



ORIGINAL

Salud, deporte y vulnerabilidad socioeconómica en una comunidad urbana

Isabel Aguilar-Palacio^{a,*}, Marta Gil-Lacruz^b y Ana Isabel Gil-Lacruz^c

^a Departamento de Microbiología, Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^b Departamento de Psicología y Sociología, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^c Departamento de Dirección y Organización de Empresas, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

Recibido el 26 de julio de 2012; aceptado el 4 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 23 de noviembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Grupos vulnerables;
Deporte;
Salud percibida;
Salud diagnosticada;
Clase social

Resumen

Objetivo: Analizar la relación entre el estado de salud percibido y diagnosticado, la práctica deportiva y la pertenencia a un grupo socioeconómico vulnerable.

Diseño: Estudio observacional. Encuesta.

Emplazamiento: Barrio de Casablanca. Zona de atención primaria de la ciudad de Zaragoza.

Participantes: Se incluyeron 1.032 residentes en el barrio mayores de 15 años.

Mediciones principales: a) La salud percibida replicando el cuestionario de Davis y Ware, *Health Perceptions Questionnaire*; b) la morbilidad aguda diagnosticada; c) la práctica deportiva mediante el test Comportamientos saludables-94 de Herrero, Musitu y Gracia, y d) la vulnerabilidad socioeconómica obtenida mediante el análisis conjunto del nivel de estudios, situación laboral y nivel de ingresos anuales netos de la unidad familiar.

Resultados: La vulnerabilidad socioeconómica se relaciona de manera estadísticamente significativa con variables relativas a la salud, como el diagnóstico médico y la percepción de la salud, y con la práctica de deporte. La vulnerabilidad y el ejercicio físico influyen de un modo más directo en la salud percibida que en la salud diagnosticada. El análisis estadístico en función del sexo ratifica dicha asociación para los hombres, pero no para las mujeres.

Conclusiones: El impacto de los determinantes sociales de la salud se encuentra modelado por la variable sexo. La estratificación social y los estilos de vida (ejercicio físico) son predictores del estado percibido de salud y, por extensión, de la relación del ciudadano con el sistema sanitario.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: iaguilar@unizar.es (I. Aguilar-Palacio).

KEYWORDS

Vulnerable groups;
Sport practice;
Perceived health;
Diagnosed health;
Social class

Health, sport and socioeconomic vulnerability in an urban community**Abstract**

Objective: To analyse the association between perceived and diagnosed health, sport practice, and the belonging to a vulnerable socioeconomic group.

Design: Observational study. Questionnaire.

Setting: Casablanca neighbourhood. Primary Health Care Area in the city of Zaragoza (Spain).

Participants: 1032 residents aged over 15 years.

Main measurements: a) Perceived health using the Health Perception Questionnaire of Davis and Ware; b) diagnosed morbidity; c) sport practice using the Healthy Lifestyles questionnaire-94 of Herrero, Musitu and Gracia, and d) socioeconomic vulnerability based on the occupational, educational and economic conditions of the family unit.

Results: Socioeconomic vulnerability had a statistically significant association with diagnosed health, self-perceived health, and sport practice. Vulnerability and exercise showed a higher influence over self-perceived health than over diagnosed health. In the analysis stratified by gender, the association could only be observed in men.

Conclusions: The impact of health social factors is modulated by gender. Social stratification and lifestyles, such as sport practice, are predictors of self-perceived health and, thus, of the relationship between the population and the use of health services.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Condiciones de vida precarias conllevan situaciones de riesgo para la salud¹ y limitan el acceso a los recursos sanitarios². Las carencias socioeconómicas se reflejan en una mayor exposición a factores de riesgo, una menor frecuencia de hábitos saludables y, por ende, en una mayor morbilidad diagnosticada y una peor percepción de la propia salud. De este modo, es posible identificar colectivos vulnerables en relación con la estratificación social. El estudio de la vulnerabilidad remite al análisis de las diferencias entre grupos y a las desigualdades en salud^{3,4}, así como a las estrategias socioeconómicas y sanitarias encaminadas a su corrección.

La adopción de comportamientos de riesgo no constituye solo una elección individual, sino que a menudo se aprenden y se comparten entre familiares, amigos, etc.⁵. El sedentarismo es uno de los comportamientos de riesgo que más complicaciones para la salud genera, estando asociado a una evaluación negativa de la propia salud. Por el contrario, el ejercicio físico regular se vincula a un mayor grado de bienestar percibido y a mejores resultados objetivos de salud⁶. Su práctica contribuye a proteger el equilibrio físico y psíquico, además de favorecer el abandono de hábitos perjudiciales y facilitar el mantenimiento de dietas equilibradas^{7,8}.

Tanto la propia percepción de la salud como la práctica deportiva se encuentran mediatizados por factores sociales y culturales. En el caso de la salud, entornos comunitarios degradados repercuten en una peor valoración de la salud de sus ciudadanos⁹. Ante las amenazas para la salud, las personas integran la información y sus emociones en representaciones sociales de lo que supone estar sano y enfermo. Estas representaciones conllevan intentos de regulación y planes de acción que a menudo involucran a la red social en un continuo proceso de *feedback*^{10,11}.

En cuanto a la práctica deportiva, es conocida su dependencia de factores psicosociales como el nivel de conocimiento y motivación, el hábito, la disponibilidad de tiempo, la integración en una red social y el acceso a infraestructuras y recursos.

Pero no todos los grupos sociales presentan las mismas tendencias ni los factores influyen del mismo modo¹². Aislando el efecto de determinadas variables de estratificación social como el nivel de instrucción y la situación laboral, las mujeres siguen presentando una peor valoración de su propia salud y un mayor sedentarismo¹³. Así, la medida de la vulnerabilidad en relación con la salud requiere la consideración de condicionantes objetivos pero también la valoración subjetiva del bienestar^{14,15} (fig. 1).

El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre la práctica deportiva, la vulnerabilidad socioeconómica y la percepción y el diagnóstico del estado de salud en una comunidad urbana.

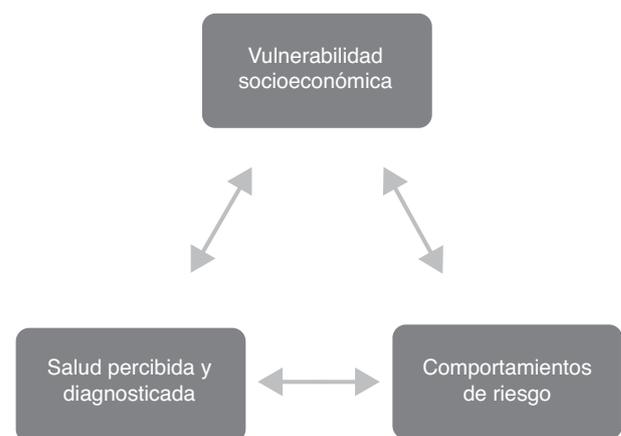


Figura 1 Relación entre los elementos de estudio.

Material y métodos

El estudio es de carácter exploratorio transversal, siendo el universo de la investigación una población de 6.514 personas mayores de 15 años residentes en el barrio de Casablanca (Zaragoza).

Con el fin de que la muestra fuese representativa de la población del barrio a un nivel de confianza del 95,5% y con un margen de error de ± 3 , se entrevistó a 1.032 sujetos en sus domicilios. El trabajo de campo se realizó mediante un procedimiento aleatorio de rutas y cuotas con estratificación en función del sexo y la edad. La composición final de dichos grupos se refleja en la [tabla 1](#).

El instrumento utilizado integró diferentes cuestionarios epidemiológicos y psicosociales. En esta investigación se priorizaron los siguientes:

- **Características sociodemográficas.** Sexo, edad, nivel educativo, situación laboral e ingresos anuales netos del hogar.
- Cuestionario estandarizado de la percepción de la salud (*Health Perceptions Questionnaire*¹⁶). La consistencia interna del instrumento presenta una fiabilidad elevada constatable mediante el coeficiente α de Cronbrach ($\alpha = 0,86$). Asimismo, se preguntó a los encuestados si durante las 2 semanas previas a la entrevista habían sido diagnosticados por algún servicio médico.

Tabla 1 Descriptivo de la muestra

	Número	Porcentaje
<i>Sexo</i>		
Masculino	497	48,2
Femenino	535	51,8
<i>Grupos de edad (años)</i>		
16-29	337	32,7
30-59	492	47,7
≥ 60	203	19,7
<i>Vulnerabilidad socioeconómica</i>		
Grupo vulnerable	550	53,3
No vulnerable	482	46,7
<i>Práctica deportiva</i>		
Al menos una vez a la semana	468	45,3
Menos de una vez a la semana	564	54,7
<i>Salud percibida</i>		
Excelente, buena	537	52,0
Normal, mala	495	48,0
<i>Enfermedades diagnosticadas en las últimas 2 semanas</i>		
	485	47,0

- **Práctica deportiva.** Pregunta recogida en el Cuestionario de Comportamientos Saludables (CPS-94¹⁷). La respuesta se graduó en una escala de 8 opciones que abarca desde la posibilidad de la práctica diaria hasta «nunca se practica».

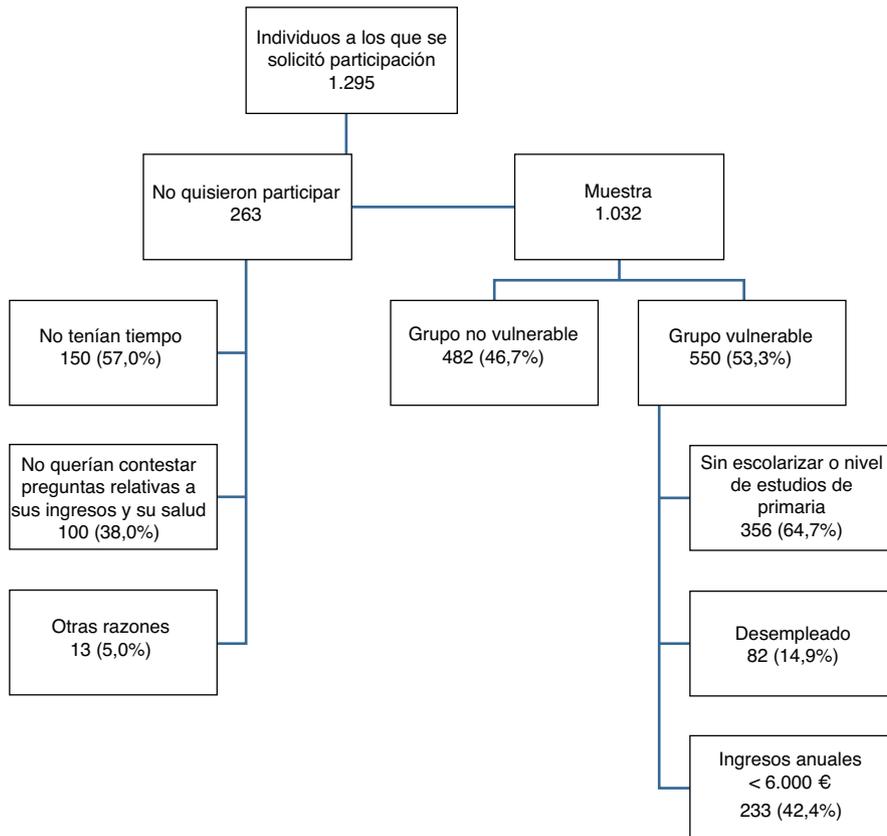


Figura 2 Participantes en el estudio.

Tal y como se refleja en la [figura 2](#), la vulnerabilidad socioeconómica se definió según el nivel de ingresos, el nivel educativo y la situación laboral. Se considera persona vulnerable si: su máximo ingreso anual neto por miembro de hogar es de 6.000 €; su máximo nivel educativo es de primaria, o se encontraba en situación de desempleo en el momento de la encuesta. El umbral de ingresos se calculó teniendo en cuenta los ingresos anuales del hogar y el número de miembros. Se consideraron personas vulnerables aquellas cuyos ingresos quedaban por debajo del 60% del promedio de la comunidad¹⁸.

El tratamiento de datos, la codificación y el análisis estadístico se realizaron con el *software* estadístico SPSS. Primero, se efectuó un análisis descriptivo para conocer las características de la muestra. En segundo lugar, se aplicó un análisis bivariado para explorar la asociación entre las distintas variables estudiadas y la pertenencia a la población vulnerable (test de ji al cuadrado de diferencia de proporciones). Por último, se realizaron 2 análisis de regresión logística. En el primero se estudió la asociación entre la pertenencia al grupo vulnerable y las características del estado de salud y la práctica deportiva. En el segundo, se analizó en qué medida la práctica deportiva estaba mediatizada por el estado de salud y la pertenencia al grupo vulnerable. Ambos análisis se realizaron tanto a nivel global como estratificados por sexo.

Resultados

De los 1.032 encuestados, el 51,8% fueron mujeres y casi la mitad tenían edades entre 30 y 59 años (47,7%). El grupo de población vulnerable estaba compuesto por 550 personas (53,5%). De los 3 criterios, el nivel educativo fue la principal característica de inclusión (64,7%) seguido de los ingresos anuales (58,7%). El 64,5% de los individuos clasificados como vulnerables cumplieron solo un criterio de inclusión, seguido del 32,5% con 2 criterios.

El 52,0% de los encuestados clasificaron su salud como «excelente» o «buena» y el 47,0% habían sido diagnosticadas de alguna enfermedad en las 2 semanas previas a la encuesta ([tabla 1](#)). El 54,7% practicaba ejercicio físico con una frecuencia inferior a una vez a la semana.

Al comparar las características sociodemográficas, se observaron diferencias relevantes en la práctica deportiva y el estado de salud ($p < 0,001$). El ejercicio físico habitual era más frecuente entre aquellos individuos no vulnerables, de modo que el grupo en situación de vulnerabilidad socioeconómica presentaba un mayor riesgo de sedentarismo. El colectivo vulnerable presentaba peores niveles de salud. El 58,2% de los vulnerables percibió su salud como «normal» o «mala» frente al 36,3% de los no vulnerables. Además, el



Esquema general del estudio: Se trata de una encuesta domiciliaria con carácter exploratorio transversal que establece como universo de la investigación una población de 6.514 personas mayores de 16 años residentes en el barrio de Casablanca (Zaragoza). La muestra final se compuso de 1.032 sujetos.

Tabla 2 Comparativa por grupo vulnerable

	Grupo vulnerable		Grupo no vulnerable		p ^a
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	
Sexo					
Masculino	229	41,6	268	55,6	< 0,001
Femenino	321	58,4	214	44,4	
Grupos de edad (años)					
16-29	96	17,5	241	50,0	< 0,001
30-59	273	49,6	219	45,4	
≥ 60	181	32,9	22	4,6	
Práctica deportiva					
Al menos una vez a la semana	216	39,3	252	52,3	< 0,001
Menos de una vez a la semana	334	60,7	230	47,7	
Salud percibida					
Excelente, buena	230	41,8	307	63,7	< 0,001
Normal, mala	320	58,2	175	36,3	
Enfermedades diagnosticadas en las últimas 2 semanas					
	311	56,5	174	36,1	< 0,001

^a Test de ji cuadrado.

56,5% de los sujetos vulnerables habían sido diagnosticados de alguna enfermedad en las últimas 2 semanas (tabla 2).

Las personas con mala salud percibida presentaron un riesgo 1,36 veces mayor de pertenecer al grupo vulnerable (IC 95% 1,02-1,82). Los sujetos con baja frecuencia de práctica deportiva en su tiempo libre presentaron una probabilidad mayor de pertenecer al grupo vulnerable ($p=0,016$) manteniéndose estas diferencias al ajustar por edad (OR = 1,42; IC 95% 1,07-1,88). Al combinar las variables de salud y de práctica deportiva se constató que, tanto las personas con buena salud percibida y práctica deportiva habitual, como aquellos que practicaban deporte y que no habían sido diagnosticados de ninguna enfermedad en las últimas 2 semanas, presentaban una probabilidad menor de pertenencia al grupo vulnerable, siendo ambos resultados estadísticamente significativos (OR = 0,72 y 0,71, respectivamente).

Los análisis estadísticos en función del sexo constatan la asociación en los hombres para la salud diagnosticada (OR = 1,53; IC 95% 1,02-2,29). Sin embargo, solo se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la pertenencia al grupo vulnerable y la no existencia de diagnósticos y de práctica deportiva habitual, siendo este un factor protector (OR = 0,60; IC 95% 0,39-0,93). La baja práctica deportiva se asoció a un mayor riesgo de pertenecer al grupo vulnerable ($p=0,061$). Por el contrario, no se pudo constatar asociación entre ninguna de las variables analizadas y la vulnerabilidad socioeconómica en las mujeres.

Entre los sujetos con mala salud percibida, se observó una mayor probabilidad de baja práctica deportiva (OR = 1,92; IC 95% 1,47-2,50), pero dicha asociación no se ratificó para aquellos que habían sido diagnosticados de alguna enfermedad. Estos resultados se mantuvieron al estratificar por sexo, siendo más relevante en los hombres (OR = 2,15) que en las mujeres (OR = 1,62). El ejercicio físico es habitual en aquellos individuos con buena salud percibida y que no pertenecían al grupo vulnerable (OR = 0,55; IC 95% 0,41-0,75).

Esta asociación prevaleció en los hombres (OR = 0,49; IC 95% 0,32-0,74) pero no en las mujeres ($p=0,232$) (tabla 3).

Discusión

La principal limitación de este trabajo va ligada a la polisemia y multidisciplinaridad de los temas de análisis, que dificultan su medida simplificada en una única encuesta. Además, el estudio de la relación entre la vulnerabilidad¹⁹, los comportamientos de riesgo y la percepción de la salud presenta la dificultad añadida de la causalidad inversa entre las variables. Estas limitaciones son constantes en este tipo de estudios, y precisan de instrumentos específicos como datos de panel.

No obstante, los resultados obtenidos en Casablanca avalan las tendencias apuntadas en la literatura científica. Las situaciones de vulnerabilidad socioeconómica se encuentran asociadas a las características sociodemográficas, a un mayor riesgo de sedentarismo y a un peor estado de salud, tanto percibido como diagnosticado. Por otro lado, la práctica deportiva se relaciona con la salud percibida y con la vulnerabilidad socioeconómica, siendo los individuos con una peor valoración de su salud y pertenecientes al grupo vulnerable los que presentaron un mayor riesgo de sedentarismo. De manera complementaria, un estilo de vida activo constituye un factor protector de la salud y un potencial indicador de una menor vulnerabilidad social. Una salud percibida pobre y una práctica deportiva escasa se han encontrado asociadas a un mayor riesgo de vulnerabilidad socioeconómica. Por último, disfrutar de un estado percibido de salud positivo y sin diagnósticos constituye un factor protector frente a la precariedad económica.

En relación con las diferencias de género, se constata que la interrelación entre variables es mayor para los hombres. Las mujeres, por lo general, presentan peor salud percibida,

Tabla 3 Resultados de la regresión logística para el conjunto de la muestra y estratificados por sexo

	Global			Hombres			Mujeres		
	Bruto	Ajustado		Bruto	Ajustado		Bruto	Ajustado	
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	p	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	p
OR de pertenencia a grupo vulnerable									
<i>Estado de salud</i>									
Mala salud percibida	2,44 (1,90-3,14)	1,36 (1,02-1,82)	0,039	2,34 (1,63-3,36)	1,53 (1,02-2,29)	0,041	2,40 (1,68-3,41)	1,09 (0,71-1,68)	0,684
Existencia de diagnósticos	2,30 (1,79-2,96)	1,22 (0,91-1,64)	0,184	2,42 (1,67-3,50)	1,39 (0,91-2,12)	0,126	1,94 (1,37-2,76)	0,90 (0,58-1,38)	0,619
Buena salud percibida y sin diagnósticos	0,41 (0,31-0,53)	0,76 (0,56-1,03)	0,076	0,45 (0,31-0,66)	0,73 (0,48-1,11)	0,139	0,41 (0,28-0,60)	0,93 (0,59-1,47)	0,754
<i>Práctica deportiva</i>									
Menos de una vez a la semana	1,70 (1,32-2,17)	1,42 (1,07-1,88)	0,016	1,76 (1,23-2,52)	1,46 (0,98-2,17)	0,061	1,36 (0,95-1,94)	1,19 (0,78-1,83)	0,419
<i>Salud y práctica deportiva</i>									
Buena salud percibida y práctica habitual	0,44 (0,34-0,59)	0,72 (0,52-0,99)	0,041	0,44 (0,30-0,64)	0,68 (0,45-1,05)	0,081	0,55 (0,36-0,84)	0,89 (0,54-1,47)	0,635
Sin diagnósticos y práctica habitual	0,41 (0,30-0,54)	0,71 (0,51-0,99)	0,043	0,36 (0,24-0,53)	0,60 (0,39-0,93)	0,022	0,62 (0,39-0,98)	1,14 (0,65-1,97)	0,652
OR de baja práctica deportiva									
<i>Estado de salud</i>									
Mala salud percibida	2,13 (1,66-2,73)	1,92 (1,47-2,50)	0,000	2,38 (1,65-3,42)	2,15 (1,47-3,14)	0,000	1,75 (1,23-2,51)	1,62 (1,10-2,37)	0,014
Existencia de diagnósticos	1,19 (0,93-1,52)	0,99 (0,76-1,29)	0,937	1,05 (0,73-1,50)	0,83 (0,56-1,23)	0,355	1,03 (0,72-1,44)	0,89 (0,61-1,30)	0,533
Buena salud percibida y sin diagnósticos	0,66 (0,51-0,86)	0,77 (0,58-1,01)	0,059	0,60 (0,42-0,86)	0,69 (0,47-1,01)	0,055	0,92 (0,62-1,36)	1,08 (0,71-1,64)	0,731
<i>Pertenencia a grupo vulnerable</i>									
Pertenencia a grupo vulnerable	1,69 (1,32-2,17)	1,43 (1,08-1,89)	0,013	1,76 (1,23-2,52)	1,48 (0,99-2,19)	0,055	1,36 (0,95-1,94)	1,14 (0,75-1,74)	0,547
<i>Salud y vulnerabilidad</i>									
Buena salud percibida y sin vulnerabilidad	0,48 (0,37-0,63)	0,55 (0,41-0,75)	0,000	0,43 (0,29-0,63)	0,49 (0,32-0,74)	0,001	0,65 (0,44-0,98)	0,76 (0,48-1,19)	0,232
Sin diagnósticos ni vulnerabilidad	0,64 (0,49-0,83)	0,77 (0,57-1,04)	0,086	0,61 (0,42-0,88)	0,74 (0,49-1,11)	0,139	0,93 (0,61-1,43)	1,18 (0,74-1,89)	0,494

IC 95%: intervalo de confianza al 95%; OR: odds ratios; p: significación estadística.

Variable de ajuste: edad.

mayor número de diagnósticos y menor práctica deportiva. La proporción de mujeres sedentarias aumenta a medida que se incrementa el número de horas trabajadas, la edad o las responsabilidades familiares y esto se ve acentuado en situaciones de vulnerabilidad socioeconómica, donde a menudo se alega la falta de tiempo como principal razón para no practicar deporte²⁰.

Los resultados de este estudio señalan la interdependencia entre el contexto, la percepción y los comportamientos de salud. La relación de la salud percibida con la vulnerabilidad y el ejercicio físico es estadísticamente más significativa que para la salud diagnosticada. La percepción personal de la salud aporta al profesional sanitario información sobre la situación socioeconómica y los comportamientos del individuo. Trabajar con los grupos e individuos vulnerables supone destacar la dimensión humana de la práctica clínica²¹.

Comprender el origen y la dirección de estas influencias²² y contextualizarlas en la comunidad resulta fundamental para establecer las prioridades de actuación de los profesionales sanitarios, sus funciones y sus recursos²³. En este sentido, la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2009)²⁴ defiende estudios que, como el nuestro, pretenden desde la atención primaria conocer e intervenir en las condiciones de vida y necesidades de los ciudadanos.

Lo conocido sobre el tema

- Las desigualdades socioeconómicas generan desigualdades en la salud de la población.
- La asunción de comportamientos saludables depende de variables demográficas como el sexo y la edad, y de variables de estratificación socioeconómica como el nivel de estudios y la situación laboral.
- La valoración negativa de la propia salud conlleva un mayor número de diagnósticos médicos.

Qué aporta este estudio

- La vulnerabilidad socioeconómica influye tanto en la percepción de la salud, como en la salud diagnosticada y en la adopción de comportamientos de riesgo.
- La vulnerabilidad socioeconómica en la salud repercute de diferente forma en hombres y mujeres.
- Los estudios locales reflejan el sentido y la dirección de estas influencias diferenciales dentro de una misma población.

Financiación

Proyecto de investigación I+D+I subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación: CSO2011-30089. Comportamiento sexual y reproductivo en España: factores de riesgo para la salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Este trabajo ha sido posible gracias al proyecto de investigación I+D+I subvencionado por el Ministerio de Ciencia e Innovación: CSO2011-30089. Comportamiento sexual y reproductivo en España: factores de riesgo para la salud.

Bibliografía

1. Frohlich KL, Potvin L. The inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*. 2008;98:216–21.
2. Escolar A. Primer informe sobre desigualdades y salud en Andalucía. Cádiz: Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Andalucía; 2008.
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22:429–45.
4. Solar O, Irwin A. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2005.
5. Sen G, Östlin P, George A. Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and gender equity knowledge network. WHO: Geneva; 2007.
6. Souto S. Percepción de la salud. Determinantes sociales en la atención primaria [tesis doctoral]. A Coruña: Universidad de la Coruña; 2012.
7. Prieto JA, Nistal P. La importancia del deporte-salud. *Efdeportes.com* [revista en internet]. 2003 [consultado 9 Nov 2012];61. Disponible en: <http://www.efdeportes.com/efd61/deporte.htm>
8. Pastor Y, Balaguer I, Atienza FL, García-Merita ML. Análisis de las propiedades psicométricas del perfil de autopercepción para adolescentes. *Iberpsicología*. 2001;6:11.
9. Cummins S, Stafford M, Macintyre S, Marmot M, Ellaway A. Neighbourhood environment and its association with self-rated health: evidence from Scotland and England. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59:207–13.
10. Pacheco-Huergo V, Viladrich C, Pujol-Ribera E, Cabezas-Peña C, Nuñez M, Roura-Olmeda P, et al. Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire. *Aten Primaria*. 2012;44:280–7.
11. Stringhini S, Dugravot A, Shipley M, Goldberg M, Zins M, Kivimäki M, et al. Health behaviours, socioeconomic status and mortality: Further Analyses of the British Whitehall II and the French Gazel Prospective Cohorts. *Plos Medicine*. 2011;8:1–12.
12. Ferrer A, Badia T, Formiga F, Almeda J, Fernández C, Pujol R. Gender differences in health status in a population of over 85 year-olds. The Octabaix study *Aten Primaria*. 2011;43:577–84.
13. Berk G, Rodgers Y, Seguido S. Feminist economics of inequality, development and growth. *Feminist Economics*. 2009;15:1–33.
14. Tremblay S, Dahinten S, Kohen D. Factors related to adolescents self-perceived health. *Health Reports*. 2003;14:7–16.
15. del Llano JE. Los determinantes de salud y la información sanitaria. *El País*. 2004;28:37.
16. Davies AR, Ware JE. Measuring Health Perceptions in the Health Insurance Experiment. Santa Monica: Rand Corporation; 1981.
17. Herrero J, Musitu G, Gracia E. Cómo aprendemos a relacionarnos. Un análisis desde el concepto de apoyo social. En: Musitu

- G, editor. *Intervención comunitaria*. Valencia: Set i Set; 1994. p. 263–70.
18. Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22:465–73.
 19. Füssel HM. Vulnerability: a generally applicable conceptual framework for climate change research. *Glob Environ Change*. 2007;17:155–67.
 20. Garcia Y, Matute S, Tifner S, Gallizo M, Gil-Lacruz M. Sedentarismo y percepción de la salud. Diferencias de género en una muestra aragonesa. *Revista Internacional de Medicina de las Ciencias de la Actividad Física y del Deporte*. 2007;28:344–58.
 21. Montero S. Crisis in family medicine: A bioethical perspective from the routine practice. *Aten Primaria*. 2010;42:528–33.
 22. Doyal L. Gender equity in Health: Debates and dilemmas. *Social Science Med*. 2000;51:931–9.
 23. Contel JC, Muntane B, Camp L. Care of the chronic patient in a complex situation: the challenge of building an integrated care scenario. *Aten Primaria*. 2012;44:107–13.
 24. The WHO Commission on Social Determinants of Health [consultado 23 Jul 2012]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html