

REVISIÓN EXPLORATORIA

Recibida: 4/2/2022
 Aceptada: 28/3/2022
 Publicada: 12/5/2022

e202205041
 e1-e58

The social determinants of health in Spain (2010-2021): an exploratory review of the literature

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses

FINANCIACIÓN

Este manuscrito fue financiado por la Fundación Gaspar Casal y MSD. Beca no finalista.

CORRESPONDENCIA

Miguel Ruiz Álvarez
 Ministerio de Sanidad.
 Paseo del Prado, 18.
 CP 28014. Madrid, España.
miguelruizalvar@gmail.com

CITA SUGERIDA

Ruiz Álvarez M, Aginagalde Llorente AH, Del Llano Señaris JE. Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. Rev Esp Salud Pública. 2022; 96: 12 de mayo e202205041.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura

AUTORES

Miguel Ruiz Álvarez (1)
 Adrián Hugo Aginagalde Llorente (2)
 Juan E. del Llano Señaris (3)

FILIACIONES

(1) Ministerio de Sanidad. Madrid, España.
 (2) Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Santander, España.
 (3) Fundación Gaspar Casal. Madrid, España.

RESUMEN

FUNDAMENTOS // Los determinantes sociales de la salud (DSS) son los ejes en torno a los cuales se articulan las desigualdades sociales en salud. El estudio de dichas diferencias entre grupos sociales resulta fundamental para el abordaje de las inequidades. El objetivo de esta revisión fue estudiar las aportaciones realizadas en la investigación sobre el efecto de los DSS en la salud o sus factores intermedios en la población española desde el año 2010 hasta 2021.

MÉTODOS // Se realizó una revisión exploratoria de la literatura. Dos revisores ciegos realizaron la búsqueda, cribado e inclusión de los artículos (50).

RESULTADOS // La mayoría de los artículos incluidos fueron estudios transversales (70%) y revisiones (12%). La información extraída se agrupó en cada uno de los DSS: lugar de residencia (5 artículos), raza/etnia/origen (9), ocupación (3), sexo/género (4), nivel educativo (7), estatus socioeconómico (15), capital social/apoyo social (1) y diversidad afectivo-sexual y de género (6). Los desenlaces en salud más reportados fueron la salud mental (40%) y el estado autopercibido de salud (30%).

CONCLUSIONES // Los resultados coinciden con la literatura publicada: a mayor desventaja social en cualquiera de los DSS se hallaron peores resultados en salud, siendo estos peores cuando se superponían varios ejes de desigualdad. Esta revisión puede haber incurrido en varios sesgos, entre los que están el de publicación y el de selección. La investigación futura sobre los DSS debe adoptar un enfoque interseccional que permita una mejor comprensión de los ejes sobre los que actúan las desigualdades.

PALABRAS CLAVE // Determinantes sociales de la salud; Revisión exploratoria de la literatura; España.

ABSTRACT

BACKGROUND // Social determinants of health (SDH) are the axes of social inequalities in health. Studying these differences between social groups is essential for addressing inequities. The objective of this review was to study the contributions made by the research on the effect of the SDH on health or its intermediate factors in the Spanish population from 2010 to 2021.

METHODS // An scoping review of the literature was carried out. Two blind reviewers performed the search, screening and selection of articles (50).

RESULTS // Most of articles included were cross-sectional studies (70%) and reviews (12%). Extracted information was grouped into each of the DSS: place of residence (5 items), race/ethnicity/origin (9), occupation (3), sex/gender (4), educational level (7), socioeconomic status (15), social capital/social support (1) and affective-sexual and gender diversity (6). Most reported health outcomes were mental health (40%) and self-perceived health status (30%).

CONCLUSIONS // Results are in line with the published literature. The greater the social disadvantage in any of the DSS, the worse the health results, which were even worse when several axes of inequality overlapped. This review may have had some biases, including publication and selection bias. Future research on the SDH must adopt an intersectional approach that will allow a better understanding of the axes on which inequalities take place.

KEYWORDS // Social determinants of health; Scoping review; Spain.

INTRODUCCIÓN

DESDE LA DEFINICIÓN DE SALUD POR PARTE de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 se han propuesto distintos marcos conceptuales y definiciones, como los de Laframboise-Lalonde (1974), Tarlov (1999) o Whitehead y Dahlgren (2006) para explicar los determinantes que influyen en el continuo salud-enfermedad (1,2,3), adquiriendo especial relevancia el análisis de cómo el conjunto de circunstancias a través de las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas establecidos para combatir las enfermedades, condicionan la salud (4).

Esta visión se empezó a integrar en las políticas de salud de la mano del Informe del ministro canadiense Lalonde (1974) y adquirió especial relevancia con el *Informe Black* (1980) del Departamento de Salud y Seguridad Social del Reino Unido. En él se mostró que, aunque la salud había mejorado desde la introducción del estado de bienestar, existían desigualdades de salud generalizadas, como por ejemplo en la tasa bruta de mortalidad, que era el doble en la clase social más baja al compararla con la más alta, y que la brecha entre las dos estaba aumentando y no reduciéndose como se esperaba. En la misma línea, años después se publicó el *Informe Whitehall*, el de Acheson en 1998, el de la Comisión Marmot (2008) y el *Marmot Review* (5,6,7).

El marco conceptual propuesto por la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2007) (4) fue un hito en el reconocimiento del contexto socioeconómico y político, al igual que la posición socioeconómica, como factores que condicionan la salud y las desigualdades en su distribución (los llamados determinantes estructurales), mientras que las circunstancias materiales y los factores conductuales, biológicos y psicosociales serían determinantes intermedios (8).

Es por ello que, debido a que las desigualdades sociales en salud resultan de la distri-

bución injusta de los determinantes sociales de la salud (DSS), estudiar las diferencias en salud entre grupos sociales resulta relevante para monitorizar el grado de equidad en una sociedad (9). Estas desigualdades sociales en salud no solo existen entre los grupos socioeconómicos más y menos favorecidos, sino que se establecen en un gradiente social, estando presente en todos los niveles (3,4). Dentro de este marco teórico, las inequidades en salud se definen como aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente (2,3).

Aunque en España las desigualdades sociales en salud no han constituido una prioridad en la política sanitaria, se han realizado diversos estudios importantes relacionados con las desigualdades sociales en salud. Uno de los primeros, con un significativo impacto fue el *Informe Navarro-Benach* de 1996, el *Informe SESPAS* de año 2010, así como los trabajos realizados por la Comisión para reducir las desigualdades en salud en España, comisionados por la Dirección General de Salud Pública (10,11,12).

En 2011 se aprobó la *Ley General de Salud Pública 33/2011*, la cual recogió entre sus principios rectores de la acción en Salud Pública el principio de equidad, es decir la incorporación de acciones sobre condicionantes sociales y políticos, planes y programas que promuevan la disminución de las desigualdades sociales en salud.

El incremento de las desigualdades sociales fruto de la crisis económica (el coeficiente de Gini de desigualdad en los ingresos aumentó en un 11,9% entre 2007 y 2012) (13) y su impacto en salud marcó gran parte de la investigación en DSS los años siguientes y tuvo su reflejo institucional con informes como *Crisis económica y salud en España* (2018) (14). A su vez, la pandemia de la COVID-19 ha puesto de relevancia el impacto desigual en salud de las enfermedades transmisibles,

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

mostrando que aunque la susceptibilidad al virus es universal, la vulnerabilidad y transmisibilidad están condicionadas por los DSS, causando un mayor impacto entre los grupos socioeconómicos más bajos y en las minorías étnicas (15,16,17).

Así, el objetivo de esta revisión fue estudiar las aportaciones realizadas en la investigación sobre el efecto de los DSS en la salud o sus factores intermedios en la población española desde el año 2010 hasta 2021, es decir, desde la aprobación de la *Estrategia Nacional de Equidad en Salud* que recogió entre sus líneas estratégicas *incorporar las desigualdades sociales en salud como línea transversal en la investigación en salud y en servicios sanitarios*. Para ello, se aborda desde una metodología de *scoping review* (18), o revisión sistemática exploratoria, dirigida a explorar y sintetizar los principales estudios que analicen los DSS en la población española.

MATERIAL Y MÉTODOS

LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN EN FORMATO PEO (*Population, Exposition and Outcome*) (19) contempló los siguientes criterios:

- 1) **Población:** población residente en España.
- 2) **Exposición:** estudios que analizaran los DSS.
- 3) **Resultado:** cualquier resultado en salud, incluyéndose aquellos determinantes intermedios relacionados con la salud tales como uso y acceso a los servicios sanitarios, cribados, estilos de vida (actividad física, alimentación, etc.) e información sobre la salud.

Dado el amplio alcance de la pregunta y la imposibilidad de realizar una revisión sistemática que abordase todos los DSS, así como cualquier desenlace relacionado con la salud, se optó por una revisión exploratoria de la literatura, cuyo objetivo fue sintetizar la evidencia y evaluar el alcance de la literatura sobre un tema, siguiendo la adaptación de la

herramienta *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) para *scoping reviews* (PRISMA-ScR) (18).

En base a la formulación de la pregunta PEO se realizó la búsqueda bibliográfica entre julio y octubre de 2021, primero con una búsqueda sistematizada en tres bases de datos (*PubMed, Embase y SciELO*), que se completó con una búsqueda manual utilizando la técnica de búsqueda en *bola de nieve* o búsqueda inversa en las referencias de artículos.

Se incluyeron publicaciones de los últimos doce años (desde el 1 de enero de 2010 al 1 de septiembre de 2021), utilizando los descriptores relacionados con los DSS en España: *social determinants, social determinants of health, inequity, health inequalities*, determinantes sociales, determinantes sociales de la salud, inequidad, desigualdades en salud. La estrategia de búsqueda empleada en Pubmed fue la siguiente:

((“social determinants”[All Fields] AND “spain”[All Fields]) OR (“health inequalities”[All Fields] AND “spain”[All Fields]) OR (“inequity”[All Fields] AND “spain”[All Fields]))

El diseño de la estrategia de búsqueda se dirigió a trabajos originales o revisiones (con datos desagregados) sobre población residente en España y sus DSS. Se incluyeron artículos originales, revisiones, revisiones sistemáticas y estudios descriptivos en inglés y español que reportaron resultados en salud (estado de salud, salud autopercebida o cualquier otro resultado de salud tales como enfermedades crónicas, salud mental, etc.), así como otros determinantes intermedios relacionados en población española. Las editoriales y las cartas al director fueron descartadas.

Dos investigadores realizaron la búsqueda por duplicado y de forma independiente. Utilizando la herramienta Rayyan (herramienta de inteligencia artificial para apoyar las revi-

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

siones sistemáticas), una vez eliminados los elementos duplicados (28), dos revisores ciegos hicieron el cribado de artículos mediante lectura de título y *abstract* para seleccionar aquellos que cumplieran criterios de inclusión y de la pregunta de investigación: artículos originales sometidos a revisión por pares contenidos en las bases de datos consultadas; estudios con metodología cuantitativa o cualitativa; publicación entre 2010 y 2021; con muestra española y datos desagregados para España en el caso de estudios internacionales; resultados en salud o de variables intermedias relacionados con la salud.

Se seleccionaron 234 artículos y, tras la fase de cribado, a través de lectura de título y *abstract*, se obtuvieron 109 registros. El nivel de concordancia inicial entre ambos investigadores en relación con la selección de la evidencia fue muy alto (coeficiente *kappa* de Cohen=87,6%) y la inclusión o exclusión de los artículos en conflicto se resolvió por consenso entre los revisores. Finalmente, se realizó la lectura a texto completo, incluyendo en la revisión 50 artículos originales.

La información extraída se presenta en tablas resumen agrupando los artículos según el modelo de la herramienta PROGRESS-Plus (20,21): lugar de residencia, raza/etnia/origen, ocupación, sexo/género, religión, nivel educativo, estatus socioeconómico (ESE), capital social/apoyo social, diversidad afectivo-sexual y de género (DSG), que incluye tanto la identidad de género como la orientación sexual (22). De cada uno de los artículos incluidos se extrajo primer autor, año de publicación, diseño del estudio, objetivo, población/muestra, resultados en salud, limitaciones y sesgos descritos por los autores.

Para procesar los registros bibliográficos se utilizaron Rayyan, Zotero y Excel. Para sintetizar la información se realizaron análisis estadísticos descriptivos (frecuencias y medias).

RESULTADOS

||||||||||||||||||||

Resultados de la búsqueda bibliográfica. Se identificaron 262 artículos: 93 en *PubMed*, 96 en *Embase*, 27 en *SciELO* y 46 obtenidos de forma manual mediante la técnica *bola de nieve* [Figura 1]. Una vez realizado el cribado, se excluyeron 131 artículos (razones de exclusión en figura 1) y 103 artículos fueron leídos a texto completo. De ellos, un total de 50 artículos cumplieron los criterios de inclusión y fueron finalmente incluidos en la *scoping review*. La mayoría de los artículos (72%) se publicaron a partir de 2016. Salvo un estudio realizado en el ámbito europeo y que proporcionaba datos de España, el resto de los estudios se llevaron a cabo en España. La mayoría de los estudios fueron estudios transversales (70%), seguidos de revisiones -sistemáticas, exploratorias, bibliográficas- (12%). Las principales características de los estudios se presentan en la TABLA 1 de forma agregada, en el ANEXO 1 de forma desagregada y los resultados en salud de cada estudio se recogen en la TABLA 2.

A continuación se presentan los principales resultados agrupados según la herramienta PROGRESS-Plus (20,21).

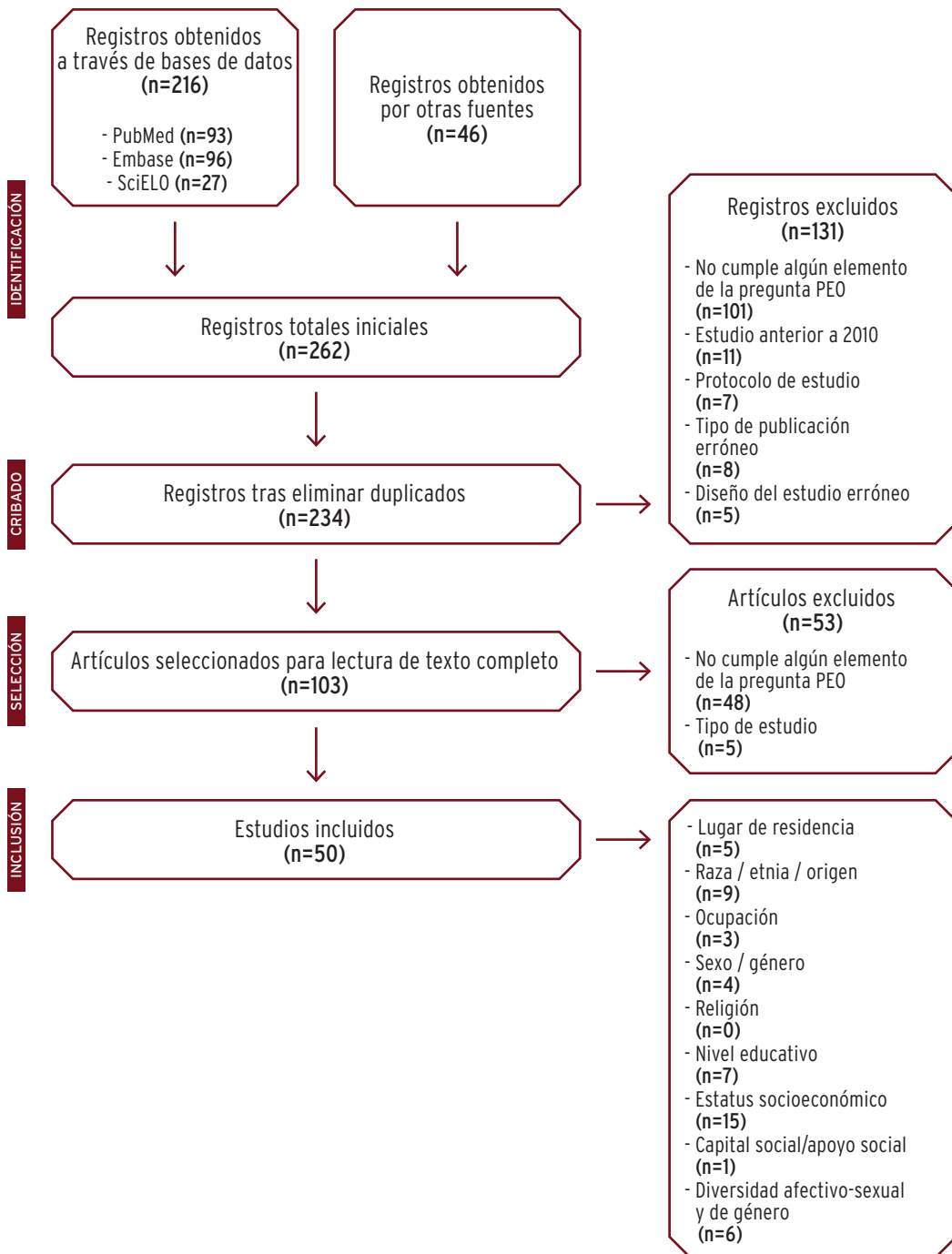
Resumen de resultados por tipo de determinante.

Lugar de residencia. Se incluyeron cinco artículos: dos estudios transversales, uno que comparó el uso de servicios de salud y salud visual de la población rural con población general (23) y otro que estudió el conocimiento sobre el virus del papiloma humano (VPH) en población rural femenina (24), un estudio de cohortes que estudió los efectos de los espacios verdes sobre la mortalidad (25) y dos estudios sobre la COVID-19, uno ecológico que estudió la influencia de los DSS sobre la incidencia de la COVID-19 (26) y una serie retrospectiva de casos que estudió los factores asociados con el uso de servicios y la mortalidad por la COVID-19 (27).

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Figura 1
Diagrama de flujo sobre la inclusión de artículos en la revisión.



Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

Tabla 1
Principales características de los trabajos seleccionados.

Año	2010-2015	28% (14)
	2016-2021	72% (36)
Determinante social de la salud	Estatus socioeconómico	30% (15)
	Raza/etnia/origen	18% (9)
	Nivel educativo	14% (7)
	Diversidad afectivo sexual y de género	12% (6)
	Lugar de residencia	10% (5)
	Sexo/Género	8% (4)
	Ocupación	6% (3)
	Capital social / apoyo social	2% (1)
Tipo de estudio	Estudio transversal	70% (35)
	Revisión	12% (6)
	Estudio de cohortes	6% (3)
	Estudio cualitativo	4% (2)
	Estudio ecológico	4% (2)
	Estudio de series de casos	2% (1)
	Mixto: revisión + estudio transversal	2% (1)
Outcome	Morbilidad: Salud mental	40% (20)
	Estado autopercebido de salud	30% (15)
	Morbilidad: otras enfermedades	18% (9)
	Mortalidad	10% (5)
	Programas de Salud Pública	8% (4)
	Otros condicionantes de la salud	6% (3)
	Otros	2% (1)
Total	50	

Nota: Varios de los trabajos recogieron tanto variables de mortalidad como de morbilidad. El mismo trabajo puede tener varios *outcomes*.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL
RUIZ
ÁLVAREZ
et al.

Tabla 2
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
	Fernández-Feito A	2020	Conocimiento sobre el virus del papiloma humano	No	No	Las mujeres que vivían en áreas rurales tenían más probabilidad de tener un conocimiento bajo o nulo sobre la infección (OR: 2,03 [1,46-2,80]) y la vacuna frente al VPH (OR: 1,66 [1,13-2,46]), tras ajustar por edad y nivel educativo. A medida menor nivel educativo, menor conocimiento sobre el VPH: las mujeres con educación primaria tenían el doble de riesgo de tener un conocimiento bajo o nulo sobre la infección por VPH que las mujeres universitarias (OR: 2,13; [1,41-3,21]); en relación a la vacuna frente al VPH, las mujeres con educación primaria tenían un riesgo mayor que las universitarias de tener un conocimiento bajo o nulo (OR: 3,59 [(2,16-5,97)]).
	Latorre-Arteaga S	2017	Uso de servicios de salud y salud visual	No	No	Para la población rural estudiada, la prevalencia de malas percepciones de salud visual es de 40,8% en hombres y 39,4% en mujeres, y está fuertemente asociada con la edad, situación laboral, ingresos y presencia de enfermedades crónicas (p<0,001). En comparación con la población general, la población rural tiene un mayor riesgo de presentar dificultades graves relacionadas con la hipermetropía (OR: 2,56; IC 95%: 1,32-4,95) y hace menos uso de la corrección óptica (OR: 0,57; IC 95%: 0,44-0,74). El uso de los servicios de salud no es suficiente para una prevención adecuada, especialmente en los diabéticos. Para los afectados por problemas de visión, la distancia que hay que recorrer para hacerse un examen de la vista, la creencia de que los problemas de la vista vienen con la edad y el costo de los anteojos son las principales razones que se utilizan para explicar por qué los problemas de la vista no se resuelven. La población rural presenta peor salud visual que está influenciada por factores sociales y económicos. Mejorar la accesibilidad y reducir las barreras es esencial para abordar la discapacidad visual evitable y reducir las inequidades en salud.
Lugar de residencia	Nieuwenhuijsen MJ	2018	Mortalidad prematura	No	No	Un menor riesgo de mortalidad por todas las causas con un aumento de los espacios verdes medidos como NDVI (índice de riesgo [HR]=0,92, IC del 95%: 0,89-0,97 por 0,1) y un mayor riesgo de mortalidad con un aumento de la exposición al espacio azul (HR=1,04, 95% CI 1,01-1,06 por 1%), NO ₂ (HR=1,01; 95% CI 1,00-1,02 por 5 ug/m ³) pero sin riesgo con ruido (HR=1,00, 95% CI 0,98-1,02 por 5 dB (A)). El aumento de los riesgos pareció ser más pronunciado en las zonas más desfavorecidas. Los resultados del NDVI y, en menor medida, del NO ₂ , se mantuvieron más consistentes después del ajuste mutuo para otras exposiciones. La estimación del NDVI se atenuó un poco cuando se incluyó NO ₂ en el modelo.
	Martín-Sánchez MJ	2021	Hospitalización por COVID-19 y resultados en salud	No	No	La edad, el sexo masculino, la inmigración y la baja saturación hospitalaria se asociaron de forma independiente con el ingreso en una unidad de cuidados intensivos. La edad, el sexo masculino, el ser inmigrante, el percentil del ingreso per cápita promedio y la experiencia hospitalaria se asociaron de forma independiente con la mortalidad hospitalaria. Los determinantes sociales como la residencia en áreas de bajos ingresos y el nacimiento en países de América Latina se asociaron con mayores probabilidades de ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos y de mortalidad intrahospitalaria.

➤ **Síglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
Lugar de residencia	Amengual-Moreno M	2020	Incidencia de COVID-19	No	No	Los barrios del quintil de menor renta presentaban un 42% más de incidencia que aquellos del quintil con más renta: 942 casos por cada 100.000 habitantes frente a los 545 casos por cada 100.000 habitantes. La correlación de Pearson se mostró estadísticamente significativa entre la incidencia de la COVID-19 y el porcentaje de población mayor de 75 años ($r=0,487$), el porcentaje de inmigrantes ($r=-0,257$) y el origen de dichos inmigrantes, el IRFD ($r=-0,462$), el porcentaje de fumadores ($r=0,243$) y de personas con un IMC mayor de 25 ($r=0,483$). En GLM las variables que más correlación tenían con la incidencia entre barrios eran el porcentaje de población mayor de 75 años ($Z\text{-score}=0,258$), el porcentaje de inmigrantes latinoamericanos ($Z\text{-score}=0,19$) y magrebíes ($Z\text{-score}=-0,206$), y el porcentaje de personas con IMC $>$ 25 ($Z\text{-score}=0,334$). Los resultados del GLM fueron estadísticamente significativos.
Raza/etnia/origen	La Parra-Casado D	2018	Equidad horizontal y vertical en la asistencia sanitaria	No	Sí	Se observó una mayor probabilidad de uso de servicios de emergencia para todas las clases sociales, tanto en hombres como en mujeres, siendo la población gitana la que presenta la mayor magnitud. La prevalencia de hospitalizaciones fue mayor en la clase IV (V también en mujeres) y en la población gitana en comparación con la clase I en la población general. El grupo que menos uso de los servicios de salud fue el de la clase social I (directores y gerentes con 10 o más empleados y profesionales con titulación universitaria), mientras que el mayor nivel de uso de los servicios de salud se dio entre la población gitana. Al mismo tiempo, los gitanos reportaron peor salud que la población general en España, lo que indica que el sistema de salud en España podría estar teniendo un efecto redistributivo sobre las desigualdades en salud. Este efecto tiene diferentes patrones según el tipo de servicio que se analiza. Con respecto a la equidad horizontal, se observó una distribución a favor de los romanes para los tres resultados de uso de los servicios de salud: GP (solo para mujeres), servicios de emergencia y hospitalización. Los servicios de emergencia (para las clases sociales baja y media) y las hospitalizaciones (para la clase social media) también fueron más utilizados por la población en general cuando se ajustaron a las necesidades de salud. Los trabajadores manuales calificados (clase social IV) y la población gitana mostraron un uso excesivo de los servicios de hospitalización.

Signlas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
	Fernández-Felto A	2017	Salud autopercebida, salud mental y otros desenlaces	Sí	Sí	<p>Salud infantil: baja adscripción a programas de salud infanto-juvenil, gran uso de las urgencias, peores tasas de inmunización, más ingresos, más patologías relacionadas con factores ambientales, más problemas nutricionales y obesidad.</p> <p>Enfermedades infecciosas: mayor prevalencia de infecciones tuberculosas, por VIH y por VHC (progresión más rápida).</p> <p>Salud autopercebida y estilos de vida: peor salud autopercebida (más en mujeres, en >35 años y con menor nivel educativo), menor conciencia del nexo entre estilos de vida y salud, interés creciente en hábitos saludables en clase media gitana, altas tasas de obesidad (más en mujeres), poca actividad física (menor en mujeres), mayor riesgo cardiovascular, alta tasa de problemas dentales y baja asistencia al dentista, mayor prevalencia de enfermedades crónicas que la población general (más en >35 años).</p> <p>Salud reproductiva y sexual: baja participación en cuidados prenatales y cribados de cáncer de mama y de cérvix, baja atención prestada a enfermedades reproductivas, mujeres gitanas embarazadas en riesgo por infección por VHB.</p> <p>Uso de los servicios de salud: mayor uso de servicios de urgencia en ancianos gitanos (especialmente mujeres) que otros pacientes, uso de atención primaria similar a la población general, mayor consumo de analgésicos y antipiréticos.</p>
Raza/etnia/ origen	Arza-Porrás J	2018	Patrones nutricionales saludables	No	No	<p>Se observó un menor seguimiento por parte de la población gitana de las pautas de alimentación recomendadas por el Ministerio de Sanidad, con diferencias de más de 20 puntos en algunas de ellas, y siendo el alejamiento respecto a estos patrones alimenticios mayor en la población gitana más joven.. La edad es la variable con mayor influencia en ambas poblaciones, pero aún con mayor intensidad en la población gitana, mientras que la influencia del sexo no alcanza significación estadística entre las personas gitanas. Los datos de seguimiento de estas pautas de alimentación en la población gitana son más bajos en comparación con cualquiera de los grupos socio-ocupacionales del conjunto de la población. Conclusiones: La población gitana se encuentra en una situación de desigualdad en el grado de mantenimiento de las pautas de alimentación saludable propuestas por la estrategia NAOS.</p>
	Bover A	2015	Salud autopercebida y uso de servicios de salud	Sí	Sí	<p>Un 42,5% de la muestra se identificó como racialmente diferente a la población autóctona y un 40,5% indicaron residencia irregular en España. Las mujeres estudiadas presentaron en casi todas las dimensiones de la salud del cuestionario SF-36 medianas superiores a 60. Obtuvieron muy bajas puntuaciones en las dimensiones de rol físico y rol emocional. Se relacionaron con una peor calidad de vida dentro del grupo el trabajo como interna y la falta de contrato (todas las dimensiones) las múltiples tareas (peor salud general), el estatus irregular (peor vitalidad) y la edad más joven (peor rol emocional).</p>

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS **Primer autor** **Año de publicación** **Desenlaces** **SM** **ESAP**

Resultados en salud

En contraste con la literatura consultada, las mujeres tienen una variación del estado de salud mejor que los hombres, probablemente porque éstos tienen un perfil etario más elevado y llevan más años viviendo en España. El análisis de regresión logística binaria revela importantes diferencias en las probabilidades estadísticas de encontrar determinantes específicos por sexo. Tener un empleo remunerado es el factor significativo y positivo más importante para la salud entre las mujeres. Estrechas relaciones sociales con otros inmigrantes marroquíes, vivir en una casa antigua y económica y, en menor grado, tener un nivel educativo de secundaria son los factores con las mayores probabilidades entre los hombres.

Los/las descendientes de población inmigrante manifestaron tener una peor salud que los/las hijos/as de personas autóctonas (RP niños: 1,56, intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,27-1,91; RP niñas: 1,52, IC95%: 1,19-1,94). De hecho, tras tener en cuenta el nivel de estudios de los progenitores y la clase social de la familia, la probabilidad de no tener muy buena salud percibida, aunque se reduce ligeramente, sigue siendo alrededor de un 40% mayor entre los/las menores de origen inmigrante que en los/las de origen autóctono (RP niños: 1,40, IC95%: 1,12-1,79; RP niñas: 1,42, IC95%: 1,09-1,85). Un mayor porcentaje de los hogares donde viven menores de origen inmigrante tienen dificultades económicas para llegar a fin de mes respecto a los de origen autóctono. Esta situación sigue produciéndose cuando se ajusta el resultado por el nivel de estudios (RP niños: 1,77, IC95%: 1,51-2,08; RP niñas: 1,90, IC95%: 1,61-2,11) y también al añadir, en el ajuste la clase social familiar (RP niños: 1,67, IC95%: 1,43-1,97; RP niñas: 1,72, IC95%: 1,46-2,01). Además, los/las menores de origen inmigrante residen con más frecuencia en áreas de mayor privación socioeconómica que los/las descendientes de autóctonos, aunque las diferencias dejan de ser significativas al considerar el nivel de estudios y la clase social de la familia. La población de origen inmigrante tiene el doble de prevalencia de obesidad que la de origen autóctono. Las diferencias son significativas entre los niños (RP: 1,94, IC95%: 1,03-3,67). El tiempo dedicado a actividades sedentarias sí muestra importantes diferencias a favor de los/las hijos/as de personas autóctonas. Así, es más frecuente que los/las niños/as de origen inmigrante pasen 2 horas o más al día viendo la televisión, jugando a videojuegos o navegando en internet que los/las de origen autóctono, y en el caso de las niñas las diferencias se mantienen incluso al considerar tanto el nivel de estudios de los progenitores como la clase social familiar (RP: 1,68, IC95%: 1,07-2,62)

**Raza/étnia/
origen**

González-
Rábago Y 2017 Salud general No Sí

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

Resultados en salud

DSS **Primer autor** **Año de publicación** **Desenlaces** **SM** **ESAP**

27 artículos. 11 de 2009. 6 utilizaron encuestas poblacionales de salud de ámbito nacional y otros seis autonómicas. 23 estudios se centraron en población adulta mayor de 15 años. Los indicadores más frecuentemente analizados fueron el estado de salud percibido (n=9) y la salud mental (n=7). Las clases sociales más desfavorecidas y las peores condiciones socioeconómicas (de empleo y renta) del conjunto de la población inmigrante se relacionaron con los indicadores en salud y ello a pesar de un nivel de estudios incluso superior a la población autóctona. Se repitió también el hallazgo de un menor apoyo social y mayor experiencia de discriminación. Todos estos determinantes fueron también relacionados en algunos de los estudios con peores indicadores de salud dentro de la población inmigrante. Respecto a las conductas relacionadas con la salud, las menores prevalencias de tabaquismo y consumo de alcohol contrastan con hallazgos de mayor sedentarismo y obesidad, siendo estas diferencias más consistentes en mujeres. Los indicadores más analizados, salud percibida y salud mental, fueron también en los que se encontró más disparidad de resultados, aunque en la mayoría de los casos y, sobretudo en mujeres, la población inmigrante se encontraba en peor situación. Lo mismo puede decirse para las escalas de calidad de vida relacionada con la salud. Para la mayoría de enfermedades crónicas se detectaron menores prevalencias. De hecho, el uso de fármacos también era menor y la mortalidad total, la cardiovascular y por cáncer era inferior en el colectivo mayoritario, el de Latinoamérica, aunque para otros grupos y causas sí se detectó una desventaja. En el caso de la violencia del compañero íntimo, su prevalencia fue mayor en la población inmigrante en comparación con la autóctona.

**Raza/etnia/
origen**

Las mujeres declararon una peor salud percibida (p=0,005). Tener una enfermedad diagnosticada se asoció con una peor percepción de la salud en los hombres (p<0,05). El tiempo de estancia y las cargas familiares, en especial la doble jornada de trabajo, empeoraron la salud percibida de las mujeres. En el modelo ajustado por variables demográficas y determinantes sociales, la situación administrativa estable (-0,136; p=0,015) y el apoyo social (0,182; p=0,02) se asociaron con el índice EQ-5D en ambos sexos. Estar ocupado se asoció a mejor salud en los hombres.
--

Un periodo menor de 10 años residiendo en España se asocia a una reducción de 0,22 síntomas o tipos de conducta que determinan una incapacidad para realizar actividades psicológicas normales y/o episodios de angustia, respecto a aquellos inmigrantes que han pasado periodos más prolongados en el país.

La prevalencia del empleo precario en Cataluña fue alta (42,6%). Se encontró una mayor precariedad en mujeres, jóvenes, inmigrantes y trabajadores manuales y menos educados. Hubo un gradiente positivo en la asociación entre empleo precario y mala salud.

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041



Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS **Primer autor** **Año de publicación** **Desenlaces** **SM** **ESAP** **Resultados en salud**

El riesgo de mala salud mental se incrementó en trabajadores que perdieron su trabajo (aOR=3.62 [1,647,96]), cuyo número de horas laborales se incrementó (aOR=2,75 [1,08-7]), o que se mantuvieron en el grupo de salarios bajos. Se observó un menor riesgo entre aquellos que se registraron en el sistema de la Seguridad Social (aOR=0,1 [0,02-0,48]).

Ocupación

Se encontró una asociación entre la precariedad laboral y la mala salud mental y generalmente permaneció sin cambios después de ajustes por edad, estatus de inmigrante, posición socioeconómica y desempleo previo. Las razones de proporción de prevalencias totalmente ajustadas para el quinto quintil fueron 2,54 (IC del 95%: 1,95-3,31) para las mujeres y 2,23 (IC del 95%: 1,86-2,68) para los hombres. La asociación entre la precariedad laboral y la mala salud mental, que fue algo más fuerte entre las mujeres, sugiere una interacción con las asimetrías de poder relacionadas con el género.

Determinantes antropométricos, de composición corporal, de salud y socioculturales del envejecimiento activo

Las mujeres tenían una mayor prevalencia de obesidad que los hombres (37,6% vs. 29%), significativamente mayor acumulación grasa en la zona abdominal y peor salud percibida (p=0,003). Los hombres envejecían de forma activa en mayor proporción que las mujeres (38,4% vs. 21,9%; p<0,001). Hombres y mujeres tenían diferentes patrones a la hora de envejecer: factores de salud condicionan la presencia de envejecimiento activo en las mujeres, mientras que los factores educativos son relevantes en hombres y en mujeres.

La prevalencia de mala salud mental fue mayor entre las mujeres (19,9%) que entre los hombres (13,9%), siendo la prevalencia global del 16,8%. Las variables asociadas a una mayor prevalencia fueron el tipo de contrato y las variables laborales en los hombres y la edad y las variables socioeconómicas en las mujeres.

Sexo/Género

El índice de equidad de género modificado en las comunidades autónomas en 2014 tiene valores negativos cercanos a 0 (inequidad hacia las mujeres). No hay convergencia interregional por el aumento de la dispersión (2006: 0,1503; 2011: 0,2280; 2014: 0,4964), ni convergencia temporal por la falta de avance de las comunidades autónomas con escasa equidad de género. La brecha de género en la actividad económica sigue siendo desfavorable para las mujeres, disminuyó en todas las comunidades entre 2006 y 2011, pero aumentó en seis comunidades en 2014. La brecha de género en la educación de 2006-2011-2014 tiene valores positivos cercanos a 0 (desfavorable para los hombres), mientras que la brecha de género en el empoderamiento es desfavorable para las mujeres, lo que representa la disparidad de equidad de género más significativa. La dispersión intercomunitaria de la actividad económica y la educación no cambió entre 2006 y 2014, mientras que aumentó la dispersión intercomunitaria del empoderamiento.

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS **Primer autor** **Año de publicación** **Desenlaces** **SM** **ESAP** **Resultados en salud**

Sexo/Género	Bacigalupe A	2020	Salud mental	Sí	No	Las mujeres tuvieron más del doble de probabilidad (RP=2,13 [1,97-2,30]) de ser diagnosticadas de depresión o ansiedad que los hombres, y el consumo de psicofármacos prescritos es 1,75 veces superior en las mujeres. Las desigualdades de género en la salud mental tendieron a aumentar entre la población de mayor edad, de menor clase social y de menor nivel educativo, lo que indica la existencia de una clara interseccionalidad de los diferentes ejes de desigualdad.
Nivel educativo	Aguilar-Palacio I	2015	Salud autopercebida	No	Sí	La prevalencia de baja autoevaluación de salud fue mayor en mujeres con bajo nivel educativo. La salud autoevaluada mejoró en mujeres con alto nivel educativo (2001: 18,6% frente a 2012: 14,6%). La mayor prevalencia de salud autoevaluada baja se observó en Andalucía, Canarias, Galicia y Murcia, con diferencias por sexo. El bajo nivel educativo se asoció a una baja autoevaluación de salud en la mayoría de las CC. AA., con buena capacidad predictiva. En todas las CC. AA. excepto Asturias, la baja autoevaluación de salud fue más frecuente en mujeres que en hombres. En España, la prevalencia de salud autoevaluada no mostró variaciones en el período analizado y mejoró en Baleares, Cataluña y Madrid.
	Latasá-Zamalloa P	2015	Cribados	No	No	En ambas pruebas, mamografía y citología, se apreciaron desigualdades importantes en el primer período (P1), que mejoran al máximo en el tercer período y empeoran en el último período (P4) sin llegar a las magnitudes del período inicial. Se observó un incremento en las mamografías especialmente en mujeres con estudios bajos (RP P4/P1: 1,93; IC 95%: 1,62 a 2,3), siendo ésta más discreta en las citologías (RP P4/P1: 1,28; IC 95%: 1,11-1,47). Las mamografías no se incrementaron en los últimos 5 años (RP P4/P3: 1,02; IC 95%: 0,99-1,04). En este estudio se repitieron las diferencias halladas en otros trabajos de nuestro medio en los que se expone la existencia de un gradiente social para las prácticas preventivas, revelando el nivel educativo como uno de los factores que originan diferencias importantes.
	Maestre-Miquel C	2015	Salud autopercebida y sedentarismo	No	Sí	Existió un gradiente social inverso entre nivel educativo e inactividad física en tiempo libre: los individuos con estudios primarios o menos presentaron peores resultados (OR 3,75 en varones de 25-44 años y OR 3,27 en mujeres del mismo grupo de edad, en 2012), en comparación con quienes tenían nivel universitario. Esto fue así en todos los grupos de edad y sexo, tanto en 2002 como en 2012. Hubo hasta tres veces más mujeres inactivas entre las que tenían estudios primarios o menos respecto a las que tenían estudios universitarios en ambos grupos de edad: OR 3,27 (2,35-4,55) y OR 3,20 (2,48-4,14) en 2012, tras ajustar por las variables socioeconómicas, también en los varones de 25 a 44 años: OR 3,75 (2,73-5,15) tras el mismo ajuste. La salud percibida entre mujeres con bajo nivel educativo fue peor respecto a las de estudios universitarios y empeoró con el tiempo: OR 1,45 en 2002 a OR 1,91 en 2012 (grupo de 45-64 años).

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS **Primer autor** **Año de publicación** **Desenlaces** **SM** **ESAP** **Resultados en salud**

	Ruiz M	2015	Parto pretérmino y bajo peso al nacer	No	No	El nivel educativo de la madre se asoció a un mayor riesgo de parto pretérmino y bajo peso al nacer en las 12 cohortes estudiadas. En la cohorte española, el exceso de riesgo de parto pretérmino asociado con bajo nivel educativo materno en la cohorte Española fue 3,26 (1,57-6,77) y 5 (1,98-8,02) en términos relativos y absolutos (Índice de Desigualdad Relativo/Pendiente), y el de bajo peso al nacer 1,79 (1,25;2,57) y 8,31 (2,81;3,81), respectivamente.
	Haeberer M	2019	Mortalidad cardiovascular	No	No	La mortalidad cardiovascular estuvo inversamente asociada con el nivel educativo. Esta desigualdad afectó más a la mortalidad prematura por causas cardíacas, especialmente entre mujeres. El Índice Relativo de Desigualdad (IRD) en mortalidad por enfermedad cardiovascular total fue 1,88 (IC95%, 1,80-1,96) en mujeres y 1,44 (IC95%, 1,39-1,49) en varones. Los Índices de Desigualdad de la Pendiente fueron 178,46 y 149,43 muertes/100.000 respectivamente. Las mayores desigualdades se observaron en cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca en mujeres más jóvenes, con IRD>4. No hubo diferencias entre sexos en desigualdades por enfermedad cerebrovascular.
Nivel educativo	Martín U	2017	Esperanza de vida y esperanza de vida con buena salud	No	No	El mayor número de defunciones se relacionó con el nivel de estudios primarios o inferiores. La prevalencia de buena salud fue mayor en los hombres y en las personas de mayor nivel de estudios. La esperanza de vida aumentó a medida que lo hizo el nivel de estudios, pasando de 18,2 años en los hombres y 22,4 en las mujeres con estudios primarios a 20,4 años en los hombres y 24,7 en las mujeres con estudios universitarios. El nivel de estudios también introdujo diferencias en el número de años que se esperaba vivir en buena salud: 4,6 años (57,2%) en los hombres y 6,8 (101,2%) en las mujeres de grupos extremos. Estas diferencias fueron mayores que las observadas en la esperanza de vida. La esperanza de vida y la esperanza de vida con buena salud fueron mayores en las mujeres, aunque en esta última las diferencias fueron menores entre sexos, e incluso en las personas de menor nivel de estudios los hombres presentaron un valor más elevado. Por último, las mujeres esperaron vivir más años con mala salud y un menor porcentaje de su vida con buena salud. Considerando el sexo y el nivel de estudios de manera conjunta, las diferencias fueron mayores, siendo la esperanza de vida un 50,9% mayor en las mujeres universitarias respecto a los hombres con estudios primarios o inferiores (9,3 años), y la esperanza de vida con buena salud un 69,9% mayor (5,6 años).

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS **Primer autor** **Año de publicación** **Desenlaces** **SM** **ESAP**

Resultados en salud

Las desigualdades se registraron a lo largo de toda la escala social, no solo entre los extremos. La prevalencia de determinantes como falta de luz natural, presencia de humedad, exposición al humo de tabaco en el hogar, falta de actividad física o consumo insuficiente de fruta fue más del doble en las familias desfavorecidas que en sus pares socioeconómicamente favorecidos. El 48,2% de los niños que viven en hogares que atraviesan dificultades económicas estuvieron expuestos al humo del tabaco, en comparación con el 21,8% de los de familias sin dificultades económicas, y el 41,7% de las niñas cuyos padres tenían estudios primarios estuvieron expuestas al humo del tabaco en comparación con el 22,3% de los nacidos de graduados universitarios. La exposición a la pantalla también presentó grandes diferencias de casi 19 puntos porcentuales para los niños y 15 puntos para las niñas según la situación económica de los padres, y de casi 17 puntos para los niños y 24 puntos para las niñas en relación con el nivel de educación de los padres. En cuanto a las condiciones de la vivienda, los hogares con mayores dificultades económicas tenían más probabilidades de vivir en viviendas con malas características estructurales, dos o incluso tres veces más probabilidades de sufrir un ruido excesivo o humedad, un 50% más de probabilidades de no tener acceso a espacios al aire libre, y 94% más probabilidades de estar expuesto al humo del tabaco. En cuanto a las conductas relacionadas con la salud, en los niños se observó un claro gradiente social en detrimento de los hogares con menos recursos en cuanto a actividad física e ingesta de frutas insuficientes, y la probabilidad de exposición prolongada a la pantalla fue un 4,4% mayor en hogares con graves dificultades económicas. Estos patrones de actividad física e ingesta de frutas y verduras se reprodujeron entre las niñas. Por último, los niños y niñas de hogares con dificultades o dificultades financieras graves tenían alrededor de un 40% más de probabilidades de tener bajos niveles de contacto con familiares y amigos que sus pares económicamente más acomodados.

Las desigualdades más pronunciadas entre los extremos educativos se observaron en la presencia de altos niveles de ruido en el hogar, que fue cuatro veces más frecuente en los niños y tres veces más frecuente en las niñas con padres menos educados, y en presencia de humedad, el doble de probabilidades en los niños y el 50% más en las niñas; esta desigualdad también se observó entre los hijos de padres que completaron la escuela secundaria y aquellos cuyos padres eran graduados universitarios. De manera similar, hubo un mayor riesgo de exposición al humo del tabaco en el hogar en las familias con menos educación. En el caso de las conductas relacionadas con la salud, los hijos de padres menos educados tenían entre dos y tres veces más probabilidades de consumir cantidades insuficientes de frutas y verduras, y tenían más probabilidades de pasar más de seis horas frente a las pantallas y tener poca contacto con familiares y / o amigos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la disponibilidad de espacio al aire libre y el consumo de alimentos procesados o ultraprocesados entre las familias más y menos educadas.

Comportamientos relacionados con la salud entre los niños durante el encierro por COVID-19 en España

Nivel educativo González-Rábago Y 2021 No No

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

15



Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
	Carrillero N	2021	Selección de 29 enfermedades	No	No	25 de las 29 enfermedades examinadas mostraron desigualdades en la posición socioeconómica (SEP). Las enfermedades con mayores desigualdades en ambos sexos fueron tuberculosis, obesidad, trastornos de adaptación y ansiedad, hipertensión esencial, intoxicaciones, gestación corta, bajo peso al nacer, retraso del crecimiento fetal e hipoxia intrauterina y asfixia y trauma al nacer (RII≥2,0); solo la alergia alimentaria mostró el patrón opuesto (RII<1,0). En general, 80.188 (780%) de los eventos de enfermedad en niños y 74.921 (888%) en niñas se evitarían si todos los niños tuvieran la misma tasa de enfermedad que los del grupo de SEP medio-alto, con tuberculosis, hipoxia intrauterina y asfixia al nacer, y traumatismos, obesidad y corta gestación, bajo peso al nacer, retraso del crecimiento fetal son los que más se podrían reducir en términos relativos, y dermatitis, lesiones, bronquitis aguda y sobrepeso los que más se podrían reducir en términos absolutos. Las niñas presentan un RII más alto que los niños para alergia respiratoria, asma, dermatitis, sobrepeso y obesidad (p<0,05). Por el contrario, los niños mostraron un RII más alto en comparación con las niñas solo en anomalías congénitas (p<0,05).
Estatus socioeconómico	García-Altés A	2018	Estado de salud, uso de los servicios sanitarios públicos y consumo de medicamentos con receta	Sí	No	Se observó un gradiente socioeconómico en todos los indicadores analizados, en ambos sexos y en todos los grupos de edad. La morbilidad, el uso de centros de salud mental, las tasas de hospitalización y la probabilidad de consumo de drogas entre los niños es de 3 a 7 veces mayor para los de bajo nivel socioeconómico que para los de mayor nivel. En niños y adultos, el gradiente más pronunciado se encontró en el uso de servicios de salud mental. Además, existen desigualdades de género.
	Álvarez-Gálvez J	2019	Percepción poblacional del estado de salud	No	Sí	Los resultados mostraron una percepción generalizada entre los profesionales: la crisis financiera afectó directa o indirectamente a la salud de la población andaluza, aunque principalmente a las personas de bajos ingresos que ya se encontraban en riesgo de exclusión social. Las percepciones de los profesionales se confirmaron a través de los discursos de los ciudadanos de un NSE inferior, que difirieron de los de NSE medio y superior.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
Estatus socioeconómico	Jiménez-Picón N	2020	Estado de salud mental y física, conducta de salud, uso de los servicios sanitarios públicos y consumo de medicamentos con receta	Sí	No	<p>Salud física: Se percibió deficiente la autopercepción de la salud y de la calidad de vida, con una alta probabilidad y una incidencia creciente al avanzar el proceso de desahucio. Refirieron tener problemas de salud física y discapacidad, aumentaron las enfermedades crónicas y los dolores de cabeza y de espalda, y se incrementó por 3 la probabilidad de adquirir alguna enfermedad cardiovascular en los hombres respecto a las mujeres. Para paliar la sintomatología, aumentó el consumo de fármacos (tranquilizantes, antidepresivos o medicación para dormir).</p> <p>Salud mental: se observó peor salud mental, sobre todo en las primeras etapas del proceso de desahucio; pensamientos negativos, como percepción de fracaso, frustración social, impotencia, indecisión, injusticia, desesperanza; y emociones recurrentes, como miedo, rabia, tristeza, sorpresa, sensación de soledad y desamparo. Aumentó la ansiedad, la depresión, el trastorno mental y el estrés posttraumático. Un estudio muestra un 32% de riesgo moderado-alto de suicidio.</p> <p>Conductas de salud: El consumo de tabaco y la probabilidad de fumar aumentaron a medida que avanza el proceso de desahucio. Con respecto al alcohol, los resultados no fueron significativos, pues hay quienes encuentran un aumento en la dependencia y el consumo y otros que hallan una reducción respecto a la población general, en relación con la etapa del proceso de desahucio. Igualmente, se identifican cambios en las pautas de sueño, alimentación restrictiva (disminución del consumo de frutas y verduras, o privación de alimentos para afrontar la hipoteca) e incremento del sedentarismo, sin hallar significación entre el proceso de desahucio y el índice de masa corporal.</p> <p>Repercusiones en el entorno social y comunitario, y en los servicios de salud: El proceso afectó al entorno inmediato, la familia, con cambios y dificultades en las relaciones, mayor agresividad, enfrentamientos, discusiones, separaciones y problemas con los hijos y el sistema educativo. La descendencia se vio afectada, con peor salud mental en los hijos y peor autopercepción de la salud en las hijas, además de otitis recurrentes y ayuno antes de salir de casa. También repercutió en la salud y en la economía de la persona avalista (que suele ser un familiar). Conllevó un incremento de las visitas médicas y a urgencias, que repercutió sobre el sistema sanitario. Hubo una necesidad sentida de consultar al médico, al dentista o al psicólogo, pero no se acude por problemas económicos.</p>
	García R	2018	Morbilidad y mortalidad en insuficiencia cardíaca	No	No	Se observó un gradiente en el riesgo de hospitalización según el estatus socioeconómico con mayor riesgo en el grupo socioeconómico más bajo (HRs 1,46; IC 95% 1,27 a 1,68). Sin embargo, la mortalidad general no difirió entre los grupos socioeconómicos.

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
	Molina-Barceló A	2011	Participación en el cribado del cáncer colorrectal	No	No	Los no participantes y los que tuvieron un nivel socioeconómico más bajo tendieron a tener menos conocimientos sobre la enfermedad y el programa. Los motivos de participación variaron según el género: las mujeres se motivaron porque valoran la importancia del autocuidado y la detección temprana para prevenir el sufrimiento personal y familiar, mientras que los hombres fueron alentados por sus parejas. Las razones de la no participación también se vieron influidas por el género: las mujeres temieron los resultados y consideraron la prueba desagradable, mientras que los hombres mostraron desdén y despreocupación. En los programas poblacionales, las personas con un NSE más bajo y los hombres son los que tienen más obstáculos para participar debido a la baja alfabetización en salud y los roles tradicionales de género, respectivamente.
Estatus socioeconómico	Bolívar-Muñoz J	2016	Salud autopercibida y otros indicadores	No	Sí	El 59,5% (n=122) eran mujeres y el 40,5% (n=83) eran hombres. Los participantes tenían más probabilidades de tener mala salud (razón de posibilidades [OR]: 12,63; intervalo de confianza del 95% [IC del 95%]: 8,74-18,27), tener enfermedades cardiovasculares (OR: 3,08; IC del 95%: 1,54-6,16) o fumar (OR: 1,68; IC 95%: 1,21-2,33) respecto a la población general andaluza. La mayoría de los indicadores de salud analizados arrojaron un peor resultado para las mujeres en proceso de desalajo.
	Carrere J	2020	Salud autopercibida	No	Sí	La población con pobreza energética presentó entre 2,2 y 5,4 veces peores resultados en salud autopercibida (2,6 en mujeres/3,2 en hombres), depresión y ansiedad (3,2 en ellas/4 en ellos), bronquitis crónica (4,9 en mujeres/5,4 en hombres) y asma (3,2 en ellas/2,2 en ellos) que la población sin pobreza energética. Entre los individuos con pobreza energética, se encontró que las personas más afectadas eran las que tenían más probabilidades de reportar peores resultados de salud, independientemente de otros factores sociodemográficos.
	López del Amo-González MP	2018	Salud autopercibida	No	Sí	Al comparar con individuos con trabajo, el desempleo de larga duración incrementó las odds de reportar mala salud entre un 22% y 67% y el de muy larga duración (24 a 48 meses) lo incrementó entre un 545% y un 132%. El salario familiar redujo las odds de reportar mala salud entre un 16% y un 28% por cada punto porcentual adicional en el salario familiar. Ser miembro de un hogar con privación material severa incrementó las odds de percibir la salud propia como mala entre un 70% y un 140%. Regionalmente, el gasto per capita en servicios públicos esenciales incrementó las odds de reportar una buena salud, aunque el efecto de esta asociación fue limitado.
	Serral G	2017	Cribados	No	No	Las mujeres que se habían realizado el último control mamográfico entre 1 y 2 años antes se asociaron a la clase social más alta (OR: 1,69; IC95%: 1,03-2,75).

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
			Salud autopercibida, presencia de enfermedades crónicas y presencia de condiciones limitantes	Sí	Sí	<p>La probabilidad de declarar problemas de salud aumentó a medida que los individuos envejecen y depende positivamente de la inactividad laboral y de la vivienda y las privaciones económicas. La ausencia de tratamiento dental por problemas económicos también tuvo un impacto significativo en la mala salud en aquellos modelos que incluyen este regresor. La educación, por el contrario, redujo la probabilidad de declarar una salud regular, mala o muy mala, y también la probabilidad de padecer condiciones crónicas o limitantes.</p> <p>Ser mujer se asoció significativa y positivamente con la mala salud para los modelos que se refirieron a la salud autoevaluada y condiciones limitantes; y ser extranjero, vivir en pareja o en una zona escasamente poblada tiende a reducir la presencia de enfermedades crónicas. Tener una baja frecuencia de contactos con amigos aumentó la probabilidad de declarar problemas de salud. Sin embargo, el impacto de los contactos familiares en la salud no lo hizo de modo tan claro.</p> <p>Los determinantes demográficos, incluidos el sexo y la edad, del 24,59% al 32,21% de la desigualdad total. El estado de actividad explicó aproximadamente el 20% de la distribución desigual de la salud autoevaluada y más del 40% de la desigualdad en la distribución de la cronicidad. Además, la contribución de la educación osciló entre el 5% y más del 18%. Para aquellos modelos que incluyen la privación financiera, este es el determinante más importante de la desigualdad, que contribuyó del 32,46% al 36,58% a la distribución desigual de la mala salud que favorece a los más acomodados. La privación de vivienda explicó las desigualdades socioeconómicas en salud observadas para los españoles del 7,17% al 13,85%.</p> <p>Las contribuciones relevantes de las interacciones sociales correspondieron solo a aquellos con una muy escasa frecuencia de contactos con amigos. El aislamiento se concentró relativamente en la gente pobre, mientras que los contactos más frecuentes con amigos se concentraron relativamente entre los ricos. Las interacciones sociales contribuyeron a la desigualdad a favor de los ricos en un porcentaje que oscila entre el 6,16% y el 10,19%.</p> <p>La contribución de la educación fue significativamente más relevante cuando se analiza la salud autoevaluada y se redujo cuando se emplean medidas de mala salud más objetivas. La contribución del estado de actividad fue mucho mayor en aquellos modelos en los que se estiman las condiciones declarantes crónicas o limitantes. La salud autoevaluada puede estar correlacionada sistemáticamente con algunas características de los individuos, como el nivel de ingresos o la educación.</p>

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
Estatus socioeconómico	Urbanos-Garrido RM	2016	Acceso a las prestaciones sanitarias	Sí	No	<p>Estatus socioeconómico: existió un gradiente social en el uso de servicios públicos (a igual necesidad) en que la población con menor nivel de renta tiende a utilizar en mayor medida las consultas de atención primaria y relativamente menos las de especializada, lo que parece indicar barreras en el acceso al especialista para las personas socialmente más desfavorecidas; también hay desigualdades sociales significativas en el uso de tecnologías diagnósticas, siendo mayor en la población del decil superior de renta tras ajustar por salud autopercibida, sexo y edad (OR: 1,57); mujeres de clase social baja tienen entre un 12% y un 20% menor uso de servicios preventivos (visitas al ginecólogo, mamografías o citologías) que las de clase alta; mayor uso de servicios excluidos de la cobertura pública por población de clase social alta (decil superior de renta acude al dentista por motivos preventivos casi tres veces más que el decil más pobre).</p> <p>Género: acceso desigual de hombres y mujeres a los servicios sanitarios. Las mujeres registraron (a igualdad de estado de salud, edad, renta y educación) un tiempo de espera para visitas diagnósticas al especialista un 13,6% más largo que los hombres, tienden a consultar más al médico y a ser menos hospitalizadas. Hay estudios que sugieren que las mujeres son diagnosticadas más tardíamente que los hombres de dolencias cardíacas, que consumen más psicofármacos. También tienden a consultar más al médico.</p> <p>Etnia y país de procedencia: los inmigrantes registraron una menor probabilidad de visitar al médico especialista, una probabilidad mayor de utilizar los servicios de urgencias hospitalarias y un menor acceso a las revisiones de salud y uso de servicios preventivos. La población gitana registra en cambio mayores tasas de hospitalización y de uso de los servicios de urgencias, que parecen derivarse de pautas diferenciadas de exposición a la enfermedad y de un acceso/atención deficitarios en el resto de los niveles de atención.</p>
	Oliver-Parra A	2020	Salud mental	Sí	No	<p>Se observó un gradiente de riesgo por estatus socioeconómico: en la población más desaventajada existía un elevado riesgo de sufrir patología psiquiátrica cuando se comparaba con los subsiguientes grupos más privilegiados. El riesgo más alto se acentuaba aún más cuando el bajo nivel socioeconómico era el de la madre (OR: 1,42, en niños y OR: 1,48 en niñas) que el del padre (OR: 1,21 en niños y OR: 1,17 en niñas), significativo en todos los casos.</p>
	Gullón P	2021	Factores de riesgo cardiovascular	No	No	<p>Se encontraron marcadas desigualdades en la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular según la clase social ocupacional en España: los individuos de clases sociales más desfavorecidas presentaron prevalencias más altas de colesterol alto, diabetes, hipertensión, obesidad y hábito tabáquico, independientemente de la edad. Además, las desigualdades sociales en diabetes, hipertensión y obesidad fueron más pronunciadas en las mujeres, mientras que las desigualdades en torno al tabaquismo fueron más pronunciadas en los hombres. Se identificó heterogeneidad por Comunidad Autónoma, con algunas regiones, como Asturias o Baleares, con desigualdades sociales más anchas que otras como Galicia, Navarra o Murcia.</p>

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
Estatus socioeconómico	Esquius L	2021	Consumo nutricional, comportamientos relacionados con la salud y el rendimiento escolar	No	No	La prevalencia de saltarse el desayuno todos los días fue del 19,4% en las niñas y del 13,7% en los niños y estuvo relacionada con el SEP de los estudiantes. El riesgo de saltarse el desayuno fue un 30% mayor en las niñas de la SEP más desfavorecida, en comparación con las de la SEP más avanzada (razón de prevalencia (PR) = 1,30; intervalo de confianza (IC del 95%=1,1-1,54). Además, los niños de la SEP más desfavorecida mostraron un 28% más de riesgo de saltarse el desayuno que los de la SEP más avanzada (PR=1,28; IC del 95%=1,04-1,59).
Capital social/ apoyo social	Utzet M	2016	Salud mental	Sí	No	Tanto en 2005 como en 2010 se encontró una asociación significativa entre mala salud mental y la exposición a bajo apoyo social, además de con la alta demanda. La razón de prevalencias entre el bajo apoyo social y la mala salud mental en 2010 fue de 1,73 (1,49-2,03) en hombres y 1,60 (1,30-1,97) en mujeres.
Diversidad afectiva sexual (identidad de género/ orientación sexual)	Latasa-Zamalloa P	2019	Motivo de ingreso hospitalario y comorbilidades asociadas	No	No	Los motivos de ingreso más frecuentes de las personas transexuales identificadas fueron los relacionados con proceso de transición (59%), seguido de VIH (4%) y trastornos de la personalidad (3%). Las comorbilidades más frecuentes estuvieron relacionadas con el proceso de transición (49%), las enfermedades infecciosas (15%) y los problemas de salud mental (40%), entre los que destacan especialmente el consumo de sustancias (30,2% de los diagnósticos al alta), los trastornos de personalidad (6,9%), la ansiedad y la depresión (6,9%).
	Coll J	2016	Riesgos, problemas de salud y factores relacionados con el consumo de drogas recreativas y sexo	Sí	No	La práctica del chemsex se ha asociado a un mayor riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), además de otros problemas de salud relacionados, como por ejemplo la adicción, intoxicación, mala adherencia al tratamiento antirretroviral o interacciones farmacológicas. En un sub-análisis del estudio SIALON II, realizado en el 2013 en Barcelona, se observó que el 28,3% de HSH encuestados en locales de ocio gay habían consumido alguna droga (exceptuando alcohol) en su última relación sexual. En otro estudio realizado en España (Fernández-Bavila P, 2011) se observó un mayor consumo de drogas en HSH mayores de 25 años. De momento existe poca evidencia científica sobre la dimensión del chemsex en nuestro medio y sobre la efectividad de las estrategias preventivas.

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
	Folch C	2015	Consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo	Sí	No	El cannabis fue la droga consumida con más frecuencia en los últimos 12 meses (30,1%), seguido del popper (28,4%) y la cocaína (18,7%). Los modelos de regresión logística ajustados mostraron un riesgo de penetración anal desprotegida (PANP) de 1,5 entre los consumidores de drogas en relación con los que no las habían consumido. El 2,5% de los HSH se había inyectado drogas alguna vez en la vida, y el 1,4% en los últimos 12 meses. La prevalencia de PANP con parejas ocasionales (53,4%), de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (23%), de hepatitis C (8,2%) y de infecciones de transmisión sexual (ITS) (15,8%) fue superior en HSH inyectores con respecto al resto de los participantes (p<0,05).
Diversidad afectivo sexual (identidad de género/orientación sexual)	Valencia J	2018	Consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual	Sí	No	El 57% de los encuestados habían consumido alguna droga en el último año. Cannabis (55,6%), poppers (37%) y cocaína (31%) fueron las drogas más frecuentes. El consumo de alguna droga durante relaciones sexuales fue más frecuente en varones homosexuales (p<0,001). Los varones heterosexuales (HTX) consumieron con más frecuencia cannabis (p=0,004) y alcohol; y los hombres gays GHB (p=0,001) y poppers (p<0,001). Las drogas asociadas a <i>chemsex</i> (metedrona, GHB y metanfetamina) fueron de consumo más frecuente en hombres gays (11,5%) frente a HTX (7%) y bisexuales (BSX) (7,5%) (p=0,008). El policonsumo, las conductas sexuales de riesgo, los antecedentes de ITSs, el sexo no protegido y las consecuencias negativas sobre el SNC fueron más frecuentes en los que usaron drogas relacionadas con <i>chemsex</i> .
	González-Baeza A	2018	Consumo de drogas e infecciones de transmisión sexual	Sí	No	El 60% tuvo sexo anal sin protección, el 62% fue diagnosticado de alguna ITS y el 29,1% reportó USD. En el análisis multivariante, aquellos que tuvieron un USD tenían más probabilidad de haber tenido comportamientos sexuales de alto riesgo y un diagnóstico de ITS que aquellos que no tenían USD. El diagnóstico de hepatitis C se asoció de forma independiente con el uso inyectado de drogas (<i>sfamsex</i>) (OR=5,2 [2,06-13,13]) y con USD (OR=2,51 [1,28-4,91]).

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Tabla 2 (continuación)
Resultados en salud de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado.

DSS	Primer autor	Año de publicación	Desenlaces	SM	ESAP	Resultados en salud
-----	--------------	--------------------	------------	----	------	---------------------

Diversidad afectivo sexual (identidad de género/ orientación sexual)	Fernández-Dávila P	2016	Consumo de drogas	Sí	No	<p>El <i>chemsex</i> se debe de entender como un uso intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un periodo largo de tiempo (que puede durar varias horas hasta varios días).</p> <p>El consumo de drogas recreativas entre los hombres gays, bisexuales y otros HSH de España es elevado. Si se lo compara con la población general, el consumo de casi la mayoría de drogas entre estos hombres llega a ser cinco veces superior.</p> <p>En una revisión de cinco grandes estudios con HSH nacionales durante un período de 10 años, se encontraron en todos ellos altas prevalencias de consumo de drogas (33% a 57% en LatinSex 2012, un estudio en población HSH de origen latino). En todos ellos se observó que quienes consumieron en mayor proporción son los hombres seropositivos (57% a 78% en LatinSex 2012).</p> <p>El consumo de drogas y el fenómeno del <i>chemsex</i> no tuvieron el mismo impacto entre los diferentes grupos de hombres LGBT: existieron diferencias según la edad, el origen y el oficio. El consumo de drogas y el <i>chemsex</i> son prácticas más frecuentes en hombre adultos, en hombres latinoamericanos y en individuos desempleados o que se dedican al trabajo sexual.</p>
--	--------------------	------	-------------------	----	----	--

► **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

23



La población rural presentó una peor salud visual: hizo un menor uso de la corrección óptica y tuvo un mayor riesgo de presentar dificultades graves relacionadas con la hipermetropía (23). Además, la población rural femenina tuvo un menor conocimiento sobre la infección y vacuna frente al VPH que la población urbana al ajustar por edad y nivel educativo (24). En cuanto a los espacios verdes, dentro de la zona urbana se encontró menor riesgo de mortalidad por todas las causas a medida que estos aumentan (25). En cuanto a la COVID-19, los barrios del quintil de menor renta presentaron un 40% más de incidencia que aquellos con más renta (26). En esa misma línea, la residencia en áreas de bajos ingresos se asoció con mayores probabilidades de ser ingresado en una unidad de cuidados intensivos y de mortalidad intrahospitalaria, con la que también se asoció el percentil del ingreso per cápita promedio (27).

Raza/etnia/origen. De los nueve artículos incluidos, siete fueron estudios transversales, y el resto una revisión bibliográfica y una *scoping review*. Tres estudios analizaron la salud y sus variables intermedias en la población de etnia gitana y los otros siete los DSS en población inmigrante en España.

En general, la población gitana usó más los servicios de salud que la población que no lo era (28,29), aunque los análisis arrojaron diferencias notables en el uso de Atención Primaria, servicios de Urgencias y hospitalización al desagregar por sexo, edad y ESE, así como mostró un mayor consumo de analgésicos y antipiréticos (28). La población gitana también reportó mayor prevalencia de enfermedades crónicas (más en mayores de 35 años) e infecciosas (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], tuberculosis, virus de la hepatitis C) (29) y peor salud autopercebida que la población no gitana (28), siendo ésta más acentuada en mujeres, en mayores de 35 años y con menor nivel educativo, así como una menor conciencia del nexo entre estilos de vida y salud (29). A este respecto, se encontró una menor adhe-

rencia a las pautas de alimentación recomendadas por el Ministerio de Sanidad (30), altas tasas de obesidad y poca actividad física (más acentuado en mujeres), si bien se identificó un interés creciente en hábitos saludables en la clase media de etnia gitana (29). Además, se halló en población gitana un mayor riesgo cardiovascular, una alta tasa de problemas dentales y baja asistencia al dentista, así como una baja participación en cribados de cáncer de mama y de cérvix, junto con una baja adscripción a programas de cuidados prenatales y de salud infanto-juvenil. En población infantil gitana destacaron peores tasas de inmunización, más ingresos, más patologías relacionadas con factores ambientales, más problemas nutricionales y obesidad que en población infantil no gitana (29).

En cuanto a la población inmigrante en España, la revisión sistemática incluida (31) encontró que los individuos con peor ESE mostraban peores indicadores en salud, incluso a pesar de un mayor nivel educativo que la población autóctona. En la mayoría de los casos, y especialmente en mujeres, tanto la salud autopercebida como la salud mental o la calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante fueron peores que en la población no inmigrante. Se identificó una menor tasa de tabaquismo y consumo de alcohol pero mayores tasas de obesidad y sedentarismo (diferencias más consistentes en mujeres). Al contrario que en la población de etnia gitana, se hallaron menores prevalencias para la mayoría de las enfermedades crónicas y un menor consumo de fármacos. Asimismo, se identificó que tanto la mortalidad total como la cardiovascular y por cáncer fue inferior en el subgrupo mayoritario (población latinoamericana), si bien en otros subgrupos sí se detectó una desventaja en estos desenlaces.

El resto de estudios analizó los resultados en salud de subgrupos dentro de la población inmigrante en España. Así, en mujeres latinoamericanas que trabajan como cuidadoras en régimen de interna, la falta de contrato,

las múltiples tareas, el estatus irregular y la edad más joven se relacionaron con una peor calidad de vida relacionada con la salud (32).

En migrantes extracomunitarios de la cohorte *Proyecto de Estudios Longitudinales de Familias Inmigradas* (PELFI) (33), las mujeres declararon peor salud autopercebida. El tiempo de estancia en España y las cargas familiares, especialmente la doble jornada de trabajo, empeoró la salud autopercebida en estas mujeres. Ajustando por las variables demográficas y determinantes sociales, el capital social se asoció con la mejor calidad de vida en ambos sexos.

En población inmigrante marroquí las mujeres tuvieron mejor estado de salud que los hombres, si bien éstos tuvieron un perfil etario más elevado y llevaban viviendo más en España (34). Mientras que en las mujeres el factor que más se asoció con una buena salud fue tener un empleo remunerado, en los hombres fue el capital social (relaciones estrechas con otros inmigrantes marroquíes).

La población infanto-juvenil descendiente de inmigrantes de países de renta baja (35) reportó peor salud autopercebida que la descendiente de población nativa, incluso tras ajustar por el nivel educativo de los progenitores y el ESE de la familia. Lo mismo ocurre con las dificultades económicas para llegar a fin de mes, siendo mayores en hogares de inmigrantes incluso tras ajustar por las citadas variables. La prevalencia de obesidad fue el doble en población de origen inmigrante (siendo significativas las diferencias solo en niños) y también la prevalencia de sedentarismo fue mayor en este grupo (diferencias que se mantienen en niñas tras ajustar por las variables mencionadas).

A mayor tiempo residencia en España (más de 10 años), peor fue la salud mental de los migrantes en la escala GHQ-12 (36).

Ocupación. Los tres artículos incluidos sobre ocupación fueron estudios transversales. Dos de ellos encontraron una asociación positiva entre el empleo precario y la mala salud mental (37,38), incluso tras ajustar por variables como edad, estatus de inmigrante o ESE (39). Esta asociación fue más pronunciada en mujeres (39). En la muestra catalana se identificó una alta precariedad laboral (42,6%), siendo mayor en mujeres, en jóvenes, en inmigrantes y en trabajadores manuales y con menor nivel educativo (37). En la muestra de trabajadores inmigrantes se identificó un menor riesgo de salud mental entre aquellos que se habían afiliado a la Seguridad Social (38). El desempleo de larga duración incrementó el riesgo de reportar mala salud (40).

Sexo/género. Si bien solo se incluyeron cuatro artículos bajo este DSS, dos estudios transversales, uno ecológico y una revisión narrativa con estudio transversal, el sexo/género fue abordado como variable de desagregación o ajuste en la mayoría de los trabajos recogidos en la presente revisión.

Las mujeres tuvieron peor salud autopercebida (41,42) y ésta se relacionó con otros DSS tales como el bajo nivel educativo (43) o el ESE (44).

Las mujeres también tuvieron peor salud mental que los hombres, siendo esta última superior en mujeres mayores, con menor nivel educativo y de ESE bajo (45,46). Las mujeres tuvieron más del doble de probabilidad que los hombres de haber sido diagnosticadas con depresión o ansiedad, y su consumo de psicofármacos fue casi dos veces superior en ellas (46). También tuvieron mayores prevalencias de obesidad y acumulación de grasa abdominal, así como menor frecuencia de envejecimiento activo (47).

En España, la equidad, medida en su trabajo por Fernández-Sáez *et al* con el Índice de

equidad de género modificado, es desfavorable a las mujeres de forma más preponderante en la actividad económica, siendo más favorable tan solo en la educación (48).

Nivel educativo. Sobre nivel educativo se han incluido siete estudios, seis transversales y una cohorte prospectiva.

El nivel educativo es un predictor de la salud autopercebida, encontrándose una asociación entre un nivel bajo y una mala salud (43), y está inversamente asociado con la mortalidad cardiovascular (49). Ambas desigualdades afectan más a las mujeres (43,49). Entre las personas de 65 y más años, tanto la esperanza de vida como los años de vida con buena salud aumentaron con el nivel educativo, esta última en mayor medida (35), y el bajo nivel educativo se asoció con fragilidad y discapacidad (50).

Existe un gradiente social entre el nivel educativo y la actividad física en tiempo libre (incluso tras ajustar por variables socioeconómicas, sexo y edad) (51), entre el nivel educativo de la madre y el riesgo de parto pretérmino-bajo peso al nacer (52), entre el nivel educativo y los cribados de cáncer de cérvix y mama (53) y, por último, entre el nivel educativo y el conocimiento sobre el VPH.

Durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19, la población infantil (3 a 12 años) española de familias con bajo nivel educativo vivía con más frecuencia en condiciones precarias y estaban más expuestos al humo del tabaco, al ruido, hacían menos ejercicio físico, consumían menos fruta y pasaban más tiempo frente a pantallas, existiendo un gradiente social en estas variables (54).

Estatus socioeconómico. El ESE fue el DSS más estudiado, con quince artículos incluidos: nueve estudios transversales, dos cohortes retrospectivas, dos estudios cualitativos y dos revisiones. Dentro de este apartado, se estudiaron el nivel o estatus socioeconómico

(en función de la renta), la privación (menor salario familiar o privación material), la pobreza energética (incapacidad para asegurar niveles de energía doméstica requeridos social y materialmente) y las personas en proceso de desahucio.

En menores de 15 años, las enfermedades con mayores desigualdades según el ESE, aumentando su frecuencia a menor ESE, fueron: tuberculosis, obesidad, trastornos de adaptación y ansiedad, hipertensión esencial e intoxicaciones (55). En población de 6 a 15 años se observó un gradiente de riesgo de patología psiquiátrica por ESE, siendo mayor en población más desaventajada y más acentuado aún cuando el bajo ESE era el de la madre (OR=1,42 en niños y OR=1,48 en niñas) que el del padre (OR=1,21 en niños y OR=1,17 en niñas) (56). En adolescentes de 12 a 18 años la prevalencia de saltarse el desayuno se relacionó con el ESE de los estudiantes (57).

Se encontró un gradiente socioeconómico en el estado de salud (muy elevado en salud mental), el uso de los servicios sanitarios y el consumo de fármacos, el cual se mantuvo en todos los grupos de edad en ambos sexos: la morbilidad, el uso de centros de salud mental, las tasas de hospitalización y la probabilidad de consumo de fármacos entre los menores de 15 años fue de 3 a 7 veces mayor para los de bajo nivel socioeconómico que para los de mayor nivel (58). Por otro lado, a mayor ESE, mayor probabilidad de participar en controles mamográficos por parte de las mujeres (59) y menor riesgo de hospitalización en pacientes con insuficiencia cardíaca, sin encontrarse diferencias en cuanto a la mortalidad general, según ESE (60).

Al comparar frente a población sin pobreza energética, la población con pobreza energética tuvo peores resultados en salud autopercebida (OR=2,6/IC95%=2,34-2,88 en mujeres y OR=3,23/IC95%=2,78-3,76 en hombres), depresión y/o ansiedad (OR=3,23/IC95%=2,85-3,68 en mujeres y OR=4/IC95%=3,29-4,86 en hombres),

bronquitis crónica (OR=4,94/IC95%=3,68-6,63 en mujeres y OR=5,43/IC95%=3,79-7,78 en hombres) y asma (OR=3,22/IC95%=2,45-4,22 en mujeres y OR=2,23/IC95%=1,61-3,1 en hombres), siendo las personas más afectada dentro de este grupo (alta pobreza energética) las que obtuvieron peores resultados en salud, independientemente del resto de factores sociodemográficos (61).

Los estudios cualitativos encontraron un menor conocimiento sobre el cáncer colorrectal y la participación en su cribado a menor ESE (62), así como un mayor impacto de la crisis económica sobre la salud en la población con menor ESE (63).

En cuanto a la privación, en aquellos modelos que incluyeron la privación financiera, éste fue el determinante más relevante de desigualdad, contribuyendo en más del 30% a la desigual distribución de mala salud que favoreció a la población más favorecida (41). La salud autopercebida se asoció con el nivel de ingresos y estudios, y el aislamiento (bajo capital social) se concentró en gente de bajo ESE (41). La privación social (menor salario familiar o privación material) incrementó el riesgo de reportar mala salud (64).

Las personas en proceso de desahucio tuvieron mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares (65) (mayor en hombres), tabaquismo (65) (aumentando el consumo y la probabilidad de fumar mientras avanza el proceso de desahucio (66)), sedentarismo (66), así como una peor salud autopercebida (65,66), peor salud mental y peor calidad de vida (66), con una incidencia creciente según avanza el proceso (66). También aumentaron la discapacidad, las enfermedades crónicas y el consumo de psicofármacos (66).

Otro estudio encontró desigualdades en la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular según la clase social ocupacional (variable proxy del ESE, calculado tras agru-

par las ocupaciones en categorías), siendo mayores las prevalencias de colesterol alto, consumo de tabaco, diabetes, hipertensión y obesidad en la población más desfavorecida (66). Además, las desigualdades en las tres últimas variables fueron más marcadas en las mujeres, y el tabaquismo en los hombres (67).

Otro artículo puso de manifiesto la presencia de desigualdades sociales en el acceso a las prestaciones sanitarias en España, identificando un gradiente social según el ESE en el que la población con menor renta, a igual necesidad, utiliza más las consultas de Atención Primaria y, en menor medida, las de especializada (44).

Capital social/apoyo social. El capital social, entendido como los recursos de las personas que se derivan de sus relaciones sociales y que pueden ser tanto actuales como potenciales (20,21), puede ser evaluado de varias formas. En los artículos incluidos en esta revisión se exploró, a través del apoyo social de compañeros y superiores en el trabajo con el cuestionario *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ) -validado en lengua española como *Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud 21* (ISTAS21) (67), la frecuencia de contactos con amigos y familiares (41) o las relaciones estrechas con otros migrantes marroquíes (34), así como a través de cuestionarios específicos como la *Escala de Apoyo Social de Duke* (EASD) (33,68), la *Escala de OSLO*, el *Cuestionario para la medición de la calidad de vida COOP/WONCA* o el *Cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey* (MOS-SSS) (31).

El único artículo incluido bajo el DSS *capital social* fue un estudio transversal realizado sobre población trabajadora en el que se encontró una asociación significativa entre una mala salud mental y un bajo capital social en el lugar de trabajo (COPSOQ-ISTAS21), siendo este efecto más pronunciado en los hombres (68).

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

◀ Sin embargo, en otros trabajos incluidos en la revisión bajo otro DSS también se explora el capital social y su asociación con la salud. Así, haber tenido una baja frecuencia de contactos con amigos aumentó la probabilidad de reportar problemas de salud, no siendo tan claro el efecto de los contactos familiares (41). Además, el bajo capital social, medido como apoyo social con la EASD, se asoció a un peor estado de salud autopercebida en adultos de más de 65 años (69) y en inmigrantes extracomunitarios (31,33), siendo más frecuente esta exposición en población inmigrante que en población nativa (31), medida en este último caso mediante diversos cuestionarios (COOP/WONCA, escala de Oslo, MOS-SSS). En esta misma línea, en población inmigrante marroquí, el factor que más se asoció con buena salud fueron las relaciones estrechas con otros inmigrantes marroquíes (34).

Diversidad afectivo-sexual y de género. Se incluyeron seis artículos sobre la DSG. Por un lado, un estudio transversal con datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) sobre identidad de género. Por otro lado, dos revisiones y tres estudios transversales sobre orientación sexual, enfocadas sobre varones del colectivo de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales (LGBT).

Más de la mitad de los motivos de ingreso de la población transexual estuvieron relacionados con su proceso de transición (59%), seguidos en frecuencia por el VIH (4%) y los trastornos de la personalidad (3%). Como comorbilidades más frecuentes se identificaron aquellas relacionadas con el proceso de transición (49%), las enfermedades infecciosas (15%) y los problemas de salud mental (40%), entre los que destacó especialmente el consumo de sustancias (30,2%), los trastornos de personalidad (6,9%), la ansiedad y la depresión (6,9%) (69).

El resto de los artículos sobre DSG abordan el uso recreativo de drogas y el *chemsex* en varones LGBT, definiéndolo como un uso

intencionado de drogas para tener relaciones sexuales por un período largo de tiempo (que puede durar de varias horas hasta varios días) (70), resaltando la poca evidencia científica sobre su dimensión en nuestro medio (71). Esta práctica se ha asociado a un mayor riesgo de transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como a otros problemas como adicción a sustancias, intoxicaciones, mala adherencia al tratamiento anti-retroviral o interacciones farmacológicas (72). Estos trabajos coinciden en que el uso de drogas recreativas entre hombres LGBT y *chemsex* es mayor que en la población que no las toma, siendo más frecuente en mayores de veinticinco años (72), en seropositivos, en hombres latinoamericanos, en desempleados y en trabajadores sexuales (71). En los estudios transversales incluidos, el uso recreativo de drogas se asoció con mayor probabilidad de comportamientos sexuales de riesgo (72,73,74), diagnóstico de alguna ITS (73,74), de hepatitis C (73,74) y de VIH (74), asociaciones que fueron exploradas en individuos seropositivos de Madrid (73), en individuos de la muestra española de la *Encuesta Europea por Internet para Hombres que mantienen relaciones con hombres 2010 que se habían inyectado drogas* (74) y en varones que habían consumido drogas relacionadas con *chemsex* durante el Orgullo Gay de Madrid 2016 (75).

DISCUSIÓN



ESPAÑA OCUPA EL DÉCIMO PUESTO DE LA producción científica sobre desigualdades sociales en salud (76) y la investigación en DSS se ha incrementado en términos bibliométricos, tanto en el periodo 1995-2008 (77) (10 a 65 artículos) como en los dos sexenios de 2010-2021 (14 a 36). En esta revisión, la mayoría de los trabajos incluidos fueron estudios transversales (35/50) que utilizaron como fuente de información las encuestas de salud, seguido de las revisiones de artículos originales (6/50).

En el período 2011-2021 los principales ejes de desigualdad fueron el ESE (15/50) y la raza/

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

etnia/origen (9/50), mientras que los menos estudiados fueron el capital social (1/50) y la religión (0/50). Entre los desenlaces, la salud mental (20/50) y el estado de salud autopercibido (15/50) fueron los aspectos más estudiados.

En cuanto al ESE, los estudios incluidos encontraron peores resultados en salud mental, salud autopercibida y otras enfermedades al comparar los grupos menos aventajados con los grupos de mayor ESE (55-61). Esto va acorde a la literatura, en la cual el bajo ESE se ha asociado con mayor riesgo de mortalidad (78-80) y peor salud mental (81-83).

Los grupos étnicos más estudiados fueron los inmigrantes marroquíes y latinoamericanos (6/50) y los gitanos (3/50). Esto coincide con la principal minoría étnica de España y la segunda nacionalidad más frecuente entre los residentes extranjeros en España, aunque destaca la ausencia de estudios sobre inmigrantes con origen en la Unión Europea. La mayor utilización de los servicios de salud por parte de estos grupos, que al mismo tiempo reportan una peor salud que la población general en España, podría indicar que el sistema de salud podría estar ejerciendo un efecto redistributivo sobre las desigualdades en salud.

Si bien se incluyeron estudios sobre DSG (6/50), tan sólo se incluyó un estudio transversal sobre población trans, con sesgos importantes dada la ausencia de datos nacionales representativos sobre dicha población. Desde diversos foros se aboga por la inclusión de datos representativos y sanitarios representativos de la población LGBT a nivel nacional que permitan el estudio de los problemas de salud de este colectivo (84), como la inclusión de la identidad de género y orientación sexual en la *Encuesta Nacional de Salud*.

En términos generales, los resultados obtenidos para cada DSS son similares a los hallazgos encontrados en el resto de la literatura: a mayor desventaja social en cualquiera de los

DSS, peores resultados en salud, bien sea autopercibida, salud mental, u otras enfermedades (7,78-83), y las mujeres y el resto de minorías resultan también más vulnerables.

Es por ello que la investigación de los DSS desde la perspectiva de la interseccionalidad, que es una forma de entender las desigualdades sociales en torno al género, la raza, la clase y la sexualidad, enfatiza su interdependencia y su abordaje conjunto. Estos ejes de inequidad, intrínsecamente entrelazados, probablemente se constituyen y refuerzan mutuamente, construyendo una *matriz de dominación*, especialmente visible para las personas oprimidas en más de una dimensión (85,86). Así, en los estudios incluidos, la salud de las mujeres fue peor que la de los hombres, pero ésta fue aún peor en mujeres mayores, con nivel educativo bajo y de ESE bajo (45,46).

Como *limitaciones*, esta revisión puede haber incurrido en varios sesgos, siendo uno de ellos el sesgo de publicación, pues los estudios con resultados positivos, es decir, aquellos que hallaron desigualdades en salud o efectos en salud de los DSS, tuvieron más probabilidad de ser publicados.

Otro posible sesgo es el de selección, debido tanto a la amplitud de la pregunta como a las dificultades de las estrategias de búsqueda en la investigación en DSS. El incluir todos los DSS y cualquier resultado en salud o variable intermedia como desenlace limitó los resultados a aquellos trabajos que mencionaron de forma expresa en título, *abstract* o términos MESH los DSS, la equidad o desigualdades en salud. Esto ha podido sobresimplificar el tema investigado. Restringir la pregunta de investigación a algún determinante social de la herramienta PROGRESS-Plus habría permitido búsquedas más amplias en relación a cada DSS. Por ejemplo, si solo se hubiese investigado el nivel socioeconómico en la búsqueda bibliográfica podrían además haberse utilizado términos como pobreza, ingresos, privación, etc. Por otro lado, haber acotado los resultados en

BIBLIOGRAFÍA



1. Lalonde M. *A new perspective on the health of Canadians*. www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/phdd/pdf/pers-pect-eng.pdf. 1974.
2. Tarlov AR. *Public Policy Frameworks for Improving Population Health*. Annals of the New York Academy of Sciences. 1 de diciembre de 1999;896(1):281-293.
3. Whitehead M, Dahlgren G. *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health. 2006;2:460-474.
4. Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: WHO. Commission on Social Determinants of Health; 2007.
5. Marmot MG, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, White I et al. *Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study*. The Lancet. 1991;337(8754):1.387-1.393.
6. Acheson D. *Inequalities in health: Report on inequalities in health did give priority for steps to be tackled*. BMJ: British Medical Journal. 1998;317(7173):1.659.
7. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M. *Fair society, healthy lives: the Marmot Review: strategic review of health inequalities in England post-2010*. 2010. Department of International Development: London. 2019.
8. Braveman P, Gottlieb L. *The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes*. Public Health Rep. febrero de 2014;129 Suppl 2:19-31.
9. Arcaya MC, Arcaya AL, Subramanian SV. *Inequalities in health: definitions, concepts, and theories*. Global Health Action. diciembre de 2015;8(1):27.106.
10. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España*. Gaceta Sanitaria. 2012;26(2):182-189.
11. Navarro V, Benach J. *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. 1996.
12. Hernández-Aguado I, Cesteros-Santaolaya M, Campos-Esteban P. *Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria*. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria. 2012;26:6-13.
13. Calonge-Ramírez S, Manresa-Sánchez A. *Crisis económica y desigualdad de la renta en España. Efectos distributivos de las políticas públicas*. Madrid: FUNCAS. 2019.
14. Cortès-Franch I, Escribà-Agiür V, Benach J, Artazcoz L. *Employment stability and mental health in Spain: towards understanding the influence of gender and partner/marital status*. BMC Public Health. 2018;18(1):425.
15. Politi J, Martín-Sánchez M, Mercuriali L, Borrás-Bermejo B, Lopez-Contreras J, Vilella A et al. *Epidemiological characteristics and outcomes of COVID-19 cases: mortality inequalities by socio-economic status, Barcelona, Spain, 24 February to 4 May 2020*. Eurosurveillance [Internet]. 20 de mayo de 2021 [citado 18 de noviembre de 2021];26(20). Disponible en: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2021.26.20.2001138>
16. Burström B, Tao W. *Social determinants of health and inequalities in COVID-19*. European Journal of Public Health. 1 de agosto de 2020;30(4):617-618.
17. Salas-Nicás S, Moncada S, Llorens C, Navarro A. *Working conditions and health in Spain during the COVID-19 pandemic: Minding the gap*. Safety Science. febrero de 2021;134:105.064.
18. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, Moher D, Peters MD, Horsley T, Weeks L, Hempel S et al. *PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation*. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473.
19. Akobeng AK. *Principles of evidence based medicine*. Archives of Disease in Childhood 2005;90:837-840.
20. O'Neill J, Tabish H, Welch V, Petticrew M, Pottie K, Clarke M et al. *Applying an equity lens to interventions:*

using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *Journal of Clinical Epidemiology*. enero de 2014;67(1):56-64.

21. Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. *Reflections on developing and using PROGRESS-Plus*. 2008.

22. Mulé NJ, Ross LE, Deeprose B, Jackson BE, Daley A, Travers A et al. *Promoting LGBT health and wellbeing through inclusive policy development*. *International journal for equity in health*. 2009;8(1):1-11.

23. Latorre-Arteaga S, Fernández-Sáez J, Gil-González D. *Inequities in visual health and health services use in a rural region in Spain*. *Gac Sanit*. 2018;32(5):439-446.

24. Fernández-Feito A, Lana A, Parás Bravo P, Pellico López A, Paz-Zulueta M. *Knowledge of the Human Papillomavirus by Social Stratification Factors*. *Nurs Res*. 2020;69(3):E18-25.

25. Pierangeli I, Nieuwenhuijsen MJ, Cirach M, Rojas-Rueda D. *Health equity and burden of childhood asthma-related to air pollution in Barcelona*. *Environ Res*. 2020;186:109067.

26. Amengual-Moreno M, Calafat-Caules M, Carot A, Rosa Correia AR, Río-Bergé C, Rovira Plujà J et al. *Determinantes sociales de la incidencia de la COVID-19 en Barcelona: un estudio ecológico preliminar usando datos públicos*. *Rev Esp Salud Publica*. 2020; 94: 16 de septiembre e202009101es. e1-19.

27. Martín-Sánchez FJ, Valls Carbó A, Miró Ò, Llorens P, Jiménez S, Piñera P et al. *Socio-Demographic Health Determinants Are Associated with Poor Prognosis in Spanish Patients Hospitalized with COVID-19*. *Gen Intern Med*. 2021 Dec;36(12):3-737-3-742.

28. La Parra-Casado D, Mosquera PA, Vives-Cases C, San Sebastian M. *Socioeconomic Inequalities in the Use of Healthcare Services: Comparison between the Roma and General Populations in Spain*. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15 (1)

29. Fernández-Feito A, Pesquera-Cabezas R, González-Cobo C, Prieto-Salceda MD. *What do we know about the health of Spanish Roma people and what has*

been done to improve it? A scoping review. *Ethn Health*. 2019;24(2):224-243.

30. Arza Porras J, Carrón Sánchez J, Rodríguez Camacho MF. *Dietary patterns of Roma population and total population in Spain. Pautas de alimentación de la población gitana y la población general de España*. *Gac Sanit*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.04.002>

31. Malmusi D, Ortiz-Barreda G. *Desigualdades sociales en salud en poblaciones inmigradas en España: revisión de la literatura*. *Rev Esp Salud Publica*. 2014;88(6):687-701.

32. Bover A, Taltavull JM, Gastaldo D, Luengo R, Izquierdo MD, Juando-Prats C et al. *Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España*. *Gac Sanit*. 2015;29(2):123-126.

33. Ferrer L, Gaillardin F, Cayuela A, Hernando C, Muñoz R, Sánchez N et al. *Estado de salud de personas inmigrantes en Cataluña desde una perspectiva de género: Proyecto PELFI*. *Gac Sanit*. 2021. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.010>

34. Montoro-Gurich C. *The impact of socio-economic factors on the health of the Moroccan immigrants in Navarra (Spain)*. *Finisterra*. 2018;(109):71-93.(1)

35. González-Rábago Y, Martín U. *Salud y determinantes sociales de la salud en hijos e hijas de personas inmigrantes internacionales: ¿desigualdades sociales en salud desde la infancia?* *Gac Sanit*. 2019;33(2):156-161.

36. Rivera B, Casal B, Currais L. *The Healthy Immigrant Effect on Mental Health: Determinants and Implications for Mental Health Policy in Spain*. *Adm Policy Ment Health*. 2016;43(4):616-627.(2)

37. Benach J, Julià M, Tarafa G, Mir J, Molinero E, Vives A. *La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña*. *Gaceta Sanitaria*. 2015;29(5):375-378.

38. Robert G, Martínez JM, García AM, Benavides FG, Ronda E. *From the boom to the crisis: changes in employment conditions of immigrants in Spain and their effects on mental health*. *Eur J Public Health*. 2014;24(3):404-409.

39. Vives A, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, Muntaner C et al. *Employment Precariousness and Poor Mental Health: Evidence from Spain on a New Social Determinant of Health*. Journal of Environmental and Public Health. 2013;2013:1-10.

40. López Del Amo González MP, Benítez V, Martín-Martín JJ. *Long term unemployment, income, poverty, and social public expenditure, and their relationship with self-perceived health in Spain (2007-2011)*. BMC Public Health. 2018;18(1):133.

41. Urbanos-Garrido RM. *Social inequalities in health: Measuring the contribution of housing deprivation and social interactions for Spain*. Int J Equity Health. 2012;11(1).

42. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R. *Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España*. Gac Sanit. 2019;33(6):554-562.(3)

43. Aguilar-Palacio I, Carrera-Lasfuentes P, Rabanque MJ. *Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)*. Gac Sanit. 2015;29(1):37-43.

44. Urbanos-Garrido R. *La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad*. Informe SESPAS. Gac Sanit. 2016; 30(S1):25-30.

45. Arias-de la Torre J, Artazcoz L, Molina AJ, Fernández-Villa T, Martín V. *Inequalities in mental health in the working population of Spain: a National Health Survey-based study*. Gac Sanit. 2016;30(5):339-344.

46. Bacigalupe A, Cabezas A, Bueno MB, Martín U. *El género como determinante de la salud mental y su medicalización*. Informe SESPAS 2020. Gac Sanit. 2020;34:61-67.

47. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R. *Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España*. Gac Sanit; 33(6):554-562.

48. Fernández-Sáez J, Ruiz-Cantero MT, Guijarro-Garvi M, Rodenas-Calatayud C, Martí-Sempere M, Jiménez-Alegre MD. *Tiempos de equidad de género: descripción de las desigualdades entre comunidades autónomas, España 2006-2014*. Gac Sanit. 2016;30(4):250-257.

49. Haeberer M, León-Gómez I, Pérez-Gómez B, Tellez-Plaza M, Rodríguez-Artalejo F, Galán I. *Desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular en España desde una perspectiva interseccional*. Rev Esp Cardiol. 2020;73(4):282-289.

50. Machón M, Mosquera I, Larrañaga I, Martín U, Vergara I. *Desigualdades socioeconómicas en la salud de la población mayor en España*. Gac Sanit. 2020;34(3):276-288.

51. Maestre-Miquel C, Regidor E, Cuthill F, Martínez D. *Desigualdad en la prevalencia de sedentarismo durante el tiempo libre en población adulta española según su nivel de educación: diferencias entre 2002 y 2012*. Rev Esp Salud Publica. 2015;89(3):259-269.

52. Ruiz M, Goldblatt P, Morrison J, Kukla L, Švancara J, Riitta-Järvelin M et al. *Mother's education and the risk of preterm and small for gestational age birth: a DRIVERS meta-analysis of 12 European cohorts*. J Epidemiol Community Health. 2015;69(9):826-833.

53. Latasa P, Gandarillas AM, Ordobás M. *Tendencias y desigualdades sociales en el cribado de cáncer de cérvix y cáncer de mama en la Comunidad de Madrid durante el periodo 1995-2010 a partir del Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo de enfermedades no transmisibles (SIVFRENT-A)*. Anales Sis San Navarra. 2015;38(1):21-30.

54. González-Rábago Y, Cabezas-Rodríguez A, Martín U. *Social inequalities in health determinants in spanish children during the COVID-19 lockdown*. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(8):4087.

55. Carrilero N, Dalmau-Bueno A, García-Altés A. *Comorbidity patterns and socioeconomic inequalities in children under 15 with medical complexity: a population-based study*. BMC Pediatr. 2020;(20): 358

56. Oliver-Parra A, Dalmau-Bueno A, Ruiz-Muñoz D, García-Altés A. *Relationship between parents' mental disorders and socioeconomic status and offspring's*

57. Esquiús L, Aguilar-Martínez A, Bosque-Prous M, González-Casals H, Bach-Faig A, Colillas-Malet E *et al.* *Social inequalities in breakfast consumption among adolescents in Spain: The DESKcohort project.* *Nutrients.* 2021;13(8).

58. García-Altés A, Ruiz-Muñoz D, Colls C, Mias M, Martín Bassols N. *Socioeconomic inequalities in health and the use of healthcare services in Catalonia: analysis of the individual data of 7.5 million residents.* *J Epidemiol Community Health.* 2018;72(10):871-879.

59. Serral G, Borrell C, Puigpinós i Riera R. *Desigualdades socioeconómicas en el control mamográfico en mujeres españolas de 45 a 69 años de edad.* *Gac Sanit.* 2018;32(1):61-67.

60. García R, Abellana R, Real J, Del Val JL, Verdú-Rottellar JM, Muñoz MA. *Health inequalities in hospitalisation and mortality in patients diagnosed with heart failure in a universal healthcare coverage system.* *J Epidemiol Community Health.* 2018;72(9):845-851.

61. Carrere J, Peralta A, Oliveras L, López MJ, Marí-Dell'Olmo M, Benach J *et al.* *Energy poverty, its intensity and health in vulnerable populations in a Southern European city.* *Gac Sanit.* 2021;35(5):438-444.

62. Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Pérez R, Málaga López A. *To participate or not? giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes.* *Eur J Cancer Care.* 2011;20(5):669-678.

63. Alvarez-Galvez J, Suarez-Lledo V, Martinez-Cousinou G, Muniategui-Azkona E, Gonzalez-Portillo A. *The impact of financial crisis and austerity policies in Andalusia, Spain: Disentangling the mechanisms of social inequalities in health through the perceptions and experiences of experts and the general population.* *Int J Equity Health.* 2019;18(1).

64. López del Amo-González MP, Benítez V, Martín-Martín JJ. *Long term unemployment, income, poverty, and social public expenditure, and their relationship*

with self-perceived health in Spain (2007–2011). *BMC Public Health.* 2018;18:133.

65. Bolívar-Muñoz J, Bernal-Solano M, Mateo-Rodríguez I, Daponte Codina A, Escudero Espinosa C, Sánchez Cantalejo C *et al.* *La salud de las personas adultas afectadas por un proceso de desahucio.* *Gac Sanit.* 2016;30(1):4-10.

66. Gullón P, Díez J, Cainzos-Achirica M, Franco M, Bilbao U. *Social inequities in cardiovascular risk factors in women and men by autonomous regions in Spain.* *Gac Sanit.* 2021;35(4):326-332.

67. Utzet M, Navarro A, Llorens C, Muntaner C, Moncada S. *Is the worsening of psychosocial exposures associated with mental health? Comparing two population-based cross-sectional studies in Spain, 2005-2010: Is the Worsening of Psychosocial Exposures Associated With Mental Health?* *Am J Ind Med.* 2016;59(5):399-407.

68. Rueda S. *Health Inequalities among Older Adults in Spain: The Importance of Gender, the Socioeconomic Development of the Region of Residence, and Social Support.* *Women's Health Issues.* 2012;22(5):e483-490.

69. Latasa-Zamalloa P, Muñoz CV, Mármol CI, de Beltrán-Gutierrez P, Ramos C. *Aproximación a las causas de ingreso de las personas trans a través del conjunto mínimo básico de datos en España durante el periodo 2001 a 2013.* *Rev Esp Salud Pública.* 2019;93:29 de mayo e201905031.

70. Fernández-Dávila P. *“Sesión de sexo, morbo y vicio”: una aproximación holística para entender la aparición del fenómeno ChemSex entre hombres gais, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres en España.* *Revista Multidisciplinaria del Sida.* 2016;4(7):41-65.

71. Coll J, Fumaz CR. *Drogas recreativas y sexo en hombres que tienen sexo con hombres: chemsex. Riesgos, problemas de salud asociados a su consumo, factores emocionales y estrategias de intervención.* *Rev Enf Emerg.* 2016;15(2):77-84.

72. González-Baeza A, Dolengevich-Segal H, Pérez-Vallero I, Cabello A, Téllez MJ, Sanz J *et al.* *Sexualized drug use (Chemsex) is associated with high-risk se-*

sexual behaviors and sexually transmitted infections in HIV-positive men who have sex with men: data from the U-SEX GESIDA 9416 study. *AIDS patient care and STDs*. 2018;32(3):112-118.

73. Folch C, Fernández-Dávila P, Ferrer L, Soriano R, Díez M, Casabona J. *Alto consumo de drogas recreativas y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres*. *Med Clin*. 2015;145(3):102-107.

74. Valencia J, Gutiérrez J, Troya J, González-Baeza A, Dolengevich H, Cuevas G *et al*. *Consumo de drogas recreativas y sexualizadas en varones seronegativos: datos desde un screening comunitario de VIH*. *Revista Multidisciplinaria del SIDA*. 2018;6(13):7-19.

75. Cash-Gibson L, Rojas-Gualdrón DF, Pericàs JM, Benach J. *Inequalities in global health inequalities research: A 50-year bibliometric analysis (1966-2015)*. *PLoS One*. 2018;Jan 31;13(1):e0191901.

76. Borrell C, Malmusi D. *La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas*. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*. 2010;24:101-108.

77. Mackenbach JP, Valverde JR, Artnik B, Bopp M, Bronnum-Hansen H, Deboosere P *et al*. *Trends in health inequalities in 27 European countries*. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2018;115(25):6.440-6.445

78. Sorlie PD, Backlund E, Keller JB. *US Mortality by Economic, Demographic, and Social Characteristics: The National Longitudinal Mortality Study*. *Am J Public Health*. 1995;85(7):949-956.

79. Strand BH, Grøholt EK, Steingrimsdóttir OA, Blakely T, Graff-Iversen S, Næss Ø. *Educational inequalities in mortality over four decades in Norway: prospective study of middle aged men and women followed for cause specific mortality, 1960-2000*. *BMJ*. 2010;340(c654):c654.

80. Senn TE, Walsh JL, Carey MP. *The Mediating Roles of Perceived Stress and Health Behaviors in the Relation Between Objective, Subjective, and Neighborhood Socioeconomic Status and Perceived Health*. *Ann Behav*

Med. 2014;48(2): 215-224

81. Reiss F, Meyrose AK, Otto C, Lampert T, Klasen F, Ravens-Sieberer U. *Socioeconomic status, stressful life situations and mental health problems in children and adolescents: Results of the German BELLA cohort-study*. *PLoS One*. 2019;14(3):e0213700.

82. Reiss F. *Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review*. *Soc Sci Med*. 2013; 90:24-31.

83. Gil-Borrelli C, Velasco C, Iniesta C, de Beltrán P, Curto J, Latasa P. *Hacia una salud pública con orgullo: equidad en la salud en las personas lesbianas, gais, bisexuales y trans en España*. *Gac Sanit*. 2017; 31(3):175-177.

84. Veenstra G. *Race, gender, class, and sexual orientation: intersecting axes of inequality and self-rated health in Canada*. *Int J Equity Health*. 2011;10(1):3.

85. Tolhurst R, Leach B, Price J, Robinson J, Ettore E, Scott-Samuel A *et al*. *Intersectionality and gender mainstreaming in international health: Using a feminist participatory action research process to analyse voices and debates from the global south and north*. *Soc Sci Med*. 2012;74(11):1.825-1.832.

Anexo I

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	Fernández-Feito A	2020	Estudio transversal	Analizar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre la infección por virus del papiloma humano (VPH) y las vacunas frente al VPH con el nivel educativo y el lugar de residencia en una muestra de mujeres españolas.	Mujeres >21 años españolas de 6 centros de atención primaria de Cantabria. Se analizaron datos de 1.288 mujeres.	Por un lado, el estudio se realizó en mujeres que acudieron a la matrona. Por otro lado, la ausencia de un cuestionario validado en español para investigar el conocimiento sobre el VPH favorece el uso de diferentes herramientas diseñadas por cada equipo de investigación.
Lugar de residencia	Latorre-Arteaga S	2017	Estudio transversal	Analizar la percepción de uso de servicios de salud y salud visual en una población rural en relación con las características socioeconómicas y comparado con la población general en España.	Municipio rural de Cenicientos, Sierra Suroccidental (Madrid). Población de 2.073 habitantes. Muestreo aleatorio estratificado de 302 individuos mayores de 18 años.	No cita limitaciones o sesgos.
	Nieuwenhuijsen MJ	2018	Estudio de cohortes prospectivo	Evaluar los efectos de la contaminación del aire, el ruido y los espacios verdes y azules sobre la mortalidad prematura por todas las causas en Barcelona utilizando un enfoque de megacohorte.	Hombres y mujeres de 18 años o más inscritos el 1 de enero de 2010 por el Sistema d'Informació pel Desenvolupament de la Investigació en Atenció Primària (SIDIAP) y residentes en la ciudad de Barcelona y se les dio seguimiento hasta el 31 de diciembre de 2014 o hasta la muerte (n=2.939.067 años-persona).	La evaluación de la contaminación del aire, el ruido, los espacios verdes y el estado socioeconómico (SES) a nivel de tramo censal en lugar de a nivel individual y confusión residual.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Anexo I (continuación)
Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
Lugar de residencia	Martín-Sánchez MJ	2021	Estudio retrospectivo de series de casos	10.110 pacientes COVID-19 ingresados en 18 hospitales españoles ≥ 18 años ingresados en 18 centros españoles entre el 1 de marzo y el 15 de abril (2020).	Se estimaron los determinantes sociales a partir del área del código postal donde vivían los pacientes en el momento de la hospitalización, lo que podría introducir algún sesgo de información. Las variables sociodemográficas no se ajustaron por comorbilidad, variables clínicas ni terapéuticas y, por lo tanto, los efectos de confusión siguen sin medirse. Los criterios de diagnóstico y admisión pueden variar entre los diferentes centros, lo que puede influir en los resultados. Se trata de una cohorte de la vida real con intervención en la que los médicos tratantes siguieron los protocolos locales. España se vio afectada de forma temprana por COVID-19, e inicialmente, había poca evidencia sólida sobre cómo tratar eficazmente a los pacientes afectados. Las recomendaciones de tratamiento para COVID-19 variaron durante el periodo de estudio, lo que puede haber afectado los resultados a lo largo del tiempo.

► **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
 Volumen 96
 12/5/2022
 e202205041

Anexo I (continuación) Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
Lugar de residencia	Amenqal-Moreno M	2020	Estudio ecológico	Estimar la relación de los determinantes sociales en la incidencia de la COVID-19 en Barcelona.	Población de Barcelona.	La naturaleza ecológica del mismo, únicamente se pueden identificar variables que han modificado la incidencia a nivel de unidades de población y establecerse hipótesis del porqué, pero no pueden establecerse inferencias causales, pues únicamente se han estudiado las diferencias entre barrios y no entre individuos. La validez externa de los resultados es otra limitación. El estudio muestra claras correlaciones entre la incidencia y las distintas variables socioeconómicas. No obstante, esto debe ser extrapolado a otras poblaciones con precaución. La exclusión de los casos de residencias puede ser otra importante limitación y estudios específicos sobre el impacto en estos centros deberían llevarse a cabo. Otra limitación yace en los datos, en especial aquellos referidos a las encuestas de salud, pues se llevan a cabo con muestras poblacionales de la ciudad y pueden no reflejar de forma totalmente fidedigna la prevalencia de una enfermedad o condición descrita. Tampoco se puede ignorar que los datos de incidencia acumulada de COVID-19 también se han visto afectados por falta de calidad. Debe tenerse en cuenta, así mismo, que la ulterior evolución de la epidemia puede modificar las correlaciones descritas en este trabajo preliminar. Finalmente, un punto importante a considerar es que debido a la saturación de la asistencia sanitaria a causa de la epidemia, la mayoría de pruebas PCR, en las que se basan los datos de este estudio, se realizaron a los casos con una peor presentación clínica. Así pues, probablemente, este estudio esté estimando las diferencias en la agravación de la presentación clínica de la COVID-19, y no tanto las diferencias reales en la incidencia. Son por ello necesarios más estudios con datos consolidados sobre el impacto de las variables socioeconómicas en la incidencia de la COVID-19, así como en la mortalidad.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	La Parra-Casado D	2018	Estudio transversal con la ENSE y la ENS de la Población Gitana de España	Estudia si los principios de equidad horizontal y vertical en la asistencia sanitaria son cumplidos por el sistema nacional de salud español en el caso de la población gitana y en general.	Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012 (n=21.650) y la Encuesta Nacional de Salud de la Población Gitana de España de 2014 (n=1.167).	En primer lugar, la muestra utilizada por la Encuesta Nacional de Salud de España no distingue entre personas gitanas y el resto de la población española. La población gitana en España se ha estimado entre el 1,5% y el 2,1% de la población total del país y tiende a incluirse en las clases sociales IV, V y VI. En segundo lugar, el método de muestreo utilizado por la Encuesta Nacional de Salud de la población gitana consistió en seleccionar aquellas zonas en localidades elegidas aleatoriamente donde vive un mayor número de gitanos. Así, los gitanos residentes en otros barrios, presumiblemente aquellos en mejor posición socioeconómica, no fueron incluidos en la muestra. Como consecuencia, la muestra gitana resultante fue homogénea en términos de la clase social ocupacional y no fue posible analizar la heterogeneidad interna del grupo gitano (también debido a las limitaciones del tamaño de la muestra). Además, el muestreo probabilístico de hogares basado de la población gitana en España. Por esa razón, se utilizaron en registros oficiales de habitantes no puede aplicarse en el caso de rutas aleatorias. Por lo tanto, el análisis asume que todas las unidades tienen la misma probabilidad de selección, aunque podría esperarse un sesgo de participación. La investigación que compara ambos métodos para la población general en España concluye que las rutas aleatorias y el muestreo por cuotas pueden proporcionar una buena representación de la distribución de la población para algunos variables. En esta encuesta, la tasa de respuesta no estaba disponible, pero los informes del equipo de trabajo de campo describieron una gran motivación para completar el cuestionario una vez que se identificó un hogar gitano debido a la entrevista cara a cara con los entrevistadores gitanos. Para asegurar la confiabilidad, se aplicó un cuestionario estándar previamente utilizado en ambas poblaciones, pero no fue posible evaluar en que medida se pueden reproducir las mediciones. Finalmente, la necesidad de atención médica se midió utilizando (a) la salud autoevaluada y (b) el número informado de enfermedades crónicas, como se hace comúnmente en la literatura, pero se necesitarían variables más precisas para evaluar la inequidad vertical.

▶ Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Los determinantes sociales de la salud de España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	Fernández-Feito A	2017	Scoping review	Revisar la literatura publicada sobre la salud de la población gitana en España (2002-2014).	Población gitana en España.	En ocasiones se sacrificó el rigor científico para ofrecer una visión global del área estudiada: la metodología de algunos artículos no fue óptima. La búsqueda bibliográfica incluyó la consulta de mucha literatura gris.
	Arza-Potras J	2018	Estudio transversal con datos de la ENSE 2012 y la Encuesta de Salud a Población Gitana 2014	Analizar el grado de seguimiento de patrones nutricionales saludables por parte de la población gitana en comparación con los referidos al conjunto de la población.	Población general y población gitana española.	La encuesta en población gitana fue realizada en municipios o barrios con mayor concentración de población gitana. Por ello, puede haber una infrarrepresentación de los hogares gitanos ubicados de manera dispersa, que hipotéticamente pueden ser aquellos que cuentan con una mejor posición socioeconómica. Por otro lado, la recogida de información fue mediante auto-declaración basada en el recuerdo, y se necesitarían estudios que incorporasen técnicas más precisas.
	Bover A	2015	Estudio transversal	Describir la calidad de vida percibida en trabajadoras latinoamericanas como cuidadoras en España.	517 mujeres de Baleares, Cataluña, País Vasco, Canarias y Madrid.	Limitaciones derivadas de la falta de registros de población inmigrante, lo que dificulta la obtención de la muestra.
	Montoro-Gurich C	2014	Estudio transversal	Describir el impacto de factores socioeconómicos en la salud autopercebida de los inmigrantes marroquíes en Navarra (España).	Población inmigrante marroquí en Navarra.	No se hicieron comparaciones entre el estado de salud de la población inmigrante marroquí en Navarra y una población de referencia. Otro sesgo importante es la inclusión de la variable sexo como una variable de ajuste y no como variable de desagregación.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	González-Rábago Y	2017	Analizar las desigualdades sociales en salud entre la población infanto-juvenil de origen inmigrante de países de renta baja y la población de origen autóctono en el País Vasco.	Población entre 0 y 17 años (n=1.469) de País Vasco.	El tamaño muestral no permitió realizar los análisis teniendo en cuenta diferentes grupos de edad, así como tampoco diferentes grupos de origen inmigrante, y que es probable que haya afectado a la hora de encontrar diferencias significativas entre los/las menores de origen inmigrante y autóctono. Además, no se pudo tener en cuenta si los/las descendientes habían nacido en el país de origen y habían emigrado con sus progenitores o habían nacido ya en el país de destino, lo cual podría suponer algún tipo de efecto derivado de las condiciones de vida previas en el país de origen, ni tampoco el tiempo de residencia en el lugar de destino de los/las propios menores ni de sus progenitores. Por otro lado, la ESCAV'13 no incorpora medidas de autorreporte para los niños y las niñas menores de 15 años, aunque el proxy reportado por una persona adulta es ampliamente aceptado en las encuestas de salud. Finalmente, la autopercepción de la salud podría ser diferente en los progenitores autóctonos e inmigrantes, y que ello supusiera una diferente respuesta ante un igual estado de salud. Sin embargo, es también cierto que la salud percibida es un indicador de salud ampliamente utilizado en el análisis del estado de salud de la población inmigrante y sus desigualdades respecto a la población autóctona.
Raza/étnia/ origen	Malmusi D	2014	Conocer la influencia de determinantes sociales de la salud en las poblaciones inmigradas a España y/o las desigualdades en comparación con la población española.	Población inmigrada en España. Literatura científica (1998-2012) obtenida en Medline y MEDES-Medicina.	Una limitación a tener en cuenta con respecto a la fuente de datos mayoritaria, las encuestas poblacionales de salud, es su representatividad. Dos estudios comparan características de su muestra analizada con los datos del padrón y en uno de ellos se discute la barrera idiomática como posible explicación para la mayor proporción de personas latinoamericanas y posiblemente de sujetos con mayor tiempo de residencia. Las encuestas siguen siendo una fuente de información fundamental para una visión de conjunto de las desigualdades en salud pero sus responsables deberían tomar medidas para analizar y reducir esta posible fuente de sesgo.

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	Ferrer L	2021	Evaluar el estado de salud de hombres y mujeres inmigrantes extracomunitarios residentes en el Área Metropolitana de Barcelona e identificar determinantes sociales de la salud desde una perspectiva de género.	Familias inmigrantes de la subcohorte PELFI en el Área Metropolitana de Barcelona.	La muestra no era representativa de los/las inmigrantes de toda el Área Metropolitana de Barcelona, aunque sí lo fue de las dos ciudades de estudio, y su tamaño no permitió estratificar los modelos por sexo y origen, ni por tanto profundizar en el rol de la cultura en la experiencia de la salud. Sin embargo, teniendo en cuenta que se trata de inmigración de larga estancia, asumimos que las características socioeconómicas podrían tener un peso más importante que la cultura de origen en los resultados.
Raza/étnia/ origen	Rivera B	2016	Proporcionar evidencia empírica para demostrar que la salud mental de los inmigrantes en España se deteriora cuanto más tiempo residen en el país.	El estudio contó con un total de 1.478 personas nacidas en el extranjero que llegaron a España cuando tenían 15 años o más viejo.	El estudio utiliza datos transversales, que se centran en un punto en el tiempo y no dan ninguna indicación de la secuencia de eventos. En este sentido, es imposible considerar ciertas características inobservables, que pueden variar entre inmigrantes que han llegado en diferentes momentos. Se habrían identificado otros determinantes de la EIS si hubiera sido posible contar con información específica anterior al proceso de migración y la llegada del inmigrante al país de destino. En particular, se necesitaban datos sobre su estado de salud, situación socioeconómica o acceso a la atención médica.
Ocupación	Benac J	2015	Mostrar la prevalencia del empleo precario y su asociación con la salud mental y autoevaluada	Muestra representativa de la población ocupada de 16 años o más de edad residente en Cataluña, que durante la semana anterior habían trabajado al menos 1 hora (n=3.601). Se seleccionó una submuestra de personas asalariadas con contrato (n=2.756) y que hubieran respondido a todos los ítems de la Escala de Precariedad Laboral (EPRES) (n=2.279).	Los datos utilizados son transversales, por lo que no es posible inferir directamente una causalidad entre precariedad y salud, y tampoco excluir la causalidad inversa. No se han estudiado otros tipos de trabajadores/as en precario sin contrato o autónomos/as, lo que posiblemente suponga una infraestimación de la prevalencia de la precariedad laboral. Al tratarse de una muestra de población asalariada, podría infraestimarse el impacto de la precariedad sobre la salud de los/as trabajadores/as, ya que las personas menos sanas habrían sido expulsadas del mercado laboral.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
Ocupación	Robert G	2014	Estudio transversal	Evaluar la influencia de los cambios en las condiciones de trabajo sobre la incidencia de mala salud mental de trabajadores inmigrantes en España, tras un periodo de tres años, en el contexto de la crisis económica.	214 trabajadores inmigrantes en España de Colombia, Ecuador, Marruecos y Rumania	Puede haber un sesgo de selección en los participantes de la primera encuesta. La participación requería un suficiente manejo del español, excluyendo por tanto a aquellos que sin fluidez. Adicionalmente, algunos de los participantes en la primera encuesta no fueron localizados para la segunda. Los no participantes en la segunda encuesta pueden haberse visto afectados por situaciones económicas o laborales adversas, o puede que hayan tenido más dificultades en relación con sus situación legal y residencia en comparación con aquellos que sí fueron contactados por segunda vez. También existe la posibilidad de un efecto de causalidad reversa debido a la incapacidad de establecer una secuencia temporal inter-encuesta.
	Vives A	2013	Estudio transversal con datos de la Encuesta sobre el clima laboral psicosocial	Estudiar la asociación entre el empleo precario y la mala salud mental mediante la Escala multidimensional de precariedad laboral.	Muestra representativa de la población asalariada residente en España (n=7.650) entre octubre de 2004 y julio de 2005.	El estudio tiene las limitaciones propias de los datos transversales para extraer inferencias causales. Las medidas de exposición como los resultados se basan en autoinformes. La restricción a los empleados con contrato puede limitar la generalización de estos resultados a otros subgrupos de trabajadores, como los trabajadores informales o sin contrato y los autónomos, especialmente los llamados autónomos falsos.
Sexo/Género	Montero-López P	2011	Estudio transversal	Estudiar la perspectiva de género para establecer algunos de los determinantes antropométricos, de composición corporal, de salud y socioculturales del envejecimiento activo	456 personas (169 hombres y 287 mujeres; rango de edad 54-75 años) de Madrid y Toledo	El uso del IMC en personas mayores es controvertido. Una limitación de este estudio fue no usar otras medidas como el demi-span (distancia desde el esternón hasta la punta del dedo medio) o la altura de la rodilla para estimar los valores de estatura.

► **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura.

MIGUEL RUIZ ÁLVAREZ et al.

Rev Esp Salud Pública
Volumen 96
12/5/2022
e202205041

43

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
				<p>a) Determinar la prevalencia de mala salud mental en la población activa de España en 2011;</p> <p>b) Identificar la asociación de esta prevalencia con variables socioeconómicas y laborales para hombres y mujeres por separado; c) Determinar si los patrones difieren por género.</p>	<p>21.007 participantes de la encuesta, se seleccionaron a 7.396 cuya situación laboral se describió como "laboral".</p>	<p>Una de las limitaciones es el tipo de diseño utilizado en el mismo. Es un diseño transversal que no permite establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. Además, en relación con la evaluación de la mala salud mental, se ha utilizado un instrumento de cribado, el GHQ-12, cuya sensibilidad es superior a su especificidad, siendo más sensible a la ansiedad y depresión que al resto de los trastornos mentales. Esto podría llevar a una sobreestimación de la prevalencia de mala salud mental y una subestimación de los trastornos mentales que difieren de la ansiedad o la depresión. Otra posible limitación es la relacionada con el diseño de los cuestionarios de la ENSE-2011, los cuales están diseñados para la población general y no totalmente para la población ocupada, por lo que se han omitido algunas variables relacionadas con el trabajo. El análisis de estas variables puede resultar interesante para obtener una descripción más ajustada de los factores relacionados con la mala salud mental en la población trabajadora de España como se ha demostrado en estudios previos. Además, los datos de la encuesta pertenecen a 2011, año en el que la situación laboral en el país fue muy diferente a la actual. Sin embargo, cabe señalar que los resultados de este estudio podrían servir como punto de referencia, una vez disponible la nueva edición de la ENSE, para evaluar cómo ha evolucionado la salud mental de la población activa durante la recesión económica, y comprobar si existen diferencias de género en esta área han aumentado, disminuido o se han producido cambios en los patrones de evolución o factores asociados.</p>

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	Fernández-Sáez J	2016	Estudio ecológico	Estudiar la evolución de la equidad de género en las comunidades autónomas españolas desde 2006, antes de la promulgación de la Ley de Igualdad (2007) y la crisis económica (2008), hasta 2014.	Población española.	Dado que en sociedades desarrolladas la educación básica es obligatoria, con tasas de alfabetización de adultos similares por sexo, son las brechas de género de la actividad económica y del emparejamiento las que tienen el peso explicativo del índice. Como todo índice compuesto, este es de compleja interpretación, pese a no considerar aspectos sociales relevantes como la segregación horizontal y vertical del trabajo, el tipo de contrato (temporal o sin contrato) y la participación en el trabajo reproductivo.
Sexo/Género			Revisión narrativa y estudio transversal con datos de la ENSE 2017	Describir las desigualdades de género en la salud mental y sus principales condicionantes.	Población española de 25 y más años (n=22.787).	No cita limitaciones o sesgos.
	Bacigalupe A	2020		Identificar la evolución de la autoevaluación de la salud en España por comunidades autónomas (CA) en el período 2001-2012, así como las diferencias por sexo y edad, y la influencia del nivel educativo.	Encuestas Nacionales de Salud (2001-2011) y Encuesta Europea de Salud (2009).	El bajo número de sujetos en alguna C. A. en el análisis estratificado pudo sesgar los resultados observados, por lo que en las C. A. pequeñas los resultados deberían ser interpretados con cautela. Por otro lado, podrían haber existido dificultades en la realización de las encuestas a la población de menor nivel educativo, lo que habría sesgado la muestra, limitando la validez de los resultados. El carácter transversal de las encuestas no permite realizar un análisis de tipo longitudinal, que habría proporcionado un mayor nivel de evidencia. La clasificación de los individuos que declararon tener una salud regular en la categoría de mala salud percibida ha podido producir una sobreestimación de su prevalencia. No obstante, esta categorización ha sido previamente validada, por lo que no debería afectar la validez de los resultados. Este estudio sólo considera la influencia del nivel educativo, lo que limita la comprensión de los resultados.
Nivel educativo	Aguilar-Palacio I	2015	Estudio transversal con datos de la ENSE y Encuesta Europea de Salud			

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	Latasa-Zamalloa P	2015	Estudio transversal con datos del SIVFREN-TA	Describir tendencias y desigualdades en el cribado de cáncer de cérvix y cáncer de mama según determinantes sociales de la salud.	Población de 18 a 64 años de la Comunidad de Madrid (1995-2010).	El muestreo de telefonía fija en hogares puede no ser totalmente representativo de la población diurna. A pesar de que la distribución por edad y sexo de la población entrevistada en el SIVFREN-TA es similar a la de la Comunidad de Madrid, las negativas a participar en el estudio podrían suponer un sesgo, en el sentido de estar menos representados los grupos sociales más desfavorecidos. Otra limitación es que la recomendación de cribado de cáncer de mama va de los 50 a los 69 años y desafortunadamente la población definida como adulta en el SIVFREN-TA es de 18 a 65 años. De este modo las mujeres de 65 a 69 años no estarían incluidas en nuestro estudio. Además este tipo de encuestas tienden a representar más a la población con nivel de estudios altos. Además, la información disponible en la encuesta es autorreferida por el encuestado.
Nivel educativo	Maestre-Miquel C	2015	Estudio transversal con datos de la ENSE 2002 y 2012	Comparar la magnitud de las desigualdades en sedentarismo en tiempo libre según el nivel de estudios en España y la evolución de la percepción de la salud en población físicamente inactiva (2002-2012).	Población española de 25 a 64 años: 2002 (n=21.650) y 2012 (n=21.007).	La utilización de datos autodeclarados sobre salud y hábitos de vida podría conllevar un sesgo. Por otro lado, algunos autores rechazan el uso de un único indicador de posición socioeconómica.
	Ruiz M	2015	Estudio de cohortes prospectivo	Examinar comparativamente la asociación entre la educación materna y los partos pretérmino y el bajo peso al nacer entre 12 cohortes europeas.	Cohorte española: ES-INMA (n=2.466).	Los autores reportan limitaciones relativas al análisis conjunto de los datos de diferentes países y a las limitaciones metodológicas de utilizar cohortes con selecciones de participantes, periodos y diseños variables.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	Haeberer M	2019	Estudiar las desigualdades sociales en la mortalidad cardiovascular en España desde una perspectiva interseccional, considerando el sexo, nivel educativo y la edad.	Población española >30 años fallecida en 2015.	La falta de datos no permitió hacer un análisis de la influencia de variables de ajuste tales como los factores de riesgo cardiovascular. Asimismo, aunque el nivel educativo es un índice más robusto, universal y comparable del nivel socioeconómico que los ingresos o la ocupación, no es el único determinante de desigualdad social. Lo que es más, el nivel educativo puede estar más débilmente asociado con la mortalidad que otros determinantes, porque tiende a no cambiar a medida que los individuos envejecen y puede no representar su estatus socioeconómico actual.
Nivel educativo	Martín U	2017	Analizar las desigualdades sociales en la esperanza de vida y en la esperanza de vida con buena salud a los 65 años según el nivel educativo y el sexo en la población española.	Población de 65 y más años de edad residente en España (2012). INE: Mortalidad con nivel de estudios (n=336.892). ENSE: datos de estado de salud 2011/2012 (n=5.896).	Las limitaciones de este estudio son las derivadas de cualquier estudio transversal, así como las relacionadas específicamente con la calidad de las fuentes de datos. Otras limitaciones se derivan de los posibles riesgos del proceso de imputación del nivel de estudios a los datos de mortalidad, realizado por primera vez por el INE en el año utilizado en el presente estudio.
	González-Rábago Y	2021	Describir las desigualdades sociales en las condiciones de vivienda y en los comportamientos relacionados con la salud entre los niños durante el encierro en España.	Población de 3-12 años viviendo en España (n=10.765).	La principal limitación resulta del tipo de muestreo utilizado. Incluso cuando se basa en muestras grandes, la técnica de autoselección puede producir resultados sesgados en comparación con el muestreo probabilístico debido a factores como la subrepresentación de las poblaciones menos favorecidas o las opiniones menos extremas. Sin embargo, el estudio buscó abordar el problema de la menor participación de las familias más vulnerables brindando apoyo telefónico a esta población en la recolección de datos y utilizando un sistema de ponderación específico. Otra posible fuente de sesgo es el uso de informantes clave, es decir, el padre, la madre o el tutor legal de la población menor de 13 años, en lugar del propio niño, pero las preguntas se diseñaron en consecuencia.

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
socioeconómico	García-Altés A	2018	Estudio transversal	Analizar el estado de salud, el uso de los servicios sanitarios públicos y el consumo de medicamentos con receta en la población de Cataluña teniendo en cuenta el nivel socioeconómico de las personas y prestando especial atención a los grupos vulnerables.	Toda la población residente en Cataluña en 2015 (7,5 millones de personas) mediante registros administrativos.	Dado que no es posible ajustar el análisis según las necesidades de cada individuo, no se puede determinar si el gradiente observado en el uso de los servicios debe ser mayor, ya que existen evidencias que señalan que las personas con niveles socioeconómicos más bajos tienen más dificultades de acceso, por ejemplo, claramente, a los servicios preventivos. No podemos estar seguros de que el gradiente observado en los servicios públicos de salud se mantenga en todo el sistema de salud en su conjunto, ya que se conoce poco sobre el uso de los servicios privados de salud. De hecho, algunos estudios han demostrado que las clases más acomodadas utilizan la atención ambulatoria especializada con más frecuencia. A la hora de interpretar los datos, conviene tener en cuenta las diferencias en el número de individuos a los que se hace referencia en cada uno de los indicadores y los grupos de edad y sexo analizados. Cabe señalar, además, que en el caso de los niños de 0 a 4 años, solo se incluyó al 55% de la población, mientras que para los demás grupos de edad la proporción estuvo entre el 70% y el 95%. Para muchas variables de este estudio, el gradiente entre los diferentes niveles socioeconómicos no fue lineal. Este punto se ha señalado en investigaciones anteriores, en las que las desigualdades eran más acentuadas hasta una renta de aproximadamente 30.000€ al año, momento en el que el efecto comenzó a decaer. En el estudio actual, la pertenencia al grupo con unos ingresos de 18.000€ o más supuso una mejora significativa en los indicadores de salud. Como todos los estudios, esta evaluación no está exenta de limitaciones. Aparte de los mencionados anteriormente, también debemos enfatizar que las personas se asignan a un grupo de copago de medicamentos en particular sobre la base de los ingresos declarados en las declaraciones de impuestos sobre la renta de las personas físicas. En el caso de personas físicas que realicen declaraciones de impuestos conjuntas o personas de la misma unidad familiar con ingresos diferentes, este procedimiento de tasación puede introducir un sesgo; sin embargo, no se dispone de mejor información.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	Carrillero N	2021	Calcular la desigualdad socioeconómica para una amplia gama de enfermedades en toda la población infantil y determinar las diferencias de género en las desigualdades en cada enfermedad.	1.449.816 menores de 15 años de 2014 a 2017 (48,52% niñas) y cada uno de sus diagnósticos registrados en el Sistema Nacional de Salud de Cataluña.	No cita limitaciones o sesgos.
Estatus socioeconómico	Álvarez-Gálvez J	2019	Analizar el impacto percibido de la crisis sobre la salud de la población andaluza a través de los discursos de primera mano de profesionales del sector sanitario y social por un lado, y ciudadanos de diferente nivel socioeconómico (NSE) por otro.	Cinco grupos focales y diez entrevistas semiestructuradas siguiendo un proceso inductivo basado en la <i>Grounded Theory</i> (GT).	A pesar de la participación de profesionales tanto del sector sanitario como social, no pudimos contratar profesionales del sector sanitario privado, que podrían haber aportado una perspectiva adicional sobre el efecto de la crisis. La atribución de la posición socioeconómica de los grupos de población en general se infirió del área residencial donde se reclutaron los individuos (barrios de ingresos bajos, medios y altos), y esta estrategia imposibilita reclutar perfiles de clase social de ninguno de los extremos por problemas de accesibilidad (es decir, áreas más pobres y áreas más ricas).
	Jiménez-Picón N	2020	Conocer las repercusiones de la crisis económica de 2008 en la salud de las personas afectadas, relacionando los procesos de desahucio con consecuencias en salud desde el modelo biopsicosocial.	734 registros y la búsqueda manual halló 10 tras aplicar los criterios de inclusión. Tras proceso de selección y cribado se seleccionaron 11 estudios.	Puede tener un sesgo de publicación, pues suelen publicarse estudios con resultados positivos; un sesgo de selección, dado que en la búsqueda puede que algún estudio no haya sido identificado; y un sesgo del investigador, pues sus expectativas y opiniones han podido condicionar las conclusiones. Los estudios incluidos también presentan limitaciones, como muestreo de conveniencia por la dificultad de acceso a la población en procesos de desahucio, muestras coincidentes en varios estudios y falta de consenso en las variables de estudio que impide el metaanálisis.

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
Estatus socioeconómico	García R	2018	Estudio de cohorte retrospectivo	Analizar la presencia de desigualdades socioeconómicas y su impacto en las hospitalizaciones y la mortalidad en pacientes con IC atendidos en un sistema de cobertura universal de salud.	En el riesgo de hospitalización por insuficiencia cardíaca (IC), los pacientes con el NSE (nivel socioeconómico) más desfavorable tenían el mayor riesgo. Un año después de la inclusión del estudio, la incidencia de hospitalización según los niveles de NSE fue del 16,7%, 20,3%, 21,9%, 23,3% y 26,2%, respectivamente. Cuatro años después de la IC, las incidencias fueron del 32,8%, 38,9%, 41,6%, 43,8% y 48,3%, respectivamente. La probabilidad de ser hospitalizado aumentó según los niveles de NSE. Se observó que los pacientes con el NSE más desfavorable tenían un 46% más de probabilidad de hospitalización que aquellos con el más favorable. Además, los pacientes mayores, obesos y con diabetes tipo 2 tenían más probabilidad de hospitalización. Con respecto a las comorbilidades, los pacientes diagnosticados de cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, enfermedad arterial periférica, enfermedad pulmonar o renal crónica y asma fueron hospitalizados con mayor frecuencia. El análisis no ajustado mostró que los pacientes con mejor nivel socioeconómico tenían más riesgo de muerte (O1 21,6%, O2 19,6%, O3 19,6%, O4 18,1%, O5 20,8%, p < 0,08), aunque en la regresión multivariable de riesgos proporcionales de Cox este efecto desapareció. Además, se observó que los hombres y los pacientes mayores tenían mayor riesgo de mortalidad.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
------------	---------------------	---------------------------------------	---------------	-----------------	--------------------------	----------------------------

Estatus socioeconómico	Molina-Barceló A	2011	Estudio cualitativo	Examinar la influencia del género y el estatus socioeconómico (NSE) en la participación en el cribado del cáncer colorrectal (CCR).	Un total de 56 personas participaron en el estudio. Los participantes fueron reclutados a través de tres estrategias: a través de médicos de atención primaria, a través de redes sociales utilizando la técnica de bola de nieve y mediante llamadas telefónicas a la población objetivo utilizando la base de datos del programa de cribado.	No cita limitaciones o sesgos.
------------------------	------------------	------	---------------------	---	--	--------------------------------

	Carrere J	2020	Estudio transversal	Comparar el estado de salud entre la población vulnerable que participa en un programa de lucha contra la pobreza energética y la población sin pobreza energética de Barcelona y analizar el efecto de la intensidad de la pobreza energética en la salud.	Población con pobreza energética (n=2.470); Población sin pobreza energética (n=2.609).	La principal limitación fue la existencia de múltiples factores de confusión entre ambas poblaciones, amenazando la validez externa. Otra limitación fue la fiabilidad y la precisión de medidas autopercibidas de pobreza energética debido al sesgo de notificación. Este estudio también pudo haber incurrido en sesgo de selección debido al uso de una muestra no aleatoria entre participantes del programa.
--	-----------	------	---------------------	---	---	--

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
Estatus socioeconómico	Bolívar-Muñoz J	2016	Estudio transversal con datos de la Encuesta Andaluza de Salud	Analizar el estado de salud percibido y otros indicadores relacionados con la salud en la población adulta de Granada (España) en proceso de desalajo de su domicilio, alquilado o en propiedad, en comparación con los indicadores de salud de la población adulta general andaluza.	205 personas en proceso de desahucio.	Limitaciones propias de los estudios transversales para el establecimiento de relaciones causales. El hecho de desarrollar una enfermedad puede aumentar el riesgo de una ejecución hipotecaria, en parte debido al riesgo de perder el puesto de trabajo y la disminución de los ingresos. No obstante, es conocido que la principal causa de inicio de la situación fue la pérdida de trabajo (el 58,1%) o la pérdida de ingresos (17,7%) en el contexto actual de crisis, en concordancia con resultados similares de otros análisis en nuestro contexto. Cabe señalar que la encuesta aplicada perseguía conocer la salud individual, por lo que el número de personas entrevistables se redujo considerablemente en tanto que a las asambleas acuden varios miembros de una misma familia, y de ahí que no alcanzáramos a las encuestas previstas. Por otro lado, las personas que acuden a las asambleas varían cada semana, lo que ha imposibilitado determinar una tasa de respuesta. La experiencia desde el trabajo de campo fue positiva; la principal negativa a responder la encuesta fue por falta de tiempo, y entonces citábamos a la persona en otro momento, facilitando así la participación. La dilatación del trabajo de campo durante tantos meses, y la asistencia semanal del personal entrevistador a las asambleas, favoreció que se encuestara a la práctica totalidad de las personas que habitualmente asisten.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
	López del Amo-González MP	2018	Estudio transversal con datos de la Encuesta de Condiciones de Vida (2007-2010 y 2008-2011)	Analizar la relación entre, por un lado, el desempleo de larga duración, la privación social y el gasto público social regional y, por otro lado, la salud autopercibida en España (2007-2011).	Población española. Se incluyeron 9.105 individuos y 36.420 observaciones.	Debido a la naturaleza bidireccional entre las variables de interés y la salud autopercibida, este estudio no fue capaz de establecer una relación causal entre las asociaciones identificadas. Esto resultó especialmente relevante en relación a la asociación entre mala salud percibida y desempleo de larga duración.
Estatus socioeconómico	Serral G	2017	Estudio transversal con datos de la ENSE 2011	Analizar según variables sociodemográficas el control mamográfico que realizan las mujeres españolas de 45 a 69 años de edad.	3.086 mujeres de 45 a 69 años de edad.	Las limitaciones del estudio fueron las intrínsecas de las encuestas de salud (sesgo de memoria). Otra limitación derivó de las preguntas en la ENS, en concreto de la pregunta sobre la periodicidad de la última mamografía, que no da cuenta de si la práctica preventiva se realizó de forma bianual, o del hecho de poder establecer la temporalidad en el control periódico de la mamografía.
	Oliver-Parra A	2020	Estudio transversal	Examinar la relación entre la presencia de patología psiquiátrica en niños y el nivel socioeconómico y presencia de patología psiquiátrica en los padres.	Población de 6 a 15 años residente en Cataluña en 2017. 925.279 niños analizados.	Al ser datos anonimizados, no se pudo saber exactamente si el responsable de su tarjeta sanitaria es un padre o no, aunque se sabe que será así en la mayor parte de los casos. La variable estatus socioeconómico se basa en el copago farmacéutico de cada individuo según su declaración de la renta. El estudio emplea datos solamente de servicios sanitarios públicos, pudiendo existir diferencias en cuanto a la doble aseguración a lo largo del espectro de nivel socioeconómico.

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
Estatus socioeconómico	Urbanos-Garrido RM	2012	Estudio transversal con datos de la muestra española de Estadísticas Europeas de Renta y Condiciones de Vida (EU-SILC) 2006	Aportar nueva evidencia sobre los factores que impulsan las desigualdades socioeconómicas en salud para la población española al incluir la privación de vivienda y las interacciones sociales como determinantes de la salud.	Muestra española de adultos de la Estadística de Renta y Condiciones de Vida (EU-SILC) 2006 (n=25.498).	Se trató de un estudio transversal, por lo que no es posible discutir sus hallazgos en términos de relaciones causales. El índice de concentración no fue neutral y asumió parámetros específicos sobre la aversión a la desigualdad. La definición de variables de mala salud no se basó en informes clínicos, lo que pudo implicar que estuvieron sujetos a sesgos en función de características personales o socioeconómicas. Además, este sesgo pudo depender del indicador de mala salud utilizado. Además, la conversión de dos variables originales de múltiples categorías (salud autoevaluada y limitaciones en las actividades diarias) en variables ficticias también pudo introducir alguna distorsión. Varios determinantes relevantes de la salud, como el estilo de vida, se excluyeron de las regresiones, ya que no son recopilados por EU-SILC. Además, la variable <i>No dentista</i> , ya que refleja una necesidad insatisfecha, podría considerarse endógena y, por lo tanto, causar algún sesgo en la estimación. Sin embargo, cuando esta variable se excluyó del análisis, los resultados apenas cambiaron. Además, algunos regresores estuvieron significativamente correlacionados y pudieron tener relaciones causales entre ellos. Este es el caso entre los sustitutos de la privación de vivienda y los ingresos, y también entre la privación de vivienda y la privación financiera, aunque las correlaciones de rango nunca superaron el 0,36.
	Urbanos-Garrido RM	2016	Revisión	Poner de manifiesto la presencia de desigualdades sociales en el acceso a las prestaciones sanitarias en España.	Población española.	No cita limitaciones o sesgos.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
Estatus socioeconómico	Gullón P	2021	Estudio transversal con datos de la ENSE 2017	Describir las desigualdades sociales en factores de riesgo cardiovascular en hombres y mujeres por Comunidad Autónoma en España.	20.406 individuos mayores de 18 años de la ENSE 2017.	Al ser un estudio descriptivo transversal, no se puede inferir causalidad. Las medidas de los factores de riesgo cardiovascular se basaron en medidas autorreportadas, lo que podría suponer un sesgo de información. Puede que haya diferencias en el uso de servicios de salud por clase social, lo que puede sesgar el conocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular. No se analizaron los mecanismos a través de los cuales se presentan las diferencias regionales.
	Esquius L	2021	Estudio transversal con datos del proyecto DESKcohort 2019-2020	Explorar las relaciones entre el desajuno y las características sociodemográficas, los comportamientos relacionados con la salud y el rendimiento escolar.	7.319 adolescentes.	Los datos fueron autoinformados, por lo que puede haber un sesgo de recuerdo o un informe inexacto de los datos socioeconómicos. Se midió la SEP percibida en lugar de utilizar una medida directa.
Capital social/ apoyo social	Utzet M	2016	Estudio transversal	Analizar si las asociaciones entre las exposiciones psicosociales en el lugar de trabajo y la salud mental de la población trabajadora cambió en España entre 2005 y 2010.	Población española trabajadora. Encuestas en 2005 (n=5.073) y 2010 (n=3.544).	Al ser un estudio transversal no se puede asumir que la asociación entre las exposiciones y la salud mental de la población trabajadora es causal. Además, se desconoce si dicha población contaba con episodios de salud mental previos a las exposiciones de su trabajo. No se ha conseguido tener en cuenta la duración de la exposición de los trabajadores a altos ritmos de trabajo. No se incluyeron personas que trabajaban sin contrato, por lo que los trabajadores más precarios fueron excluidos del análisis, lo que podría infraestimar el empeoramiento de las condiciones laborales y la magnitud de los problemas de salud mental.

▶ **Siglas:** SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
Diversidad afectivo sexual (identidad de género/ orientación sexual)	Latasa-Zamalloa P	2019	Estudio transversal con datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) los años 2001 y 2013. Describir el motivo de ingreso hospitalario y las comorbilidades asociadas de las personas transexuales en España entre los años 2001 y 2013.	2.010 altas correspondientes a 1.878 pacientes (2003-2013).	La identidad de género no figura como información socio-demográfica, sino como diagnóstico. La dispersión de los procedimientos a la hora de la codificación en el CMBD es elevada, lo que podría deberse a una falta de consenso o a una limitación propia del registro. Los datos no permiten extrapolar los resultados a toda la población trans. En primer lugar, al trabajar con códigos CIE, el estudio no incluye a aquellas personas trans que no tienen un diagnóstico de transexualidad. Por otro lado, la aplicación de los criterios diagnósticos no incluye, por ejemplo, a aquellas personas que no han expresado su deseo de transición en un tiempo inferior a dos años. Además, puede haber personas que habiendo superado el proceso de evaluación médica y teniendo los criterios CIE, acceden a la atención especializada con un ingreso sin un registro de este código en el CMBD. A esto se le suman las barreras de acceso habituales de la población y la utilización de una definición de población trans muy limitada, lo que conlleva a una pérdida importante de la población a estudio.
	Coll J	2016	Revisión	Describir los riesgos, problemas de salud y factores relacionados con el consumo de drogas recreativas y sexo (chemsex) en hombres que tienen sexo con hombres (HSH).	No cita limitaciones o sesgos.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/sesgos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Diseño	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/sesgos
Diversidad afectiva sexual (identidad de género/orientación sexual)	Folch C	2015	Estudio transversal con datos de la Encuesta Europea por Internet para HSH (2010)	Describir el patrón de uso de drogas en HSH residentes en España y su asociación con las prácticas de riesgo sexual.	HSH en España: 13.111 cuestionarios válidos incluidos en el análisis. 30.699 accedieron a la encuesta, el 32,4% desistió de participar.	Al ser una muestra captada básicamente online, puede ser que muchos HSH sin acceso a Internet no hayan podido acceder a la encuesta, por lo que no se pueden generalizar los resultados a toda la población de HSH residente en España. Por otro lado, el perfil de los HSH encuestados en los sitios web elegidos para la selección puede tener características sociodemográficas y comportamientos diferentes de otros usuarios que no acceden a ellos. No se puede descartar una infradeclaración de ciertas conductas de riesgo por el efecto de la desabilidad social, es decir, responder según lo que se considera socialmente más aceptable, aunque al ser Internet un medio que facilita el anonimato este sesgo debe ser bajo. Finalmente, no se puede confirmar que el uso de drogas fuera simultáneo a la relación sexual, pues se preguntaba de manera desvinculada sobre dichos temas.
	Valencia J	2018	Estudio transversal	Conocer la frecuencia del uso de drogas recreativas y de drogas asociadas a <i>chemsex</i> en varones no infectados por VIH, sus patrones de consumo, las conductas sexuales de alto riesgo, los efectos adversos en el sistema nervioso central y la autopercepción de las consecuencias asociadas al consumo	666 varones encuestados en Madrid en el contexto del Orgullo Gay 2016.	La información de cada una de las drogas asociadas a <i>chemsex</i> no necesariamente implicó su uso con fines sexuales. No obstante, los hombres gays reportaron más frecuentemente el consumo de alguna droga recreativa durante las relaciones sexuales, por lo que de manera indirecta podemos intuir un fin sexual del consumo de las drogas que definimos como asociadas a <i>chemsex</i> : La información referida por los participantes encuestados no puede representar estrictamente lo que sucede en la realidad global, ni establecer relaciones causales. Además, el ambiente festivo que rodeaba al lugar de realización de la prueba pudo haber sobreestimado las frecuencias del consumo de drogas; Otra limitación es propia del análisis estadístico, puesto que solo se realizó un análisis univariante sin ajustar por variables de confusión.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercebido.

Anexo I (continuación)

Características de los estudios según el determinante social de la salud (DSS) abordado: diseño, objetivo, población/muestra y limitaciones/segos.

DSS	Primer autor	Año de publicación del estudio	Objetivo	Población/muestra	Limitaciones/segos
Diversidad afectiva sexual (identidad de género/orientación sexual)	González-Baeza A	2018	Calcular la prevalencia del uso sexualizado de drogas (USD) y sus factores asociados en una muestra de HSH seropositivos en España.	HSH VIH-positivos de la Comunidad de Madrid. 742 encuestas completadas (tasa de respuesta 26,4%).	Este estudio tiene las limitaciones propias de los estudios transversales con encuesta, especialmente el sesgo de respuesta y el sesgo de recuerdo. Solo uno de cada cuatro pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y se les invitaba a participar completaron el cuestionario. Aunque no hubo diferencias sociodemográficas ni clínicas entre ambos grupos, no se puede descartar el potencial riesgo de sesgo de no respuesta.
	Fernández-Dávila P	2016	Entender la emergencia del fenómeno del <i>chemsex</i> desde una visión integral y holística, así como plantear una definición desde una perspectiva de la reducción de riesgos para la prevención del VIH, de otras ITS y para el cuidado de la salud sexual y general.	Hombres gais, bisexuales y otros HSH en España.	Al ser un artículo de opinión basado en datos no publicados, observaciones y reflexiones personales sobre el consumo de drogas en el colectivo gay, no deja de estar exento de subjetividad por lo que este aspecto sería quizá la principal limitación de su contenido. Sin embargo, esta limitación ha tratado de ser solventada haciendo una revisión de la literatura científica sobre este tema e incluyendo referencias bibliográficas para apoyar las afirmaciones vertidas. Otra limitación sobre la información contenida en este artículo sería que el fenómeno del <i>chemsex</i> ha sido observado en una gran ciudad como Barcelona, lo cual podría no haber incluido algunas diferencias sutiles sobre cómo ocurre este fenómeno en otras ciudades de España.

Siglas: SM: Salud Mental; ESAP: Estado de salud autopercibido.