramos que los determinantes ocupacionales explican la mayor parte de las desigualdades sanitarias en 8 de los 21 países. En la República Checa, Austria, Dinamarca, Bélgica y Alemania, los determinantes ocupacionales no solo resultaron ser los principales contribuyentes, sino que además explicaban más de la mitad de la relación entre desigualdades en la salud y nivel educativo.

Los principales factores explicativos entre los determinantes ocupacionales eran el riesgo ergonómico y el control sobre el trabajo, y cada uno de ellos contribuía aproximadamente un 30% a dar cuenta de la relación entre desigualdades sanitarias y nivel educativo.

Al igual que ocurre con los determinantes ocupacionales, las condiciones de vida surgieron como principal factor que contribuía a atenuar las desigualdades en salud entre grupos de distintos niveles educativos en 8 de 21 países. En todos los países las dificultades económicas eran el principal factor explicativo, y en Suiza, Hungría e Israel explicaba alrededor del 50% de la relación entre desigualdad en salud y nivel educativo.

En cambio, en Irlanda, Reino Unido, Noruega, Suecia y España, los determinantes conductuales resultaron ser el principal factor explicativo de las desigualdades entre grupos de personas con distinto nivel educativo, explicando entre un 43% y un 56% de la relación entre desigualdad en salud y nivel educativo. En estos países varios determinantes conductuales eran los que más atenuaban las desigualdades en salud.

Para la mayoría de los países observamos que las desigualdades relativas se redujeron sustancialmente, o se volvieron insignificantes, al considerar una combinación de dos tipos de determinantes.

El hecho de que en la mayoría de los países se observara que los factores conductuales son menos significativos a la hora de explicar las desigualdades en salud que los factores ocupacionales y los relativos a las condiciones de vida, indica que la prevalencia de comportamientos arriesgados para la salud por sí sola es insuficiente para explicar por qué las personas con mayor nivel educativo refieren tener mejor salud que las que tienen menos estudios.

En conjunto, estos datos sugieren que puede que no baste con aumentar los precios del tabaco y promover la actividad física para reducir sustancialmente la prevalencia de enfermedades crónicas - y su patrón social.

Esto es así porque la salud y las desigualdades en salud están profundamente arraigadas en los sistemas de estratificación social de las sociedades modernas. Las políticas de redistribución de ingresos o las medidas encaminadas a mejorar las condiciones físicas de trabajo de las personas con ocupaciones manuales podrían ser igual de eficaces para conseguir que la gente lleve vidas más saludables.

Estas diferencias se muestran en la figura 2, que presenta tanto las desigualdades educativas absolutas como las relativas, medidas según diferencias de riesgo (DR) y coeficientes de riesgo (CR). Los países figuran en orden ascendente según la probabilidad pronosticada de que el grupo de nivel educativo bajo declarara tener mala o muy mala salud.

Conclusiones

El módulo de la ESS 'Desigualdades sociales en salud y sus determinantes', y la comparabilidad de los datos recopilados en los distintos países, ofrecen una oportunidad valiosa para profundizar en nuestra comprensión de las desigualdades sociales en materia de salud. Este informe presenta una muestra de los principales hallazgos preliminares basados en estos datos, sobre los que es posible realizar análisis mucho más variados.

Con todo, es evidente que una parte importante de los europeos padecen afecciones de salud física y mental. También está claro que un número importante de europeos están expuestos a factores sociales y conductuales asociados a estas afecciones. Sin embargo, la medida en que las personas declaran tener problemas de salud y estar expuestas a sus determinantes sociales depende en gran medida del país de residencia. Los estudios futuros deberían arrojar luz sobre la relación entre estas condiciones de salud y sus determinantes sociales, y también desarrollar y poner a prueba las explicaciones que presentamos aquí sobre las diferencias entre países.

Esto podría servir a la hora de desarrollar políticas de intervención en los países europeos, con el fin de reducir la incidencia de enfermedades no transmisibles, y atenuar las desigualdades sociales en materia de salud.

Por último, los hallazgos preliminares en los que hemos desentrañado los principales mecanismos que explican la relación entre desigualdades educativas y la autopercepción de mala salud sugieren que los mecanismos de la relación entre posición socioeconómica y salud varían de un país a otro, y que las desigualdades en salud son el resultado de una compleja interacción de factores nacionales, conductuales, ocupacionales y de condiciones materiales. Por ejemplo, la promoción de estilos de vida saludables por sí sola no parece ser una estrategia suficientemente eficaz para reducir la desigualdad en salud mientras siga habiendo grandes desigualdades en las condiciones de vida. El módulo de ESS sobre "Las desigualdades sociales en salud y sus determinantes" nos brinda una interesante oportunidad para empezar a desentrañar esta complejidad de una forma que no era posible con encuestas anteriores.

Endnotes

ⁱ ESS7-2014 Edition 2.0, publicado el 26 May 2016, ver www.europeansocialsurvey.org.

ⁱⁱ Austria, Bélgica, la República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Irlanda, Israel, Lituania, Países Bajos, Noruega, Polonia, Portugal, Eslovenia, España, Suecia, Suiza y Reino Unido. También se realizó trabajo de campo para la ESS7 en Letonia, pero debido a los retrasos en la recopilación y registro de datos, los datos finales no estaban disponibles a la hora de realizar este informe.

ⁱⁱⁱ Hay más información sobre la metodología de la Encuesta Social Europea en la web www.europeansocialsurvey.org.

^{iv} Esto se consiguió utilizando los procedimientos estandarizados de traducción establecidos por el equipo de coordinación científica de la ESS.

^v A menos que se indique lo contrario, los análisis se basan en la muestra completa de alrededor de 40.200 encuestados. A la hora de realizar los análisis para cada país, se aplicó la ponderación posestratificada de la ESS. Se aplicó tanto la ponderación posestratificada como la ponderación de población para realizar el análisis, agrupando los datos de todos los países con el fin de darle a cada país un peso proporcional según el tamaño de su población. Los resultados excluyen las respuestas N.S. y N.C.

^{vi} Con el fin de obtener datos comparables, necesitamos saber cómo serían los resultados si la distribución por edad fuese idéntica en todos los países. Para calcular esto, aplicamos la técnica epidemiológica estándar de estandarización directa por edad, que consiste en ponderar hacia arriba o hacia abajo las tasas de prevalencia no estandarizadas (brutas) en cada país para segmentos de edad de cinco años, de acuerdo a un estándar común. Ponderamos los segmentos de edad según la población estándar europea (ESP) de 2013 (Eurostat 2013).

^{vii} El norte de Europa incluye Dinamarca, Finlandia, Noruega y Suecia. Europa occidental incluye Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Irlanda, los Países Bajos, Suiza y Reino Unido. Europa central y oriental incluye la República Checa, Estonia, Hungría, Lituania, Polonia y Eslovenia. Europa del sur incluye Israel, Portugal y España.

^{viii} Se entiende que un encuestado refiere “síntomas depresivos graves” cuando puntúa 10 o más de un máximo de 24 puntos en la escala de depresión basada en los ocho ítems que miden el bienestar mental, que se presentan en la tabla 1 (cada uno de estos ocho ítems se puntuaba del 0 al 3).

^{ix} Este método estadístico ofrece varias ventajas: refleja de forma adecuada la distribución de los factores entre la población estudiada, lo que permite extrapolar los datos a la población total; junto con una ponderación posestratificada posterior, permite realizar comparaciones fiables entre modelos, muestras y segmentos, y, comparado con la razón de probabilidades (odds ratio), las estimaciones realizadas a partir de estas probabilidades predichas son más fiables, especialmente para resultados no-raros. Se construyó un modelo de referencia para cada país con el fin de analizar la relación entre el estatus socioeconómico y la autoevaluación del estado de salud en función del sexo, la edad y la existencia (o no) de enfermedad / discapacidad permanente.

References

- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Estocolmo: Institute for Futures Studies.
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008a). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565-582.
- Eikemo, T. A., Kunst, A. E., Judge, K., & Mackenbach, J. P. (2008b). Class-related health inequalities are not larger in the East: a comparison of four European regions using the new European socioeconomic classification. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(12), 1072-1078.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Huijts, T., & Fitzgerald, R. (2016) The First Pan-European Sociological Health Inequalities Survey of the General Population: The European Social Survey Rotating Module on the Social Determinants of Health. *European Sociological Review*
- Huijts, T. (2011). Social ties and health in Europe. Individual associations, cross-national variations, and contextual explanations. Radboud University Nijmegen / ICS, Nijmegen.
- Marmot, M. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organisation Commission on Social Determinants of Health.
- Van de Velde, S., Bracke, P., & Levecque, K. (2010). Gender differences in depression in 23 European countries. Cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science & Medicine*, 71, 35-313.

¿Qué es la ESS?

La Encuesta Social Europea es un Consorcio de Infraestructuras de Investigación Europeas (ESS ERIC) que publica datos disponibles de forma gratuita sobre la opinión pública y el comportamiento a lo largo del tiempo en varios países.

La ESS es una encuesta de iniciativa académica que se realiza en toda Europa desde 2001. Su base de datos contiene los resultados de más de 350.000 entrevistas realizadas cada dos años a nuevas muestras de población en cada país. La encuesta mide las actitudes, creencias y patrones de comportamiento de diversas poblaciones en más de treinta países.

Temas de la ESS:

- Confianza en las instituciones
- Compromiso político
- Valores sociopolíticos
- Valores morales y sociales
- Capital social
- Exclusión social
- Identidad nacional, étnica y religiosa
- Bienestar, salud y seguridad
- Composición demográfica
- Estudios y ocupación
- Situación financiera
- Condiciones del hogar
- Actitudes hacia las ayudas sociales
- Confianza en el sistema judicial
- Expresiones y experiencias de discriminación por edad
- Ciudadanía, participación y democracia
- Inmigración
- Familia, trabajo y bienestar
- Moralidad económica
- Organización de la trayectoria vital

Para más información sobre las ESS ERIC o para acceder a sus datos visite www.europeansocialsurvey.org

Puede ampliar sus conocimientos sobre los niveles de bienestar en Europa en el sitio web creado especialmente por la ESS www.esswellbeingmatters.org

Siga la ESS en Twitter @ESS_Survey



Con el apoyo del ESRC. Las opiniones expresadas en este informe corresponden a los autores y no reflejan necesariamente las opiniones del ESRC o de ESS ERIC.

Publicado por la Encuesta Social Europea ERIC
City, University of London
Northampton Square
Londres EC1V 0HB
Reino Unido

Octubre 2016

Diseño e impresión original de Rapidity

El Consorcio de Infraestructura de Investigación de la Encuesta Social Europea (ERIC) fue reconocido como tal en 2013. Durante la séptima edición, ESS ERIC constaba de 14 países miembros y 2 países observadores.

Países miembros:

Austria, Bélgica, República Checa, Estonia, Francia, Alemania, Irlanda, Lituania, Países Bajos, Polonia, Portugal, Eslovenia, Suecia, Reino Unido.

Países observadores:

Noruega, Suiza.

Otros países participantes:

Dinamarca, Finlandia, Hungría, Israel, Latvia, España.

Los grupos consultivos multinacionales de la Asamblea General de ESS ERIC son: el Comité de Metodología (Methods Advisory Board, MAB), el Comité Científico (Scientific Advisory Board, SAB) y la Comisión Financiera (Financial Committee, FINCOM).

La sede central de la ESS ERIC está ubicada en la City University de Londres, donde también desarrolla su tarea el Director de la ESS (Rory Fitzgerald).

El equipo de coordinación científica de la ESS ERIC (Core Scientific Team, CST) incluye las siguientes instituciones: GESIS - Instituto Leibniz de ciencias sociales (Alemania); Katholieke Universiteit Leuven (Bélgica); NSD - Centro noruego de investigación social (Noruega); SCP - Instituto de investigación social de los Países Bajos (Países Bajos); Universitat Pompeu Fabra (España); Universidad de Ljubljani (Eslovenia).

El foro de coordinadores nacionales (CN) incluye a los coordinadores nacionales de la ESS en todos los países participantes.

