



Desigualdades sociales en salud

El papel de la exclusión social en el gradiente socioeconómico en la distribución de la salud y las enfermedades

Esteban Sánchez Moreno

Universidad Complutense de Madrid



SUMARIO

1. **Antecedentes: las desigualdades en salud en el contexto de las desigualdades sociales**
2. **Exclusión social y salud en la España contemporánea**
3. **Observaciones finales**
4. **Referencias bibliográficas**

1. **Antecedentes: Las desigualdades en salud en el contexto de las desigualdades sociales**

Las condiciones materiales y sociales de existencia constituyen una influencia en la salud de las personas. Este aserto, contundente y rotundo, tiene implicaciones de gran importancia para las Ciencias Sociales y para las Ciencias de la Salud. Tanto es así, que el estudio del gradiente social en la distribución de la salud y las enfermedades constituyen uno de los ámbitos de investigación interdisciplinar con más tradición y más productivos en términos de conocimiento útil para el diseño de programas y medidas para la mejora del bienestar.

Los estudios de referencia, tal vez aquellos que ponen en marcha la investigación contemporánea en torno al gradiente socioeconómico en la salud, se realizan en el Reino Unido. Nos estamos refiriendo aquí a dos clásicos, el *Estudio Whitehall* (Marmot, Rose, Shipley y Hamilton, 1978) y el *Informe Black* (Department of Health and Social Services, DHSS, 1980). Ambos estudios conceptualizan las desigualdades en términos de clase y enfatizan la relevancia para la salud pública del gradiente social en salud. La evidencia empírica generada desde entonces en torno a la asociación entre clase social y desigualdades en salud es abrumadora (véase Marmot, Kogevinas y Elston, 1987; Phillimore, Beattie y Townsend, 1994) y continúa notablemente activa en la actualidad (Stringhini et al., 2017). Dicha evidencia sugiere que las clases sociales desfavorecidas o negativamente privilegiadas tienden a aparecer sobrerrepresentadas entre los casos de deterioro de la salud o desarrollo de enfermedades. De manera más precisa, los estudios al respecto sugieren que los miembros de las clases sociales caracterizadas por el trabajo manual no cualificado sufren mayor incidencia y prevalencia de un amplio rango de enfermedades (Krieger, Williams y Moss, 1997), incluyendo la salud y las enfermedades mentales, el abuso de alcohol y drogas (Muntaner et al., 2003; Wohlfarth, 1997; Wohlfarth y van den Brink, 1998), enfermedades cardiovasculares incluyendo la arterioesclerosis (Rosvall et al., 2006), salud *autopercebida*, morbilidad general y mortalidad (Muntaner et al., 2012; Rocha et al., 2013; Warren y Hernández, 2007). De esta forma, la asociación entre desigualdades de clase y desigualdades en salud –de manera que las segundas serían un reflejo de las primeras– constituye una observación repetida desde los estudios pioneros. El hecho de que un amplio rango de enfermedades se dé de manera más frecuente entre las clases desfavorecidas, unido a la constatación de un mayor deterioro en la salud y en la calidad de vida en general,

sugiere la posibilidad de que exista una susceptibilidad generalizada que compromete de manera también generalizada el bienestar de estos grupos sociales. Es posible, por tanto, que las condiciones de existencia asociadas a estas clases sociales incrementen la vulnerabilidad de las personas en términos de salud, enfermedad y calidad de vida (Syme y Berkman, 1994).

Así, la definición de las desigualdades socioeconómicas a través del concepto de clase constituye un eje fundamental en el desarrollo de la investigación sobre las desigualdades en salud. Ahora bien, pronto surge un interés por la comprensión de otros elementos que constituyen la posición y/o estatus socioeconómicos y que no coinciden con el concepto de clase – aunque están nítidamente relacionados. En este contexto, dos factores destacan en la definición de las diferencias socioeconómicas: (a) la desigualdad en el ámbito de los ingresos y (b) las diferencias en el nivel educativo alcanzado. Ambos factores están relacionados con la clase, pero no coinciden necesariamente. Más aún, los ingresos se pueden considerar, el menos en cierta medida, un correlato de la clase social. Sin embargo, no existe una relación lineal perfecta entre clase social y nivel de ingresos. Esto se debe a que el concepto de clase no responde a una lógica *gradacional* (de más a menos o de menos a más), sino más bien a una lógica *relacional* (es decir, el lugar que los grupos ocupan en el proceso de producción da lugar a relaciones de interdependencia económica y formal entre ellos basadas en la ubicación estructural de los grupos en el ámbito de la economía). También en el caso del nivel educativo encontramos una asociación con la clase social, pero de nuevo esta relación no es lineal; por ejemplo, determinadas ocupaciones cualificadas no implican necesariamente que los grupos que las desarrollan dispongan de estudios universitarios. Igualmente, es posible que el nivel educativo alcanzado no se corresponda con el nivel de cualificación necesario para desarrollar una ocupación, como sucede en el caso de los trabajadores *sobrecualificados*. En resumen, clase social y posición socioeconómica entendida a través de los ingresos y el nivel educativo no constituyen medidas equivalentes de desigualdad.

La investigación sobre el impacto de la posición socioeconómica en las desigualdades en salud ha generado un notable volumen de publicaciones. En muchas de ellas, la medida de diferencias socioeconómicas implica la medición de los ingresos o del nivel educativo. En muchas otras, la posición socioeconómica implica la consideración de ambos factores, dada la asociación positiva entre ambos factores. La evidencia empírica al respecto es abrumadora y, en el trazo grueso, notablemente clara: a medida que aumentan los ingresos aumentan los niveles de salud y se reduce la prevalencia de un amplio rango de enfermedades. Esta asociación, positiva con la salud y negativa con la enfermedad, es una constante en la bibliografía sobre el tema en estudios transversales y longitudinales, en poblaciones y muestras de distintas edades, para varones y para mujeres (Hertel-Fernandez, Giusti y Sotelo, 2007; Martikainen, Mäkela, Koskinen y Valkonen, 2001; Morrison, Woodward, Leslie y Tunstall-Pedoe, 1997). Algunos estudios sugieren que la asociación entre (bajos) ingresos y enfermedad – y específicamente entre pobreza y enfermedad – difiere en función del nivel de desarrollo económico de la sociedad considerada. Así, el estudio de Fillenbaum et al. (2013), realizado en el estado brasileño de Rio Grande do Sul, sugiere que la asociación entre ingresos (en este caso, ingresos del hogar) y salud era generalmente lineal, si bien se aprecian notables variaciones. En este sentido, la asociación lineal se encontró para la depresión,

enfermedades pulmonares y renales y la discapacidad sensorial. Sin embargo, no se encontró asociación con la diabetes y el efecto de los ingresos en las enfermedades *muscoesqueléticas*, cardiovasculares y gastrointestinales no era significativo cuando se incluyeron factores de comorbilidad. Estos resultados sugieren que el impacto de las diferencias de ingresos está a su vez influido por las características económicas y sociales del país o de la región considerada, aspecto sobre el que volveremos en el epígrafe siguiente.

En todo caso, tal y como se ha señalado, la asociación entre ingresos y salud/enfermedad está bien documentada y sostenida por abundante evidencia empírica. Lo mismo cabe decir con respecto a la educación. En una interesante comparación entre Estados Unidos e Inglaterra, Banks, Marmot, Oldfield y Smith (2006) encontraron que en ambos países “existe un pronunciado gradiente a lo largo de los grupos sociales definidos por la educación y los ingresos (...). Así, la prevalencia de enfermedades es mucho mayor entre aquellos situados en el fondo de la escala educativa o de ingresos, al compararlos con aquellos situados en la cumbre de cada clasificación”. Esta realidad es compatible con la constatación de la existencia de diferencias en la intensidad de la asociación entre ambos países, de manera que “las diferencias de nivel entre ambos países son suficientemente grandes para que los individuos en la cúspide de los estratos educativos y de ingresos en los Estados Unidos tengan tasas de diabetes y enfermedades cardíacas comparables a las de los individuos situados al final de la escala educativa y de ingresos en Inglaterra” (Banks et al., 2007: 2040). Conviene señalar que estos resultados se calcularon y obtuvieron, en un sentido equivalente, tanto para medidas de salud auto-percibida y auto-evaluada como para medidas objetivas, es decir, medidas biológicas procedentes de muestras de saliva y sangre recolectadas por personal de enfermería durante la realización del estudio. Dicho de otra forma, no se trata solo de que aquellos grupos socioeconómicamente desaventajados perciban su salud en términos más negativos, sino que los resultados de diversas pruebas biológicas indican que su salud es objetivamente peor que la de los grupos socioeconómicamente aventajados. Además, conviene enfatizar que esta ventaja relativa no se da solo al comparar los estratos (posiciones) más altos y los más bajos, sino que el gradiente socioeconómico descrito se desarrolla a lo largo de un amplio espectro social. Dicho de otra forma, “Aquellos individuos en la base – los pobres y los menos educados – generalmente experimentan peor salud, pero incluso aquellos que ocupan niveles intermedios de educación e ingresos son menos saludables que los más ricos y los más educados” (Braverman, Cubbin, Egerter, Williams y Pamuk, 2010: 189).

En este punto, conviene hacer dos precisiones. En primer lugar, el papel jugado por la educación en la salud de las personas no se mantiene constante a lo largo de la vida, sino que tanto la magnitud como la naturaleza de su efecto varían notablemente (Dupre, 2007). En efecto, la relación entre educación y salud no se presenta de manera uniforme en todas las edades y fases del ciclo vital, sino que el nivel educativo ejercería un efecto acumulativo en la salud, al poner a disposición de los individuos con mayor nivel educativo recursos tales como medios económicos, información y conocimiento sobre los riesgos relacionados con la salud y recursos psicosociales en general (redes de apoyo social más eficaces, por ejemplo). Al contrario, aquellos individuos con menor nivel educativo se encontrarían en una desventaja creciente para afrontar la enfermedad

o evitarla a medida que cumplen años y envejecen (Mirowsky y Ross, 1998). Esta hipótesis sugiere, por tanto, un incremento a lo largo de la vida de las desigualdades en salud para aquellos grupos con diferentes niveles educativos.

Ahora bien – y aquí nos encontramos con la segunda precisión – para considerar adecuadamente el rol jugado por el nivel educativo a lo largo de la vida es fundamental considerar dicho factor junto con el rol desempeñado por los ingresos. Ambas variables interactúan y es posible que el efecto de cada una por separado no pueda entenderse adecuadamente (Schnittker, 2004). En efecto, la evidencia empírica sugiere que el impacto del nivel educativo decrece a lo largo de la vida, de manera que a medida que las personas envejecen su papel para explicar las diferencias en el ámbito de la salud y de la enfermedad es decreciente. Algunas investigaciones marcan la edad de 50 años como un punto de inflexión: antes de dicha edad, el efecto de la educación para explicar las desigualdades en salud y mortalidad es creciente. A partir de ese momento, el efecto del nivel educativo comienza a declinar y comienza a ser más relevante el papel jugado por los ingresos. Tal y como señala Lynch (2006), los ingresos juegan un papel crecientemente importante en la relación entre educación y salud a lo largo de la vida, de manera que esta relación se puede explicar en gran medida por los efectos que el nivel educativo tiene en los ingresos. Dicho de otra manera, a medida que las personas envejecen el capital humano (la educación) comienza a dejar espacio al capital material (los ingresos) en la explicación de las desigualdades en salud.

Como puede apreciarse, la evidencia empírica disponible es abrumadora y dibuja un escenario complejo de interacción entre los diversos elementos de la posición socioeconómica en la explicación de las desigualdades sociales en salud. A los factores analizados hasta ahora (clase social, nivel educativo, ingresos) hay que añadir, además, otros procesos característicos de la estratificación social. Así, las diferencias étnicas, especialmente aquella que tienen que ver con los procesos migratorios, han sido inequívocamente analizadas en la bibliografía previa (Case y Deaton, 2015; Hernández-Quevedo y Jiménez-Rubio, 2009). Uno de los factores más relevantes en la investigación reciente es el género, que se constituye en uno de los procesos centrales para dar cuenta de las diferencias en salud (Ferraro y Nuriddin, 2006; Gorman y Ghazal Read, 2006). En este contexto, son numerosas las investigaciones que contextualizan estas desigualdades en el ámbito familiar, poniendo de manifiesto que las desigualdades de género en la vida cotidiana constituyen un factor de riesgo para la salud en general, y para la salud mental en particular (Barret y Turner, 2005; Lorenz, Wickrama, Conger y Elder, 2006; Williams y Umberson, 2004).

La bibliografía disponible, por tanto, ha generado una masa de conocimiento suficiente para establecer una clara conexión entre las desigualdades sociales y las diferencias en salud de la población y los grupos socioeconómicos (Mahamoud, Roche y Homer, 2013). En este sentido, los hallazgos del Estudio Whitehall y el Informe Black han sido contrastados y ampliados por la investigación posterior a su publicación. No cabe sorpresa en este punto, ya que ambos estudios se basaron en propuestas metodológicas rigurosas y en datos procedentes de diseños de investigación que permiten analizar las relaciones causales entre las condiciones sociales y el deterioro en la salud. Como se recordará, ambos estudios apuntaban la importancia de conocer la relación entre desigualdades sociales y salud a lo largo de la vida, tratando de utilizar

métodos de investigación que permitan abordar dicha cuestión (al menos de manera incipiente y tentativa). En este mismo sentido, ambos trabajos enfatizan el *origen social* de las enfermedades. Dicho de otra forma, tanto el Estudio Whitehall como el Informe Black escoraban su explicación hacia la hipótesis de causación social, cuestionando el alcance y relevancia de la denominada hipótesis de selección social, según la cual el orden causal en el binomio salud-desigualdad social implica que los problemas de salud y la aparición de enfermedades conducen a un deterioro en la posición social de los individuos. Las investigaciones disponibles al respecto ofrecen algunas conclusiones de relevancia para el presente trabajo. En este sentido, destaca el estudio clásico de Dohrenwend et al. (1992) en el cual se aborda el debate entre selección y causación sociales, ocupándose específicamente de su validez en el ámbito de los trastornos psiquiátricos. Se trata de un estudio epidemiológico con el objetivo concreto de poner a prueba ambas hipótesis en una muestra de 5.000 pertenecientes a la misma cohorte (nacidos entre 1949 y 1948) en Israel. La detección de casos de trastorno psiquiátrico (esquizofrenia, depresión, personalidad antisocial y desórdenes por abuso de sustancias) se realizaron en dos fases, culminando en una entrevista clínica para realizar el diagnóstico, en su caso. Como medida de estatus socioeconómico se utilizó el nivel educativo alcanzado y el origen étnico. Como puede apreciarse, se trata de un diseño especialmente riguroso y complejo, dando lugar a resultados con gran fiabilidad que fueron publicados en *Science*. Pues bien, el estudio concluyó que los procesos de selección social eran especialmente relevantes para los diagnósticos de esquizofrenia, mientras que los procesos de causación social eran nítidos en el caso de la depresión, la personalidad antisocial y el abuso de sustancias.

La bibliografía posterior ha llegado a conclusiones similares (véase Marmot, Ryff, Bumpass, Shiple y Marks, 1997). De esta forma, parece que determinadas enfermedades, incluyendo los trastornos psiquiátricos, tendrían como consecuencia una vulnerabilidad en la competencia por el estatus y la posición sociales. En general, podría afirmarse que una vez sobrevenidos, los problemas de salud y las enfermedades generan dificultades de carácter socioeconómico. Ahora bien, la existencia de causas sociales de la enfermedad – y el origen social de la salud – parece constituir un proceso explicativo de la traslación de las desigualdades socioeconómicas a las desigualdades en salud en las poblaciones y grupos sociales. Tal y como señala Link (2008), es preciso reconocer la influencia de los factores sociales en la salud, lo que requiere un prisma específico para contemplar las relaciones entre factores sociales, biomedicina y enfermedad – un prisma que Link (2008: 368) denomina la aproximación al “perfilado social”, llamando así la atención sobre las formas en las cuales los factores sociales influyen en los patrones de distribución de las enfermedades y la salud en la población.

Tanto es así que, de manera reciente, Link y Phelan (1995) proponen que las diferencias socioeconómicas en mortalidad, salud y enfermedades constituyen una realidad persistente a lo largo del tiempo – incluso de la historia de las sociedades humanas. De esta forma, es de esperar que se detecten desigualdades en el ámbito de la salud que reflejen la estratificación social, independientemente del momento en el que nos encontremos o de las mejoras en los niveles de salud de una población a lo largo del tiempo. De esta forma, las condiciones sociales constituyen causas *fundamentales* de la enfermedad; este carácter fundamental se debe a que los grupos y personas que ocupan un estatus socioeconómico favorecido disponen de un amplio rango de recursos

– incluyendo dinero, prestigio, poder, conocimiento, acceso a la información o redes sociales beneficiosas – que pueden ser utilizadas o movilizadas con un efecto positivo para la salud. Estos recursos influirán y darán lugar a comportamientos saludables, al influir en el acceso a que tienen a recursos positivos para la salud, ya sea porque tienen acceso, porque pueden permitírselo, porque tienen conocimiento sobre dichos recursos o, lo que es más probable, a por una combinación de todos esos procesos. Como puede apreciarse, la “teoría de las causas fundamentales” adjudica un papel fundamental al acceso a recursos flexibles que permiten evitar riesgos para la salud o minimizar las consecuencias de la enfermedad una vez que esta ocurre (Phelan, Link y Tehranifar, 2010).

El impacto de la crisis que se origina en 2008, la Gran Recesión, en el esquema de desigualdades ha estimulado el interés por el impacto de los procesos relacionados con la exclusión social y el deterioro de la salud de la población. En efecto, la Gran Recesión pone de manifiesto la relevancia de las crisis económicas en la incidencia de la mala salud y las enfermedades entre la población. La evidencia empírica en torno al impacto de la crisis en la salud de la población es amplia (Karanikolos et al., 2016), incluyendo estudios específicos en España (Bartoll et al., 2014; Sánchez-Moreno et al., 2016). Ahora bien, el aspecto más relevante en el contexto del presente trabajo tiene que ver con las limitaciones que la crisis económica implicó en el acceso a recursos – en especial a los recursos del bienestar y de la protección social. Las medidas en las cuales los procesos de exclusión instalan barreras para el acceso a los recursos o para su movilización adecuada constituyen elementos de especial relevancia para la comprensión de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud.

Siguiendo a Phelan, Link, Diez-Roux, Kawachi y Levin (2004) existen numerosos ejemplos que ayudan a comprender el papel jugado por dichos recursos flexibles, cuya naturaleza puede definirse como válida para diferentes propósitos: conocimiento acerca de la existencia de procedimientos beneficiosos para la salud, dejar de fumar, usar los cinturones de seguridad y conducir un coche con airbag, comer frutas y verduras, hacer ejercicio regularmente, tener vacaciones “eficaces”, etc. Además, a este listado de conductas habría que añadir aquellos recursos que permiten acceder a contextos que promueven la salud y previenen la enfermedad, como puedan ser los lugares de residencia, las ocupaciones o las redes sociales. Así, por ejemplo, los alojamientos de bajos ingresos suelen estar afectados en mayor medida por ruidos, polución o condiciones sociales nocivas para la salud, al tiempo que tienen menos acceso a servicios de todo tipo (seguridad, sanitarios, etc.). Las ocupaciones de cuello azul suelen ser más peligrosas y estresantes que las ocupaciones de cuello blanco. Las redes sociales formadas por personas de altos estatus socioeconómico acercan con mayor probabilidad a un estilo de vida saludable y a información relevante para la salud (por ejemplo, nuevos tratamientos o mejores profesionales de la medicina). Por último, pertenecer a una red social en la cual los vecinos, familiares, amigos y compañeros de trabajo esperan y buscan una vida saludable puede influir en la motivación para adoptar conductas saludables. Dado el amplio rango de utilidad de estos recursos (solo hemos citado un número de ejemplos, listado que podría ampliarse notablemente), es de esperar que el estatus socioeconómico tenga una notable influencia en un rango también amplio de mecanismos protectores y prevenga un rango igualmente amplio de

conductas y situaciones de riesgo para la salud (Olafsdottir, 2007; Rubin, Clouston y Link, 2014).

Esta aproximación, conocida como la Teoría de las Causas Fundamentales, constituye uno de los avances recientes más relevantes para la comprensión del papel jugado por las desigualdades socioeconómicas en la salud, la enfermedad y la mortalidad. Se trata de un paradigma desarrollado en los Estados Unidos, lo que lleva a los autores responsables de su construcción a un énfasis en elementos y procesos característicos de la sociedad norteamericana. Es el caso de la notable atención que recibe el acceso a los nuevos recursos y desarrollos en el ámbito del conocimiento y la tecnología de la medicina (Link, 2008). Ahora bien, su aplicación y relevancia trasciende claramente las fronteras de los Estados Unidos, erigiéndose en una aproximación especialmente sugerente y adecuada para la comprensión de la persistencia de las desigualdades socioeconómicas en el ámbito de la salud. Al defender un modelo que define el papel de las condiciones sociales en términos etiológicos – argumento que puede extenderse a la salud mental (véase Aneshensel, 2005) – se centra el debate en la dilucidación de los procesos que pueden explicar las causas sociales de las enfermedades. Esta cuestión, de absoluta relevancia para comprender las raíces sociales de la salud, es abordada en el siguiente epígrafe en términos empíricos.

2. Exclusión social y salud en la España contemporánea

La Encuesta sobre Integración Social y Necesidad Sociales FOESSA 2018 (en adelante, EINSFOESSA 2018) permite analizar la asociación entre desigualdades sociales y salud tomando en consideración tanto las medidas clásicas de estatus socioeconómico (ingresos y nivel educativo) como una medida específica y teóricamente sólida de exclusión social. De esta manera, es posible explorar el posible solapamiento de los efectos de la desigualdad en general con los efectos de la exclusión en particular. Si asumimos – como no puede ser de otra forma – que la exclusión social constituye una medida de desigualdad teórica y empíricamente diferente de la pobreza y el nivel educativo, entonces es posible analizar el papel específico jugado por dicho proceso (la exclusión) en el desarrollo de desigualdades relacionadas con la salud.

Tal y como se ha puesto de manifiesto en las páginas precedentes, la salud y las enfermedades constituyen procesos directamente relacionados con las desigualdades. No es exagerado señalar que la salud puede ser al tanto expresión de las desigualdades sociales como consecuencia de las mismas. Para tratar de dar cuenta de la complejidad de estos procesos, se aportarán a continuación los principales resultados relacionados con la salud correspondiente a la EINSFOESSA 2018. La exposición tendrá lugar en dos grandes bloques. En primer lugar, se analizará la distribución de la salud y la enfermedad entre la población española y del acceso a los principales recursos médicos, sanitarios y sociosanitarios. Se trata de dos procesos íntimamente relacionados, ya que el acceso a los recursos puede facilitar el mantenimiento de niveles adecuados de salud, por un lado, y combatir y reducir los efectos de la presencia de enfermedades, dificultades de salud o situaciones de discapacidad. En segundo lugar, se utilizará el indicador de exclusión de la EINSFOESSA para analizar la asociación de este vector de desigualdad (y sus dimensiones) y los principales indicadores de salud

incluidos en la encuesta. Uno de los objetivos fundamentales de este análisis consiste, precisamente, en obtener claves analíticas que permitan entender la forma en la cual la exclusión se relaciona con la salud, tratando de controlar esta asociación en función de variables “clásicas” de desigualdad socioeconómica (ingresos y estudios).

2.1. La salud en España: análisis descriptivo de la prevalencia de dificultades en salud y en el acceso a los recursos

Los datos de la EINSFOESSA 2018 ponen de manifiesto que la salud autoevaluada de la población española es muy buena para el 35.5% y buena en 43.6% de los casos. Por el contrario, un 4% considera que su salud es más bien mala y un 1.8% considera que su salud es francamente mala. Estos datos sugieren la prevalencia de mala salud en España ligeramente por debajo del 5% de su población. Conviene señalar que la medida de salud autoevaluada utilizada en este estudio – salud autoevaluada con cinco categorías de respuesta – constituye una de las medidas más utilizadas en la bibliografía científica sobre el tema. Este amplio consenso en la comunidad investigadora se deriva, en gran medida, de la alta correlación existente entre la medida de salud autoevaluada y la mortalidad, tal y como ponen de manifiesto diversos estudios (véase Schnittker 2004).

Estos datos sugieren que la población española percibe de manera razonablemente satisfactoria su salud. Ahora bien, esta valoración es compatible con la existencia de un porcentaje relativamente alto de población a la que se le ha realizado algún diagnóstico médico. En concreto, el 15.1% de la población refiere haber sido diagnosticado con algún tipo de enfermedad o problema de salud crónico. La tabla 1 resume el tipo de enfermedad diagnosticada. Es preciso señalar que los datos recogidos en dicha tabla proceden de una pregunta con respuesta múltiple. Dicho de otra forma, una misma persona puede acumular dos o más diagnósticos o problemas de salud crónicos. Teniendo en cuenta esta circunstancia, podemos señalar que la distribución de las enfermedades diagnosticadas coincide con una sociedad en la cual el proceso de envejecimiento se encuentra en un desarrollo avanzado, de manera que predominan situaciones directamente relacionadas con dicho proceso. Es preciso resaltar también la alta prevalencia de enfermedades mentales. Un 5.2% de los casos declara haber sido diagnosticado (suponiendo el 4.1% de los diagnósticos totales declarados). En este marco, llama la atención el elevado número de casos de depresión (3.4%, el 2.7% de los diagnósticos). Por último, cabe resaltar la alta prevalencia de cardiopatías y enfermedades circulatorias (12.7% de los casos) y diagnósticos de cáncer (8.1%). Nos encontramos, por tanto, con una “pirámide de morbilidad” que se ajusta a las características de la “pirámide poblacional” y a las características socioeconómicas de la sociedad española.

Tabla 1. Presencia de principales enfermedades diagnosticadas (respuesta múltiple)

Diagnóstico	Número de respuestas	Porcentaje de respuestas	Porcentaje de casos
Alzheimer	173	3%	3.8%
Artritis	106	1.8%	3.3%
Artrosis	403	6.9%	8.7%
Asma	159	2.7%	3.4%
Cáncer	373	6.4%	8.1%
Colesterol	151	2.6%	3.3%
Discapacidad auditiva	68	1.2%	1.5%
Discapacidad física	210	3.6%	4.6%
Discapacidad cognitiva	152	2.6%	3.3%
Discapacidad visual	134	2.3%	2.9%
Depresión	156	2.7%	3.4%
Diabetes	527	9%	11.4%
Cardiopatía	506	8.6%	11%
Enfermedad renal	95	1.6%	2.1%
Enfermedad mental	84	1.4%	1.8%
Enfermedad ósea	632	10.8%	13.7%
Fibromialgia	114	1.9%	2.5%
Hernia	154	2.6%	3.3%
Hipertensión	366	6.3%	7.9%
Ictus	107	1.8%	2.3%
Enfermedad muscular	148	2.5%	3.2%
Sistema digestivo	160	2.7%	3.5%
Sistema respiratorio	233	4%	5.1%
Tiroides	89	1.5%	1.9%
Enfermedad circulatoria	77	1.3%	1.7%
Problemas neurológicos	175	3%	3.8%

Fuente: Encuesta sobre Integración Social y Necesidad Sociales FOESSA 2018

Dada esta prevalencia, tiene sentido analizar el grado de cobertura médico-sanitaria de la población. Se trata de un aspecto central en el análisis de las desigualdades relacionadas con la salud, dada la relevancia del acceso al tratamiento médico de eventuales enfermedades. Esta problemática es incluso más relevante tras la Gran Recesión, momento de crisis económica que, en España, vino acompañada de recortes y reducciones en la cobertura sanitaria para determinados grupos de población, así como por la incorporación de algunas medidas relacionadas con el acceso al tratamiento (por ejemplo, la modificación de los términos de copago de los fármacos).

Los datos procedentes de la EINSFOESSA 2018 sugieren que la cobertura sanitaria en España es prácticamente universal. Aun así, un 0.6% de las personas entrevistadas declara no tener cobertura sanitaria, existiendo un 3.5% que señala acceder a la sanidad pública a través de la modalidad de asistencia universalizada (véase tabla 2).

Tabla 2. Tipo de cobertura sanitaria utiliza en la población española (respuesta múltiple)

Tipo de cobertura	Número de respuestas	Porcentaje de respuestas	Porcentaje de casos
Sanidad Pública (titular)	22620	71.6%	75.6%
Sanidad Pública (no titular)	5843	18.5%	19.5%
Sanidad Pública (asistencia universalizada)	1052	3.3%	3.5%
Seguro Privado (titular)	1040	3.3%	3.5%
Seguro Privado (no titular)	471	1.5%	1.6%
Mutuas	358	1.1%	1.2%
Ninguna	167	0.5%	0.6%
No sabe	32	0.1%	0.1%

Fuente: Encuesta sobre Integración Social y Necesidad Sociales FOESSA 2018

Parece, por tanto, que el acceso a los dispositivos públicos constituye una herramienta eficaz para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y situaciones relacionadas con la salud en la sociedad española en la actualidad. Ahora bien, sería erróneo hacer equivalente la cobertura sanitaria (casi) universal con la cobertura universal de las necesidades relacionadas con la salud. La diferencia entre ambos factores puede constituir un elemento significativo en el análisis de las desigualdades en salud. Algunos datos procedentes de la EINSFOESSA 2018 pueden ayudar a dotar de contenido esta afirmación. En primer lugar, a pesar de que la práctica totalidad de la población entrevistada declara tener algún tipo de cobertura sanitaria, lo cierto es que un porcentaje significativo (7.2%) de las personas que señalan padecer alguna enfermedad diagnosticada no reciben asistencia médica para dicho problema de salud. Además, en segundo lugar, debemos tomar en consideración el porcentaje de población que declara tener algún tipo de necesidad relacionada con la salud y no poder permitírsela. La tabla 3 ofrece información detallada al respecto.

Tabla 3. Porcentaje de población que declara tener algún tipo de necesidad y no puede permitirse su satisfacción

Necesidad	Porcentaje de población
Gafas, audífonos	7,4 %
Prótesis dentales	9,5 %
Ayudas técnicas	1,8 %
Medicamentos	2,6 %
Rehabilitación	2,6 %
Necesidades alimentarias especiales	1,4 %
Tratamiento especializado de podología	2,4 %
Tratamiento especializado de psicología	3,2 %
Tratamiento especializado de dentista	14,9 %
Pagos producidos por hospitalización	1,9 %

Fuente: Encuesta sobre Integración Social y Necesidad Sociales FOESSA 2018

Esta tabla refleja claramente la diferencia existente en España entre cobertura sanitaria universal y universalidad de la cobertura sanitaria. Llama poderosamente la atención el porcentaje de población que experimenta necesidades significativas de salud bucodental y no puede pagarlas: un 14.9% no puede acceder a un tratamiento especializado de dentista y un 9.5% no puede pagar prótesis dentales. Del mismo modo, la notable prevalencia de enfermedades mentales contrasta con el alto porcentaje de población que señala necesitar tratamiento especializado de psicología y no puede permitírselo (3.2%). En general, la tabla 3 pone de manifiesto la existencia de una proporción de la ciudadanía que no puede acceder a determinados servicios/tratamientos a pesar de necesitarlos. No se trata, además, de necesidades de menor importancia y algunos, como los gastos producidos por una hospitalización (incluyendo desplazamientos, comidas, etc.) son de especial relevancia por su impacto en las dinámicas socioeconómicas de los hogares. En este sentido, es llamativo que un 2.6% de las personas entrevistadas señalen necesitar alguna medicación y no poder pagarla.

Las problemáticas relacionadas con la salud no solo se relacionan con la existencia de una enfermedad diagnosticada. Uno de los factores que en mayor medida puede dibujar desigualdades en el ámbito del bienestar está constituido por la presencia de discapacidad y/o dependencia. Casi un 6% de la población en España, según la EINSFOESSA 2018, tiene reconocido algún grado de discapacidad y un 1 % tiene reconocido un grado superior al 75%. De la misma forma, en el 2.2% de los hogares existe alguna persona que tiene reconocida una situación de dependencia. Ahora bien, la relación de la discapacidad y la dependencia con la desigualdad no se relaciona necesariamente con la presencia o ausencia de discapacidad o dependencia. Esta relación con la desigualdad se relaciona, en gran medida, con las limitaciones que la enfermedad y la discapacidad generan en las actividades cotidianas y el grado en el cual dichas limitaciones no pueden abordarse, mitigarse o eliminarse por no disponer de acceso a determinados recursos. Dicho de otra forma, siendo cierto que el riesgo de exclusión se incrementa para las personas con discapacidad o que padecen alguna enfermedad, no es menos cierto que dicha probabilidad aumenta notablemente en función del acceso a los recursos que pueden reducir las limitaciones que dichas situaciones generan.

En este sentido, los datos de la EINSFOESSA 2018 sugieren que el porcentaje de hogares en el cual alguno de sus miembros sufre una limitación en las actividades de la vida diaria como consecuencia de alguna enfermedad, problemas de salud o una situación de discapacidad es del 8.3% (en un 2.8% de hogares encontramos limitaciones graves y en un 5.6% limitaciones moderadas o leves). En dicho grupo, es decir, en el grupo de hogares en el cual encontramos al menos una persona con limitaciones en la vida diaria, la percepción de necesidad de ayudas no satisfechas es especialmente significativo. La tabla 4 aborda este aspecto, analizando la medida en la cual los hogares en los que se presentan situaciones de limitaciones en las actividades cotidianas perciben como necesario algún tipo de apoyo y no lo reciben. Se trata de una pregunta de respuesta múltiple, de manera que la citada tabla recoge el porcentaje de ayudas reclamadas tanto como porcentaje del total de respuestas como el porcentaje de casos que menciona cada una de las ayudas.

Tabla 4. Ayudas percibidas como necesarias entre la población en cuyo hogar hay alguna persona con limitaciones para la vida diaria (respuesta múltiple)

Tipo de ayuda	Número de respuestas	Porcentaje de respuestas	Porcentaje de casos
Apoyo económico	2418	32.8%	47.1%
Apoyo para cuidados personales	1382	18.7%	26.9%
Apoyo de acompañamiento	771	10.5%	15%
Acceso a centros de día u ocupacionales	248	3.4%	4.8%
Acceso a centros de ocio especializados	250	3.4%	4.9%
Acceso servicio residencial	193	2.6%	3.8%
Acceso a centro especial de empleo	124	1.7%	2.4%
No percibe necesidad/lo tiene cubierto	1838	24.9%	35.8%

Fuente: Encuesta sobre Integración Social y Necesidad Sociales FOESSA 2018

Parece evidente que las necesidades de apoyo económico son percibidas como más urgentes y menos satisfechas por parte de estos hogares. Sin embargo, es también significativo – mejor dicho, especialmente llamativo – el alto porcentaje de hogares que requieren ayuda para cuidados personales y acompañamiento, pero no las reciben. El alto coste de estos servicios puede estar en el origen de esta percepción, que en todo caso llama la atención sobre el elevado porcentaje de hogares que, en una situación de necesidad, no recibe ayuda en aspectos centrales para los ajustes domésticos y familiares ante una enfermedad o una discapacidad que generan limitaciones para alguno de sus miembros. En este sentido, llama la atención que solo en el 35.8% de los casos los hogares tengan cubiertas todas las necesidades asociadas, o que no perciban tal necesidad.

En resumen, por tanto, los datos hasta aquí analizados permiten caracterizar los procesos relacionados con la salud y con la enfermedad en clave de desigualdad. Dicho de otra forma, es razonable pensar que las desigualdades en salud constituyen un eje significativo de las desigualdades en general y, por tanto, conviene prestar atención a su distribución en la población a la hora de evaluar de manera multidimensional las desigualdades sociales. Ahora bien, es posible dar un paso más y analizar la asociación que existe entre diversas dimensiones de la salud y la exclusión social. En el siguiente epígrafe se analiza, precisamente, la vinculación entre salud/enfermedad y desigualdad socioeconómica con el objetivo de ofrecer una línea de reflexión en torno a la centralidad de la salud en la desigualdad social.

2.2. La asociación entre desigualdad social y salud en España: la exclusión social como proceso fundamental para entender el gradiente social en salud

La EINSFOESSA 201818 contiene un conjunto de indicadores que ofrece la posibilidad de analizar en cierto detalle la relación existente entre exclusión social y salud. En el caso de la exclusión social, el indicador disponible permite no solo establecer la situación de exclusión, sino también clasificar a la población en función de los grados de exclusión (integración plena, integración precaria, exclusión moderada y exclusión

severa o grave). La posibilidad de construir un indicador en dichos términos es especialmente relevante, ya que permite contemplar la exclusión como un proceso, y no como una realidad en términos de todo-nada, presencia-ausencia. Por otra parte, el indicador de exclusión de la encuesta incorpora un total de ocho dimensiones (empleo, consumo, política, educación, vivienda, salud, conflicto social, aislamiento). La situación de exclusión (ya sea moderada o grave) no implica la existencia de exclusión en todas dichas dimensiones, al menos no necesariamente. Esto permite analizar la relación entre cada una de las dimensiones de la exclusión social con la salud de la población, identificando aquellas que en mayor medida se vinculan con situaciones de deterioro de la salud.

En el presente epígrafe se aborda esta tarea en dos fases. En primer lugar, se ofrecerán los resultados del cálculo de diversas tablas de contingencia que analizan la relación entre los distintos grados de exclusión (integración plena, integración precaria, exclusión moderada y exclusión severa), por un lado, y diversos indicadores de salud, por otro. En segundo lugar, se mostrarán los resultados correspondientes a sendos análisis de regresión (lineal y logística) que abordan la relación entre exclusión y salud incorporando la naturaleza multidimensional de la desigualdad socioeconómica.

La tabla 5 utiliza dos indicadores de salud, cuyos resultados descriptivos se mostraron en el epígrafe anterior. Por un lado, la medida de salud autoevaluada se ha resumido en una variable dicotómica que podemos denominar “presencia de mala salud”. Se trata de una variable que agrupa a la población en dos categorías que permiten establecer, de manera aproximada, la prevalencia de mala salud. Se trata de una estrategia ampliamente utilizada en la bibliografía sobre el tema (véase Bartoll et al., 2014). Como puede apreciarse, existe una asociación estadísticamente significativa entre el indicador de mala salud autoevaluada y el indicador de exclusión ($\chi^2=294.54$; $p < .001$). En este sentido, la existencia de mala salud autoevaluada es más frecuente entre la población que se encuentra en situación de exclusión, ya sea moderada (10.7%) o grave (9.4%). Como puede apreciarse, la asociación no es estrictamente lineal, ya que el porcentaje de personas en exclusión moderada que autoevalúan negativamente su salud es ligeramente mayor que el de las personas en exclusión grave. En este punto, parece que la diferencia se establece entre la población en situación de integración, precaria o plena, y la población en situación de exclusión.

Tabla 5. Presencia de “mala salud” y “enfermedad diagnosticada” autoevaluada según clasificación en grados de exclusión. Porcentajes verticales y residuos ajustados

	Integración plena	Integración precaria	Exclusión moderada	Exclusión severa	X ²
No mala salud	96.6 %	93 %	89.3 %	90.6 %	294.54 (p < .001)
	15.5	-5.6	-10.6	-7.4	
Mala salud	3.4 %	7 %	10.7 %	9.4 %	
	-15.5	5.6	10.6	7.4	
No diagnóstico	88.7 %	83.7 %	78.3 %	73.6 %	421.53 (p < .001)
	16.7	-3.6	-9.1	-14.6	
Diagnóstico	11.3 %	16.3 %	21.7 %	26.4 %	
	-16.7	3.6	9.1	14.6	

Fuente: Encuesta sobre Integración Social y Necesidad Sociales FOESSA 2018

Por otro lado, en la segunda parte de la tabla, se analiza la asociación entre exclusión y la presencia de alguna enfermedad diagnosticada. Nuevamente, se observa la existencia de una asociación significativa entre ambas variables ($\chi^2=294.54$; $p < .001$). En este caso, a medida que nos alejamos de la integración plena, aumenta el porcentaje de personas que padece algún tipo de enfermedad. De hecho, el 26.4% de la población en situación de exclusión grave ha recibido algún diagnóstico, porcentaje que se va reduciendo progresivamente en el caso de la población en exclusión moderada (21.7%), integración precaria (16.3%) e integración plena (11.3%). El análisis de los residuos ajustados muestra claramente que son los dos extremos del continuo de la exclusión donde la sobrerrepresentación de personas que padecen una enfermedad (exclusión grave) y su infrarrepresentación (integración plena) son mayores.

Parece, por tanto, que la exclusión se relaciona con un deterioro en la salud de las personas en España. Cabría esperar, y de manera relacionada, que la exclusión se relacionara también con la existencia de limitaciones en las actividades de la vida diaria. Para explorar dicha asociación se ofrecen los datos recogidos en la tabla 6. En dicha tabla se analiza la relación existente entre los diferentes niveles del indicador de exclusión de la EINSFOESSA 2018 y la existencia de limitaciones, variable que contiene tres categorías: ausencia de limitación, limitación moderada o leve, y limitación grave. Los resultados muestran la existencia de una asociación estadísticamente significativa ($\chi^2=634.05$; $p < .001$), de manera que la exclusión se relaciona con la presencia de limitaciones cotidianas. Esta afirmación general permite el establecimiento de algunos matices de especial relevancia. En este sentido, conviene destacar que, una vez más, nos encontramos con una especial relevancia de la diferenciación entre exclusión e integración como una línea de separación. Dicho de otra forma, parece que no es tan relevante la diferenciación entre diferentes grados de exclusión a la hora de considerar la asociación de ambas variables (exclusión y limitaciones cotidianas) como la diferenciación entre integración y exclusión. Si se permite la expresión, la frontera que marca la exclusión parece ser el factor o proceso cualitativamente más relevante para entender las desigualdades en salud entre las personas que participaron en la encuesta. Este tipo de relación es notablemente similar a la encontrada en el caso de los indicadores de mala salud y diagnóstico de enfermedad.

Tabla 6. Presencia de “limitaciones den la vida diaria según clasificación en grados de exclusión. Porcentajes verticales y residuos ajustados

	Integración plena	Integración precaria	Exclusión moderada	Exclusión severa	X ²
Limitación grave	0.4 % -12.5	2.8 % 0.5	7.4 % 14.2	5.2 % 6.9	634.05 (p < .001)
Limitación no grave	3.0 % -17.3	7.7 % 10.3	8.2 5.8	9.4 7.7	
Sin limitación	95.5 % 21.7	89.4% -8.9	84.3% -13.2	85.5% -10.5	

Fuente: Encuesta sobre Integración Social y Necesidad Sociales FOESSA 2018

Y también cuando se aborda la asociación entre el indicador de exclusión y la presencia de algún grado de discapacidad. Como puede apreciarse del análisis de los porcentajes y de los residuos ajustados en la tabla de contingencia (véase tabla 7), existe una marchada diferencia en términos de sobrerrepresentación e infrarrepresentación de la muestra si comparamos la población en situación de integración (ya sea plena o precaria) y la población en situación de exclusión (ya sea moderada o severa). Llama especialmente la atención que los residuos ajustados correspondientes a la situación de integración precaria no muestran una sobrerrepresentación significativa de la población que tiene reconocida una discapacidad entre el 33 y 74%, por un lado, y que la población en situación de exclusión moderada no está sobrerrepresentada en los datos relacionados con discapacidad menor al 33% o superior al 75%. De nuevo, por tanto, nos encontramos con una asociación de forma – si se permite la expresión – “lineal imperfecta” que sugiere que la principal diferenciación cualitativa es la existente entre integración y exclusión, mientras que la diferenciación entre grado de integración y de exclusión es relevante, sí, pero no protagonista principal.

Tabla 7. Asociación entre el grado de discapacidad reconocido y la exclusión social. Porcentajes verticales y residuos ajustados

Discapacidad	Integración Plena	Integración precaria	Exclusión moderada	Exclusión severa	X ²
Discapacidad 0-32%	0.5 % -0.3	0.4 % -2.4	0.8 % 1.5	1 % 3.0	
Discapacidad 33-64%	2.2 % -7.7	3.2 % 0.7	4.9 % 5.2	5.9 % 7.4	
Discapacidad 65-74%	0.8 % -6.0	1.3 % 0.9	2.1 % 4.1	2.4 % 5.1	256.2 (p <.001)
Discapacidad + 75 %	0.6 % -7.3	1.4 % 4.3	1.1 % 0.2	2.3 % 5.8	
Sin discapacidad	95.9 % 11.7	93.7 % -2.1	91.1 % -6.3	88.4 % -11.2	

Fuente: Encuesta sobre Integración Social y Necesidad Sociales FOESSA 2018

Los resultados hasta ahora analizados se ocupan de la relación entre exclusión social y diversos indicadores en salud sin tomar en cuenta el papel de otras variables relacionadas con la desigualdad en general, y con la desigualdad socioeconómica en particular. Dicho de otra forma, es razonable pensar que la relación de la exclusión con la salud, la enfermedad y las limitaciones en las actividades de la vida diaria generadas por el deterioro de la salud y/o la discapacidad puede estar influida (cuando no explicada) por el papel jugado por variables clásicas en el análisis de la situación socioeconómica como los ingresos o el nivel educativo o por variables sociales en general, como por ejemplo el género o las características del hogar. Para tratar de explorar el papel específico de la exclusión en la existencia de desigualdades sociales en la salud, las tablas 8 y 9 ofrecen sendos análisis de regresión que ponen a prueba modelos teóricos basados en el concepto de exclusión.

La tabla 8 consiste en un análisis de regresión lineal para la variable “salud autoevaluada”. Antes de discutir los hallazgos correspondientes, conviene señalar que

dicha variable ha sido tratada de manera interval, siguiendo la bibliografía previa que, con éxito, sigue esta estrategia (véase Sánchez-Moreno et al., 2016).

Tabla 8. Regresión lineal sobre la variable “salud autoevaluada”. Método de estimación “OLS”. Coeficientes no estandarizados (error típico)

	Modelo 1 Variables de control	Modelo 2 Riesgo en el hogar	Modelo 3 Estatus socioeconómico	Modelo 4 Exclusión (grados)	Modelo 5 Exclusión (dimensiones)
Constante	.846 (.01)***	.983 (.01)***	1.016 (.029)***	838 (.031)***	.866 (.034)***
Mujer	.026 (.01)*	.028 (.01)***	.026 (.01)*	.026 (.010)*	.023 (.01)*
Vive en pareja	-.208 (.01)***	-.161 (.01)***	-.130 (.012)***	-.117 (.012)***	-.120 (.012)***
Edad	.025 (.001)***	.023 (.001)***	.020 (.001)***	.020 (.001)***	.020 (.001)***
Discapacidad en el hogar		.666 (.01)***	.657 (.015)***	.524 (.015)***	.593 (.015)***
Hogar todos UE		-.111 (.02)***	-.058 (.018)**	.015 (.019)	.002 (.023)
Núcleo monoparental		-.005 (.02)	-.020 (.019)	-.037 (.019)***	-.050 (.019)**
Tamaño hogar		-.025 (.004)***	-.028 (.004)***	-.038 (.004)***	-.038 (.005)***
Ingresos			.0001 (.0001)***	.0001 (.0001)**	.0001 (.0001)***
<i>Estudios (referencia: universidad)</i>					
Primarios incompletos			.332 (.016)***	.290 (.016)***	.286 (.017)***
Primarios completos			.148 (.014)***	.131 (.014)***	.126 (.014)***
Secundaria			.077 (.014)***	.076 (.014)***	.076 (.014)***
<i>Exclusión</i>					
Empleo					-.021 (.013)
Consumo					.053 (.024)*
Política					-.030 (.020)
Educación					.028 (.023)
Vivienda					.155 (.013)***
Salud					.277 (.016)***
Conflicto social					.162 (.023)***
Aislamiento					-.033 (.029)
<i>Grados exclusión (referencia: integración plena)</i>					
Integración				.129 (.012)***	
Precaria					
Exclusión moderada				.220 (.019)***	
Exclusión Grave				.296 (.021)***	
R2	.25	.31	.33	.34	.35
Cambio en F	2463.86***	486.67***	158.22***	98.81***	82.17***

*** p < .001; ** p < .01; * p < .05

Como puede apreciarse, la tabla 8 ofrece resultados basados en cuatro modelos diferentes. El primero de ellos incluye únicamente las variables sociales y demográficas de control que de manera más frecuente se relacionan con la salud (género, edad y forma de convivencia). Todas estas variables se incluyen en los tres modelos posteriores. El segundo modelo incorpora el papel jugado por indicadores descriptivos del hogar en el cual viven los individuos. Se trata de variables (tamaño del hogar, presencia de un núcleo monoparental, nacionalidad de los miembros del hogar o presencia de al menos una persona con situación de discapacidad en el hogar) que constituyen una descripción razonable de factores de riesgo para la salud. El tercer modelo incorpora las dos variables que tradicionalmente han sido utilizadas para analizar el gradiente socioeconómico en la salud. Dicho de otra forma, se incorporan ingresos y nivel educativo como las principales aproximaciones al estatus socioeconómico en la bibliografía previa sobre el tema. Por último, los modelos 4 y 5 incorporan el papel jugado por la exclusión, de dos maneras diferentes pero complementarias. El modelo 4 aborda la exclusión tomando en consideración sus niveles (integración plena, integración precaria, exclusión moderada y exclusión grave). El modelo, por su parte, 5 incorpora la exclusión social tomando de manera particular cada una de sus dimensiones. Es decir, cada dimensión constituye una variable dicotómica (variable ficticia) cuyo papel se evalúa en la ecuación de regresión. Es importante señalar que en ambos modelos el rol jugado por los indicadores de exclusión se analiza considerando el jugado, a su vez, por ingresos y nivel educativo. De esta forma, es posible evaluar la aportación “neta”, específica, de la exclusión social en la explicación de la varianza de la variable dependiente, en este caso la salud autoevaluada. Este aspecto es especialmente importante, ya que el concepto de exclusión surge no como alternativa, sino como adecuación a la estructura social contemporánea del análisis de los procesos de estratificación. Sociedades complejas como las actuales estarían definidas por procesos de desigualdad multidimensionales en los cuales las diferencias en ingresos y en educación, o las diferencias de clase, no permitirían explicar los diferentes gradientes y los diferentes vectores de desigualdad.

Para una correcta interpretación de la tabla 8, es preciso recordar que un incremento en las puntuaciones de la variable dependiente (salud autoevaluada) implica una *peor* salud. Por su relevancia para los objetivos de este trabajo, centraremos el análisis, precisamente, en los dos últimos modelos. No obstante, antes de ello conviene señalar que todos los modelos considerados son significativos estadísticamente, y que todos ellos suponen un incremento significativo de la varianza explicada con respecto a los anteriores. Los modelos 1 y 2 ponen de manifiesto la importancia de variables “clásicas” en el análisis de la salud. Así, la salud autoevaluada es peor según aumenta la edad, entre las mujeres y en el caso de las personas que viven en un hogar donde hay alguna persona con discapacidad. Al contrario, la salud autoevaluada mejora en el caso de las personas que viven en pareja, en un hogar formado por ciudadanos/as de la UE y a medida que aumenta el tamaño del hogar.

El modelo 3 incorpora dos variables fundamentales en la bibliografía previa, a saber, ingresos y nivel educativo¹. Ambos indicadores han sido considerados como los mejores indicadores de estatus socioeconómico, y la evidencia empírica, tal y como se ha analizado en la sección anterior, pone de manifiesto que ambas permiten explicar en gran medida el gradiente socioeconómico en la salud. Nuestros resultados son consistentes con dicha evidencia empírica. Como puede apreciarse, la variable ingresos muestra una relación negativa con la mala salud autoevaluada: menores ingresos se relacionan con peor salud autoevaluada. Además, el nivel educativo alcanzado también resulta en una asociación significativa. Como puede apreciarse en la tabla 8 (modelo 3 y siguientes), en todas las categorías consideradas (primarios incompletos, primarios completos, secundaria), la salud autoevaluada es peor que en el caso de las personas que han completado estudios universitarios (la categoría de referencia). Además, como puede apreciarse, la magnitud de los coeficientes de regresión aumenta a medida que descendemos en el nivel educativo.

Los modelos 4 y 5 incorporan los indicadores de exclusión. El motivo por el cual se incorporan en el último modelo es que el objetivo de este análisis consiste en comprobar el papel específico jugado por la exclusión social. Dicho de otra manera, se trata de analizar si la asociación entre exclusión y salud responde a una relación específica entre ambas variables o si, por el contrario, una parte significativa de una potencial asociación se debe a la relación entre exclusión y los dos indicadores de estatus socioeconómico (estudios e ingresos). La hipótesis de partida establece que la exclusión constituye un eje de estratificación social diferenciado de estudios e ingresos, y por tanto cabe esperar que su asociación con la salud también estará diferenciada.

Los resultados apoyan esta hipótesis. El modelo 4 incorpora la medida de exclusión de la EINSFOESSA 2018 en cuatro categorías, desde integración plena hasta exclusión grave. En dicho modelo 4, las medidas de ingresos y nivel educativo se relacionan con la autoevaluación de la salud. La incorporación de las cuatro categorías relacionadas con la exclusión se realiza tomando como referencia la integración plena, y su interpretación consiste en una comparación de dicha categoría con cada una de las otras tres (integración precaria, exclusión moderada, exclusión grave). Pues bien, como puede apreciarse todas las comparaciones señalan que las tres categorías se relacionan con una peor autoevaluación de la salud. Esta asociación significativa de la exclusión con la salud se produce en presencia de las medidas de ingresos y nivel educativo que, como se señalaba anteriormente, también se asocian significativamente con la salud. Así, la relación entre cada una de dichas variables (ingresos, educación y exclusión) con la salud es específica, hace referencia a procesos que afectan a cada una de dichas variables, cuyo potencial efecto sobre la salud es en gran medida independiente y diferenciada del resto. Dicho de otra forma, la aportación de la exclusión, como medida de desigualdad, para la comprensión de la salud puede ser diferenciada de la exclusión de las medidas “clásicas” de desigualdad socioeconómica.

¹ La variable “nivel educativo” se agrupó en cuatro categorías para calcular la ecuación de regresión. Estas cuatro categorías responden a clasificaciones convencionales en este tipo de análisis: estudios primarios incompletos, estudios primarios completos, educación secundaria o equivalente, estudios universitarios. En el cálculo del modelo de regresión se tomó como categoría de referencia el grupo que ha terminado estudios universitarios.

En el caso del modelo 5, los resultados apoyan parcialmente la hipótesis planteada y, además, ofrecen interesantes claves de interpretación. En efecto, la incorporación de las distintas dimensiones de la exclusión configura un modelo estadísticamente significativo. Ahora bien, no todas las dimensiones de la exclusión se asocian con la salud autoevaluada. De hecho, de las ocho dimensiones, tan solo la mitad lo hacen. En este sentido, llama la atención que solo la exclusión del consumo, de la vivienda, de los servicios de salud y la existencia de conflicto social muestran coeficientes de regresión estadísticamente significativos.

En este sentido, es de especial relevancia el hecho de que la exclusión del empleo no se encuentra asociada con la salud. En un primer momento, cabría pensar que este resultado es inconsistente con la bibliografía previa. En efecto, la evidencia empírica en torno a la importancia del estatus de empleo en la salud es ingente (véase Turner, 1995), y pone de manifiesto la relevancia de las distintas posiciones dentro del mercado de trabajo, especialmente el empleo precario, temporal y/o atípico (Benach et al., 2004; Page et al., 2013; Vives et al., 2013). Es posible que la ausencia de relación entre exclusión de la producción (del mercado de trabajo) y autopercepción de salud se deba al conjunto de indicadores que se utilizan para medir esta dimensión. En este sentido, conviene recordar que los indicadores no captan el estatus de empleo de la persona que responde, mientras que la bibliografía previa se centra, precisamente, en las diferencias en salud en función de las diferencias en el estatus de empleo. La misma explicación puede ser útil para dar cuenta de la ausencia de un papel significativo de la exclusión en el ámbito de la educación, en cuyo caso, además, el modelo de regresión muestra la existencia de una asociación positiva entre el nivel educativo alcanzado y la salud autoevaluada.

Pero, además, es posible que la potencial asociación entre exclusión en el ámbito de la producción y salud autoevaluada pueda explicarse a través de la presencia de otros indicadores de exclusión que hacen referencia a procesos que en gran medida están relacionados con la exclusión del empleo. Nos estamos refiriendo a la exclusión del consumo y a la exclusión habitacional (vivienda). Como puede apreciarse, la exclusión de ambos ámbitos se relaciona con una peor percepción de salud en el hogar. Por un lado, y en esta línea argumentativa, conviene señalar que la exclusión del consumo/producción hace referencia a las situaciones de pobreza extrema y a situaciones en las cuales el hogar al que pertenece el individuo entrevistado no puede acceder a bienes considerados básicos. Por otro lado, en el caso de la exclusión en el ámbito de la vivienda, una de las consecuencias evidentes de la Gran Recesión en España fue la consolidación de un modelo residencial que podemos calificar “de riesgo”. En efecto, los desajustes causados por la crisis de 2008 en el mercado de vivienda están lejos de haberse corregido en la última década, de manera que el modelo de negocio basado en el incremento ficticio del valor de vivienda se ha desplazado al segmento del alquiler. Además, los indicadores de exclusión en el ámbito de la vivienda en la EINSFOESSA 2018 no solo reflejan la tenencia en precario, sino que incluyen elementos que de manera directa tienen que ver con la salubridad de la vida cotidiana (hacinamiento, olores, temperatura inadecuada, etc.). En resumen, podemos señalar que la relación entre exclusión habitacional y salud autoevaluada responde a los

procesos recientes de deterioro del bienestar de la sociedad española en dicho ámbito (Fundación Foessa, 2014).

Por último, la dimensión relacionada con la exclusión del ámbito sanitario muestra una asociación con la autoevaluación de la salud. De esta manera, la presencia de exclusión en este ámbito se asocia con una peor autopercepción de la salud, como por otra parte cabía hipotetizar. En efecto, la dificultad para acceder a medicamentos, a los servicios *sociosanitarios* y a un régimen adecuado de alimentación constituye indicadores que, de manera casi necesaria, se asocian con un deterioro en la salud. Los resultados correspondientes al modelo 5 de nuestra tabla 8 así lo ponen de manifiesto. Esta evidencia empírica se encuentra en consonancia con la bibliografía previa generada en otros contextos sociales. Específicamente, con aquella bibliografía que enfatiza la relevancia del acceso a la cobertura sanitaria, a los medicamentos y a la tecnología médica. De hecho, la Teoría de las Causas Fundamentales (Phelan, Link y Tehrafinar, 2010) señala que, en aquellos modelos de atención sanitaria donde no se produce una cobertura universal, el gradiente social en la salud puede explicarse en gran medida a través del diferente acceso a la cobertura sanitaria y a los tratamientos médicos cuyo origen se encuentra en diferencias socioeconómicas.

La evidencia resumida en la tabla 8 aborda la salud autoevaluada. Para completar el análisis y comprobar la consistencia de los resultados obtenidos, la tabla 9 resumen el análisis de regresión logística que trata de predecir los valores de una segunda variable relacionada con la salud, en este caso la existencia de una enfermedad o dolencia diagnosticada. En este caso, la variable dependiente es una variable dicotómica (donde el valor 1 implica la existencia de un diagnóstico (véase la tabla 1), por un lado, y el conjunto de variables independientes coincide exactamente con el utilizado para analizar la salud autoevaluada (tabla 8), por otro. El objetivo, por tanto, consiste en avanzar en la comprensión del papel jugado por la exclusión en la comprensión de la salud, incorporando en esta ocasión una variable relacionada con la presencia de una enfermedad.

Como puede apreciarse, los resultados de nuestro análisis de regresión logística para la variable “presencia de diagnóstico” (recogidos en la tabla 9) replican en gran medida los resultados obtenidos en nuestro análisis de regresión lineal para la variable “salud autoevaluada” (recogidos en la tabla 8). Dada esta circunstancia, nuestro análisis se centrará en identificar las diferencias en la estructura de la asociación entre las variables.

Tabla 9. Regresión logística sobre la variable “presencia de enfermedad diagnosticada” según cuatro modelos teóricos. Coeficientes de regresión, OR (95% IC)

	Modelo 1 Variables de control	Modelo 2 Riesgo en el hogar	Modelo 3 Estatus socioeconómico	Modelo 4 Exclusión (grados)	Modelo 5 Exclusión (dimensiones)
Constante	-3.874***	-2.130***	-3.518***	-4.450***	-4.153***
	.021	.119	.030	.012	.016
Mujer	.044***	.101*	-.091*	.10*	.087
	.957 (.884-1.035)	.904(.831-.983)	1.095(1.006-1.192)	1.106(1.015-1.204)	1.087(.997-1.185)
Vive en pareja	-.459***	-.352***	-.307*	-.238***	-.266***
	1.582 (1.462-1.712)	1.421(1.294-1.562)	1.359(.669-.809)	.788(.715-.868)	.766(.694-.846)
Edad	.045***	.043***	.037***	.041***	.041***
	1.046 (1.044-1.049)	1.044(1.042-1.047)	1.038(1.035-1.041)	1.041(1.038-1.044)	1.041(1.038-1.044)
Discapacidad en el hogar		2.100***	2.110***	2.008***	1.945***
		.122(.111-.135)	8.248(7.494-9.078)	7.448(6.757-8.210)	6.994(6.335-7.722)
Hogar todos UE		.204*	.245*	.531***	.303**
		.815(.674-.986)	1.287(1.057-1.545)	1.701(1.410-2.065)	1.353(1.082-1.694)
Núcleo monoparental		.035	.006	-.057	-.095
		.965(.833-1.119)	1.006(.868-.1.167)	.945(.813-1.097)	.909(.780-1.060)
Tamaño hogar		-.114	-.119***	-.158***	-.147***
		.892(.859-.926)***	.888(.853-.924)	.854(.821-.889)	.863(.828-.899)
Ingresos			.001**	.001***	.001
			1.000	1.000	1.000
<i>Estudios (referencia: universidad)</i>					
Primarios incompletos			-.286***	-.211***	-.241***
			.751(.672-.839)	.810(.724-.906)	.786(.698-.886)
Primarios completos			-.462***	-.333***	-.339***
			.630(.553-.718)	.717(.628-.819)	.713(.620-.819)
Secundaria			-.612***	-.467***	-.451***
			.542(.474-.620)	.627(.547-.718)	.637(.552-.734)
<i>Exclusión (Dimensiones)</i>					
Empleo					-.026

Consumo						.974(.869-1.091)
						.078
Política						1.081(.891-.1311)
						-.391***
Educación						.676(.560-.816)
						-.084
Vivienda						.919(.773-1.093)
						.365***
Salud						1.440(1.290-1.609)
						1.204***
Conflicto social						3.334(2.989-3.719)
						.450***
Aislamiento						1.568(1.313-1.872)
						-.406***
						.666(.537-.826)
<i>Grados exclusión (Referencia:</i>						
<i>Integración plena)</i>						
Integración Precaria						.391***
						1.478(1.339-1.631)
Exclusión moderada						.879***
						2.409(2.082-2.789)
Exclusión						1.206***
Grave						3.340(2.864-3.895)
X ² Hosmer y Lemeshow	100.962***	37.510***	33.424***	42.958***	47.739***	
R ² de Nagelkerke	.154	.285	.293	.312	.334	

*** p < .001; ** p < .01; * p < .05

Antes de ello, sin embargo, conviene enfatizar que la incorporación de la medida de exclusión en cuatro grandes categorías/momentos del proceso (modelo 4) pone de manifiesto, una vez más, que la contribución de dicha variable es específica con respecto a los ingresos y el nivel educativo, de manera que su asociación con la presencia de alguna enfermedad es significativa en presencia de ambas medidas “tradicionales” de desigualdad socioeconómica. Nuevamente, comprobamos que la exclusión social, tal y como es operacionalizada en la EINSFOESSA 2018, hace referencia a procesos específicos y diferenciados de desigualdad, también en su patrón de asociación con la salud y la enfermedad.

En el modelo 5 la incorporación de la exclusión social se realiza a través de las ocho dimensiones consideradas en la EINSFOESSA 2018 (empleo/producción, consumo/producto, política, educativa, de la vivienda, sanitaria, existencia de conflicto social, situación de aislamiento social). Si bien se mantiene la relevancia de la exclusión en la comprensión de la enfermedad, lo cierto es que, nuevamente, nos encontramos con que el patrón de asociación de las diversas dimensiones con la variable dependiente incorpora interesantes matices a la discusión. Nos centraremos en aquellos que son especialmente relevantes y que se desvían del patrón de resultados analizado para la medida de salud (tabla 8).

Un primer elemento a considerar es la ausencia de asociación de las variables que identifican la exclusión de la producción /empleo y del producto/consumo. Ninguna de las dos dimensiones muestra un papel estadísticamente significativo en la comprensión de la enfermedad diagnosticada. Se mantiene, al contrario, la relevancia de la exclusión de dos dimensiones clave, a saber, de la vivienda y de la salud. Ahora bien, son otras dos asociaciones las que de manera más poderosa llaman la atención, a saber, las correspondientes a la exclusión del ámbito político y la exclusión del ámbito relacional. Esto se debe no tanto a la existencia de la asociación, sino al signo: los datos apuntan a que las personas que se encuentran en situación de aislamiento social y político tienen una menor probabilidad de puntuar en la variable “enfermedad”. Para la interpretación de este resultado, en un principio contra-intuitivo, es posible recurrir a dos argumentos (al menos). En primer lugar, es necesario evaluar las implicaciones que tiene el hecho de que la variable dependiente hace referencia a la existencia de una enfermedad *diagnosticada*. En ese sentido, es posible que algunas de las dimensiones de la exclusión no se relacionen de manera fundamental con la presencia de una enfermedad, sino con la presencia de un diagnóstico. Y que dicha asociación sea, precisamente negativa. Dicho de otra forma: es posible que las situaciones de exclusión política y aislamiento social se asocien con indicadores que implican limitaciones graves para la *identificación* adecuada de problemas de salud. Esto es especialmente cierto en el caso del aislamiento social, ya que la carencia de redes de apoyo adecuadas puede generar un déficit de atención externa a posibles manifestaciones de síntomas de una determinada enfermedad. De esta forma, las personas aisladas carecerían de “centinelas” que reaccionen ante signos o indicios de enfermedad que, de esa forma, no finalicen en un diagnóstico. En segundo lugar, es preciso tener en cuenta que el diseño de la EINSFOESSA 2018 es transversal, de manera que hay que tomar con cautela la interpretación de la dirección de la causalidad entre las variables. En el análisis de regresión resumido en la tabla 9 se considera como variable dependiente la existencia de un diagnóstico. Este esquema se fundamenta en la ingente evidencia empírica que establece la existencia de un gradiente social en la salud. Ahora bien, conviene considerar que la relación de causalidad puede ser bidireccional, de manera que las condiciones y limitaciones

cotidianas que impone un amplio rango de enfermedades generen dificultades para la participación tanto en redes sociales como, especialmente, en procesos, organizaciones y entidades sociopolíticas.

Además de esta discusión, los resultados correspondientes al modelo 5 incorporan un matiz de especial importancia. Como puede apreciarse en todos los modelos de las tablas 8 y 9, existe una asociación significativa y sistemática entre género y salud, de manera que las mujeres tienen una mayor probabilidad de tener mala salud y de recibir un diagnóstico. Esta asociación se relaciona con la mayor esperanza de vida entre las mujeres y, por tanto, con la consolidación de un patrón vital de morbilidad (y no mortalidad) en mayor medida que los varones. La única excepción a esta pauta de relación está constituida, precisamente, por el modelo 5 de la tabla 9, en el cual se incorporan las ocho dimensiones de la exclusión que constituyen la propuesta de medida de la EINSFOESSA 2018. Así, al introducir dichas variables, la mayor probabilidad de enfermedad diagnosticada entre las mujeres deja de ser estadísticamente significativa. Se trata de un resultado que añade complejidad a la comprensión de la relación entre desigualdades sociales y salud. Por tanto, cualquier explicación aportada para dar cuenta de dicha complejidad debe proceder con notable cautela. No obstante, es razonable suponer que las dimensiones de la exclusión social que definen la operacionalización del concepto en la EINSFOESSA 2018 reflejan (en cierta medida, al menos), los procesos relacionados con la desigualdad de género en salud. Expresado en otros términos: nuestros resultados invitan a hipotética la existencia de procesos mediadores entre género y salud relacionados con la exclusión social. Se trata, en todo caso, de un resultado que debe ser tomado con extrema cautela, especialmente por su carácter excepcional, constituyendo una potencial vía de reflexión e investigación a tener en cuenta.

3. Observaciones finales

Es difícil exagerar la importancia de la salud en la definición y análisis de las desigualdades sociales. El examen de las formas concretas de estratificación social en las sociedades contemporáneas no puede pasar por alto el hecho de que el esquema de desigualdades sociales incluye y al mismo tiempo genera un esquema paralelo de desigualdades en salud. Dicho de otra forma, el gradiente social en la distribución de los procesos relacionados con la salud implica que la salud es a la vez consecuencia y parte de las diferencias en función de las clases sociales, los ingresos, el nivel educativo y la exclusión social. En este último caso, la evidencia disponible no tiene el carácter abultado que define al conjunto de estudios empíricos dedicados al análisis de la relación entre salud y enfermedad, por un lado, y clase social, ingresos y educación, por otro. Esto se debe, en gran parte, a que el concepto de exclusión es bastante reciente en las Ciencias Sociales en general, y además se ha vinculado de manera clara y patente al Trabajo Social y a la Sociología.

El impacto de la Gran Recesión en las sociedades contemporáneas ha llevado a prestar mayor atención a la asociación entre salud, enfermedad y exclusión social. Ello se debe a que la crisis económica de 2008 levantó el telón y puso al descubierto la instalación de un esquema de desigualdades sociales basados en procesos de expulsión de un segmento creciente de la población de la lógica del bienestar y la participación en las instituciones sociales. El presente capítulo ha tratado de analizar esa asociación a través de los

indicadores disponibles en la Encuesta sobre Integración Social y Necesidad Sociales FOESSA 2018. De hecho, los resultados obtenidos en el análisis de los datos procedentes de la EINSFOESSA 2018 apoyan y refuerza esta aproximación, poniendo de manifiesto dos aspectos. Por un lado, la importancia de determinar las dimensiones que forman parte del ámbito de la salud y que constituyen elementos que forman parte de los procesos de exclusión. En este sentido, hemos comprobado que el acceso a los recursos sanitarios (o, mejor dicho, la limitación y los problemas en el acceso a dichos recursos) constituyen una problemática de relevancia para un porcentaje significativo de familias en España en la actualidad. Podría pensarse que el sistema español se basa en una cobertura universal, y este planteamiento respondería, efectivamente, a un esfuerzo por alcanzar a toda la población residente. Sin embargo, esta cobertura universal afecta a la población, pero no a las prestaciones. Dicho de otra forma, existe un conjunto amplio de servicios sanitarios de gran importancia y que no están disponibles para toda la población, existiendo un porcentaje significativo de la misma que no tiene acceso por motivos socioeconómicos.

Por otro lado, los resultados obtenidos en nuestros análisis de datos ponen de manifiesto que existen desigualdades en la salud en la población española en la actualidad, y que dichas desigualdades se asocian de manera significativa con la distribución de la población en función de su relación con los procesos que constituyen la exclusión social. Es tentador afirmar que, en parte, las desigualdades sociales en salud tienen su origen en la exclusión social. Sin embargo, en este punto es preciso proceder con extrema cautela, ya que los datos de la EINSFOESSA 2018 responden a un diseño transversal, motivo por el cual no es posible establecer de manera nítida la dirección de la relación causal. Es posible, además, que la relación entre ambos procesos sea bidireccional.

Los resultados obtenidos por los estudios previos sugieren que nuestra estrategia analítica es razonable y responde a la existencia de abundante evidencia empírica que apunta a la existencia de un gradiente social en la salud. No obstante, algunos de nuestros resultados invitan a considerar también la posibilidad de que ciertas situaciones de exclusión tengan su origen en problemas de salud y con la aparición y desarrollo de determinadas enfermedades, situaciones que pueden incrementar el riesgo de aislamiento y exclusión social en los individuos que forman parte de un hogar en el cual surgen y persisten cargas asociadas al cuidado de personas enfermas o con algún tipo de discapacidad.

Es importante enfatizar que la medida de exclusión utilizada en la EINSFOESSA 2018 se caracteriza por su carácter multidimensional y por su notable complejidad. Tal y como hemos visto en el epígrafe anterior, esta aproximación a la desigualdad, basada en el concepto de exclusión, es netamente diferente de medidas tradicionales como las de clase, los ingresos o el nivel educativo. La exclusión se define y operacionaliza a través de la existencia de limitaciones en el acceso a instituciones, procesos y recursos sociales que dibujan el mapa de la ciudadanía social. De esta forma, cuando se señala el riesgo que la exclusión supone para la salud de la población en España apuntamos a una situación en la cual la exclusión en el ámbito de la vivienda, de la salud, del consumo, etc. Constituyen elementos potencialmente explicativos de las diferencias en la salud. Por tanto, cualquier medida que sirva para reducir la prevalencia e incidencia de la exclusión social en la población contribuirá a reducir también las desigualdades en salud. Ahora bien, esta afirmación, demasiado general, debe tomar la forma de propuestas más concretas.

En primer lugar, parece que la exclusión del ámbito del producto/consumo es de relevancia para la salud de la población. No es de extrañar, dado que esta dimensión es operacionalizada a través de indicadores cuya presencia en la vida de los hogares supone un alejamiento de bienes básicos y puede incluir deficiencias en la alimentación (incluso pasar hambre). Es urgente que estas situaciones sean objeto de especial atención, ya que una situación de exclusión en el empleo o de escasez de ingresos (pobreza) puede dar lugar a un periodo mantenido de carencia, que afectaría especialmente a los/as menores en los hogares. Las medidas de emergencia en este punto deben caracterizarse por su agilidad y por su carácter específico, evitando así los efectos inmediatos y a largo plazo de este tipo de privación.

La exclusión en el ámbito habitacional también invita a generar medidas de protección específicas. Uno de los ámbitos de riesgo que de manera más evidente se ha instalado en la sociedad española contemporánea está constituido por la exclusión residencial, considerando este proceso no solo en su dimensión de acceso a una vivienda, sino también y especialmente a las condiciones de salubridad y de bienestar de dicha vivienda. Es preciso enfatizar que las actuaciones en el ámbito del mercado del alquiler son de especial urgencia, ya que este mercado constituye uno de los ámbitos de mayor fragilidad social en la actualidad. Un mercado de alquiler adecuado a las características socioeconómicas de la población permitiría ajustar el porcentaje de presupuesto familiar necesario para mantener la vivienda en condiciones adecuadas, incluyendo el acceso a los servicios y productos imprescindibles para que los hogares sean entornos protectores y saludables.

Dejamos para el final las intervenciones, imprescindibles, en el ámbito de la atención y prestaciones sanitarias. La creencia establecida y ampliamente compartida en la población española en torno a los beneficios y calidad del sistema sanitario en España debe ser considerada con prudencia, calma y de manera crítica. En efecto, para que las instituciones sanitarias surtan un efecto aún más adecuado en la salud de las personas es preciso profundizar en los procesos de *desmercantilización* que, en los últimos años, no solo han sido cuestionados, sino también abiertamente erosionados. Nuestros resultados muestran que gran parte de la desigualdad en el ámbito sanitario se relaciona con el acceso a las prestaciones *básicas* que no son competencia de las instituciones públicas de atención sanitaria: atención odontológica y salud mental, fundamentalmente. Pero también es preciso asegurar que las situaciones de pobreza no impiden el acceso a la medicación necesaria para afrontar los tratamientos prescritos. Es evidente, además, que las limitaciones en la vida cotidiana (especialmente las situaciones de dependencia) constituyen aún un elemento que debe encararse para finalizar con las desigualdades que puede generar. En general, se trata de pensar adecuadamente la atención *sociosanitaria* en el marco de las instituciones públicas con el objetivo de reducir el riesgo de exclusión en las familias y hogares en cuyo seno viven personas con enfermedades crónicas o con algún tipo de discapacidad que impone limitaciones en la vida cotidiana o, en último término, generan situaciones de dependencia.

4. Referencias bibliográficas

Aneshensel, C. S. (2005). Research in mental health: social etiology versus social consequences. *Journal of Health and Social Behavior*, 221-228.

- Banks, J., Marmot, M., Oldfield, Z. y Smith, J. P. (2006). Disease and disadvantage in the United States and in England. *JAMA*, 295(17), 2037-2045.
- Barret, A. E. y Turner, R. J. (2005). Family structure and mental health: the mediating effects of socioeconomic status, family process, and social stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 156-169.
- Bartoll, Z., Palència, L., Malmusi, D., Suhcke, M. y Borrell, C. (2014). The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *European Journal of Public Health*, 24(3), 415-418.
- Benach, J., Gimeno, D., Benavides, F. G., Martínez, J. M. y Torné, M. M. (2004). Types of employment and health in the European Union. Changes from 1995 to 2000. *European Journal of Public Health*, 14(3), 314-321.
- Braverman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Williams, D. R. y Pamuk, E. (2010). Socioeconomic disparities in health in the United States: what the patterns tell us. *American Journal of Public Health*, 100(S1), 186-196.
- Case, A., y Deaton, A. (2015). Rising morbidity and mortality in midlife among white non-Hispanic Americans in the 21st century. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(49): 15078-15083.
- Department of Health and Social Services (1980). *Inequalities in health*. Londres: DHSS.
- Dohrenwend, B. P., Levav, I., Shrout, P. E., Scheartz, S., Naveh, G., Link, B. P., Skodol, A. E. y Stueve, A. (1992). Socioeconomic status and psychiatric disorder: the causation-selection issue. *Science*, 255(5047), 946-952.
- Dupre, M. E. (2007). Educational differences in age-related patterns of disease: reconsidering the cumulative disadvantage and age-as-leveler hypotheses. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 1-15.
- Fillenbaum, G. G., Blay, S. L., Pieper, C. F., King, K. E., Andreoli, S. B. y Tastal, F. L. (2013). The association of health and income in the elderly: experience from a Southern State of Brazil. *Plos One*, 8(9).
- Fundación FOESSA. (2014). VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014 Madrid: Fundación FOESSA y Cáritas Española. Recuperado de <http://www.foessa2014.es/informe/descargas.php>
- Hernández-Quevedo, C. y Jiménez-Rubio, D. (2009) A comparison of the health status and health care utilization patterns between foreigners and the national population in Spain: New evidence from the Spanish National Health Survey. *Social Science and Medicine*, 69(3). 370-378.
- Hertel-Fernandez, A. W., Giusti, A. E. y Sotelo, J. M. (2007). The Chilean infant mortality decline: improvement for whom? Socioeconomic and geographic inequalities in infant mortality, 1990-2005. *Bulletin of the World Health Organization*, 85(10), 798-804.

- Karanikolos, M., Heino, P., McKee, M., Stuckler, D. y Legido-Quigley, H. (2016). Effects of the Global Financial Crisis on Health in High-Income Oecd Countries. A Narrative Review. *International Journal of Health Services*, 46(2), 208-240.
- Krieger, N., Williams, D. R. y Moss, N. E. (1997). Measuring social class in US public health research. *American Journal of Public Health*, 18, 341-378.
- Link, B. G. (2008). Epidemiological Sociology and the social shaping of population health. *Journal of Health and Social Behavior*, 49, 367-384.
- Link, B. y Phelan, J. C. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 80-94.
- Lorenz, F. O., Wickrama, K., Conger, R. D. y Elder, G. H. (2006). The short-term and decade-long effects of divorce on womens's midlife health. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 111-125.
- Lynch, S. M. (2006). Explaining life course and cohort variation in the relationship between education and health: the role of Income. *Journal of Health and Social Behavior*, 47, 324-338.
- Mahamoud, A., Roche, B. y Homer, J. (2013). Modelling the social determinants of health and simulating short-term and long-term impacts for the city of Toronto, Canada. *Social Science & Medicine*, 93, 247-255.
- Martikainen, P., Mäkela, P., Koskinen, S. y Valkonen, T. (2001). Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1397-1405.
- Marmot, M. G., Kogevinas, M. y Elston, M. A. (1987). *Annual Review of Public Health*, 8, 111-135.
- Marmot, M. G., Rose, G., Shipley, M. y Hamilton, P. J. S. (1978) Employment grade and coronary heart disease in British civil servants. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32(4), 244-249.
- Marmot, M. G., Ryff, C. D., Bumpass, L. L., Shipley, M. y Marks, N. F. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. *Social Science & Medicine*, 44(6), 901-910.
- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1998). Education, personal control, lifestyle and health: A Human Capital hypothesis. *Research on Aging*, 20(4), 415-449.
- Morrison, C., Woodward, M., Leslie, W. y Tunstall-Pedoe, H. (1997). Effect of socioeconomic group on incidence of, management of, and survival after myocardial infarction and coronary death: analysis of community coronary event register. *British Medical Journal*, 314, 541-546.

- Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Pasarín, M. I. y Fernandez, E. (2003). The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population. *International Journal of Epidemiology*, 32(6), 950-958.
- Muntaner, C., Rocha, K. B., Borrell, C., Vallebuona, C., Ibáñez, C., Benach, J. y Sollar, O. (2012). Clase social y salud en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(2), 166-75.
- Olafsdottir, S. (2007). Fundamental causes of health disparities: stratification, the Welfare State, and health in the United States and Iceland. *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 239-253.
- Page, A., Milner, A., Morrell, S. y Taylor, R. (2013) The role of under-employment and unemployment in recent birth cohort effects in Australia suicide. *Social Science & Medicine* 93, 55-62.
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I. y Levin, B. (2004). "Fundamental Causes" of social inequalities in mortality: a test of the Theory. *Journal of Health and Social Behavior*, 265-285.
- Phelan, J. C., Link, B. G. y Tehrafinar, P. (2010). Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications. *Journal of Health and Social Behavior*, S28-S40.
- Phillimore, P., Beattie, A. y Townsend, P. (1994). Widening inequality of health in northern England, 1981-91. *British Medical Journal*, 308, 1125-1128.
- Rocha, K. B., Muntaner, C., González-Rodríguez, M. J., Bernales, P., Vallebuona, C., Borrell, C. y Solar, O. (2013). Clase social, desigualdades en salud y conductas relacionadas con la salud de la población trabajadora en Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33(5), 340-348.
- Rosvall, M., Östergren, P.O., Hedblad, B., Isacson, S.O., Janzon, L. y Berglund, G. (2006). Socioeconomic differences in the progression of carotid atherosclerosis in middle-aged men and women with subclinical atherosclerosis in Sweden. *Social Science & Medicine*, 62, 1785-1798.
- Rubin, M. S., Clouston, S. y Link, B. G. (2014). A fundamental cause approach to the study of disparities in lung cancer and pancreatic cancer mortality in the United States. *Social Science & Medicine*, 100, 54-61.
- Sánchez-Moreno, E., Gallardo Peralta, L. P., Barrón, A., Arias Astray, A. y de la Fuente Roldán, I. N. (2016). Employment status and health in Spain before and after the Great Recession. *Social Currents*, 3, 386-402.
- Schnittker, J. (2004). Education and the changing shape of the income gradient in health. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 286-305.

- Syme, L. y Berkman, L. F. (1994). Social class, susceptibility, and sickness. En P. Conrad y R. Kern, *The sociology of health and illness. Critical perspectives* (pp. 29-35). Nueva York: St. Martin's Press.
- Stringhini, S., Carmeli, S., Jokela, M., Avendaño, M., Muennig, P., Guida, F., ... Kivimäki, M. (2017). Socioeconomic status and the 25 × 25 risk factors as determinants of premature mortality: a multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *The Lancet*, 389, 1229-1237.
- Turner, J.B. (1995). Economic Context and the Health Effects of Unemployment. *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 213-29.
- Vives, A., Amable, M., Ferrer, M., Moncada, S., Llorens, C., Muntaner, C., Benavides, F. G., y Benach, J. (2013). Employment precariousness and poor mental health: evidence from Spain on a new social determinant of health. *Journal of Environmental and Public Health*, 2013. Article ID 978656 <http://dx.doi.org/10.1155/2013/978656>
- Warren, J. R. y Hernandez, E. M. (2007). Did socioeconomic inequalities in morbidity and mortality change in the United States over the course of the Twentieth Century? *Journal of Health and Social Behavior*, 48, 335-351.
- Williams, K. y Umberson, D. (2004). Marital status, marital transitions, and health: a gendered life course perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 81-98.
- Wohlfarth, T. (1997). Socioeconomic inequality and psychopathology: are socioeconomic status and social class interchangeable? *Social Science & Medicine*, 45(3), 399-410.
- Wohlfarth, T. y van den Brink, W. (1998). Social class and substance use disorders: the value of social class as distinct from socioeconomic status. *Social Science & Medicine*, 47(1), 51-58.xc