



Universidad de Valladolid

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, JURÍDICAS Y DE LA
COMUNICACIÓN

Grado en Administración y Dirección de Empresas

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Salud y regímenes de bienestar. Un análisis estadístico para la
Unión Europea.**

Presentado por Paula Fernández Iglesias

Tutelado por Noelia Somarriba Arechavala

Segovia, a 19 de diciembre de 2016

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
--------------------------	----------

CAPÍTULO 1

Los regímenes de bienestar desde la perspectiva de la salud pública

1.1. Regímenes de bienestar y salud.....	10
1.2. Clasificación de los regímenes de bienestar y sus características desde el punto de vista de la salud.....	11
1.2.1. Tipología de Whelan y Maître (2010). Eurofound.....	14

CAPÍTULO 2

Salud objetiva versus salud subjetiva

2.1. Definición de salud y sus adjetivos objetiva y subjetiva.....	18
2.2. Definición de salud pública.....	19
2.3. Indicadores de salud.....	20

CAPÍTULO 3

Análisis empírico: las desigualdades en salud y los regímenes de bienestar

3.1. La Encuesta Europea de Calidad de Vida.....	24
3.2. Descripción de los indicadores empleados en el análisis.....	25
3.3. Análisis estadístico, descriptivo e inferencial. Contraste de hipótesis.....	26
3.3.1 Estudio descriptivo e inferencial de la salud subjetiva.....	28
3.3.2 Estudio descriptivo e inferencial de la salud objetiva.....	31
3.3.3 Estudio de las diferencias en la salud subjetiva en relación a un indicador de salud objetiva.....	36

CONCLUSIONES.....	40
--------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA.....	44
--------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El estudio de las causas de las desigualdades en la salud de la población es un ámbito clave dentro de las ciencias sociales. Numerosas investigaciones intentan explicar el porqué de esta heterogeneidad utilizando diversas metodologías e indicadores con el fin de arrojar conclusiones generalizables. A día de hoy, sin embargo, ni siquiera se ha logrado un consenso claro con respecto a la metodología, como veremos más adelante, ni tampoco con los resultados obtenidos tras los estudios y análisis realizados. Dada la trascendencia del tema éste ha recibido una gran atención desde un punto de vista académico, político y social, y existen multitud de trabajos que estudian las desigualdades de salud en relación a los diferentes estados de bienestar (por ejemplo, Bambra (2011); Beckfield, J. y Krieger, N. (2009); Bergqvist et al. (2013); Chung y Muntaner (2007); Eikemo et al. (2008); Högberg (2014); Hurrelmann et al. (2009); Navarro y Shi (2001); Sarti et al. (2013), entre otros).

Una de las formas más extendidas para intentar explicar estas desigualdades, consiste en agrupar países en función de los respectivos regímenes de bienestar. Esta es, precisamente, la metodología que vamos a utilizar a la hora de realizar nuestro análisis comparativo, con el fin de observar si existen diferencias significativas en los indicadores de salud de los individuos pertenecientes a los diferentes sistemas de bienestar en la Unión Europea. Con ello se pretende dar con las claves de las políticas públicas que mejoren la salud y conocer hasta qué punto la generosidad de las prestaciones correlaciona positivamente con la salud y la reducción de las desigualdades.

En términos más concretos, se intentará estudiar la presencia de diferencias significativas en ciertos indicadores tanto de salud subjetiva, como son la salud percibida o la satisfacción con la salud, como de salud objetiva, como la esperanza de vida o la tasa de mortalidad infantil, a partir de los datos de la tercera Encuesta Europea de Calidad de Vida (EQLS) del año 2012, y en concreto para los Estados miembros de la UE27. Con estos datos se parte de la hipótesis de que los regímenes de bienestar pueden explicar en cierta manera las diferencias entre los países europeos en cuanto a sus niveles de salud, ya que ciertas características de estos sistemas parecen tener un efecto protector sobre la salud.

Las sucesivas ampliaciones de la Unión Europea, traen consigo no sólo un aumento del tamaño geográfico, también una mayor diversidad cultural y política, que hacen posible a su vez una mejor comprensión de cómo los estados afectan a los individuos en términos de políticas y su implementación. Además, ante la mayor variedad de países y tradiciones, se han ido detectando patrones que conforman nuevos grupos o regímenes de bienestar con nuevas características, lo cual es muy beneficioso para los estudiosos de la materia, ya que permite un análisis más completo de los efectos de las distintas políticas sobre el bienestar de la población.

De hecho, estudios comparativos demuestran que no hay un sólo tipo de estado de Bienestar; se pueden reconocer diversas tipologías, las cuales siguen unas trayectorias de desarrollo cualitativa y cuantitativamente distintas, así como una organización, estratificación, integración social y unos principios característicos de cada caso. En los estados de bienestar más avanzados, el grado de protección social y de redistribución son algunas de las medidas que mejoran la salud pública. Más adelante, se verá si cada tipo de estado de bienestar afecta de forma distinta a las características de los sistemas sanitarios de los países.

INTRODUCCIÓN

Tras esta breve introducción, en el Capítulo 1 se abordará, desde el punto de vista de la salud pública, qué se entiende por régimen de bienestar, su identificación y clasificación, así como sus características más importantes en relación a la salud. En el Capítulo 2 se planteará la diferenciación entre salud objetiva y subjetiva, e introduciremos las definiciones de algunos de los indicadores más comunes para su estudio. En el Capítulo 3 se procederá al análisis empírico por medio de la Encuesta Europea de Calidad de Vida. Para ello previamente haremos una breve reseña a esta fuente de datos y a los indicadores que vamos a emplear en el análisis. Posteriormente se plantearán una serie de hipótesis, a partir de la hipótesis general de que los distintos Estados de Bienestar afectan a la salud de la población, que se contrastarán con las técnicas estadísticas adecuadas para emitir una serie de conclusiones. El trabajo termina con las principales conclusiones obtenidas y las referencias bibliográficas empleadas en su elaboración.

La relación con el Grado de Administración y Dirección de Empresas consiste en la aplicación de herramientas y conocimientos estadísticos en el contexto de la política económica en un marco internacional.

CAPÍTULO 1

**Los regímenes de bienestar desde
la perspectiva de la salud pública.**

CAPÍTULO 1. LOS REGÍMENES DE BIENESTAR DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA.

1.1. Regímenes de Bienestar y Salud

A pesar de que en los países desarrollados se han reducido drásticamente los niveles de pobreza, siguen existiendo desigualdades sociales, y éstas tienen una gran influencia en la salud. Crombie et al. (2005) indican en un informe que en algunos países las desigualdades en salud continúan aumentando, un hecho que califican de inaceptable. En las pasadas décadas, numerosos estudios internacionales demostraron que las desigualdades en salud no sólo existen entre grupos socioeconómicos dentro de una sociedad, sino que también sucede entre las diferentes sociedades. Además, hay evidencia de que determinantes estructurales como factores políticos y económicos están fuertemente asociados con la salud y sus desigualdades. (Chung y Muntaner (2007); Eikemo et al. (2008^{a,b}); Muntaner et al. (2012); Navarro et al. (2006); Navarro y Shi (2001); O'Campo, P. et al. (2015); Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003)).

Es oportuno apuntar que la crisis económica ha tenido un impacto en los gastos sanitarios en muchos estados miembros. De acuerdo con los análisis de la OCDE, el crecimiento de los gastos sanitarios per cápita se ha ralentizado o caído en casi todos los países, invirtiendo la tendencia anterior, en algunos casos hasta niveles de 2009, como en Estonia e Islandia (Eurofound (2013^a)). Es importante tener en cuenta esta información a la hora de interpretar los resultados del análisis ya que, como se ha mencionado previamente, los factores políticos y económicos afectan a los niveles de salud y a las desigualdades.

Un interés creciente por la salud pública ha motivado a numerosos investigadores a examinar las características de los estados de bienestar y las desigualdades en salud. La lógica que justifica esta inquietud es indiscutible: si se puede afirmar que algunos tipos de estados de bienestar tienen más éxito a la hora de combatir la pobreza y de proporcionar unas condiciones de vida claramente superiores a otros, entonces hay razones para creer que la mejora en las circunstancias en las que vive la sociedad y que, más o menos indirectamente, afectan a las posibilidades de vivir una vida longeva y sana, puedan también conllevar menores desigualdades en la salud de los individuos.

Para entrar en contexto, se consulta el diccionario de la Real Academia Española (2016), que define el estado de bienestar como la “organización del Estado en la que se tiende a procurar una mejor redistribución de la renta y mayores prestaciones sociales para los más desfavorecidos.”

Esping-Andersen (1990) describió dos enfoques para definir los estados de bienestar: uno más amplio centrado en las estructuras y los sistemas políticos y que utiliza para caracterizar su tipología de regímenes de bienestar, que no son otra cosa que modelos de estados de bienestar que comparten características similares, y otro más estricto, basado en las instituciones y los actores. Dos décadas más tarde, Dahl y van der Wel (2012) continúan con el estudio y describen tres enfoques para caracterizarlos; el enfoque de los regímenes, el institucional, y el de gasto social. En este trabajo se llevará a cabo, como ha sido indicado previamente, a través del enfoque de los regímenes, ya que es el más común.

En el enfoque de los regímenes, se utilizan varios elementos del ámbito político para clasificar los países. Aquellos que defienden este enfoque apoyan el agrupamiento de

ciertos países según regímenes de estados de bienestar, es decir, países con ideologías y políticas similares, o tradición política similar. La idea general es que definiendo tipos ideales es posible valorar/evaluar las semejanzas y principios subyacentes de las estructuras sociales y las instituciones del bienestar.

Además, como se explica en el próximo epígrafe, esta orientación se presenta en diversas formas y versiones que varían en términos teóricos y empíricos, así como en los países que se incluyen en cada uno. Por su diseño, estas tipologías pueden no ajustarse perfectamente a la complejidad de la realidad y pueden, por lo tanto, proporcionar resultados imprecisos. Por lo tanto, este enfoque puede no resultar tan útil de forma aislada a la hora de capturar los mecanismos que generan desigualdades en salud. Puede ser significativo como complemento el analizar también las características de las políticas sociales, de salud y del mercado de trabajo, de hecho, cada vez se realizan análisis más complejos en este sentido, todos con el objetivo común de dilucidar las claves del éxito para optimizar la salud de la población en su conjunto, y para la reducción o extinción de desigualdades, no sólo correspondientes a la salud, sino de cualquier ámbito.

1.2. Clasificación de los Regímenes de Bienestar y sus características desde el punto de vista de la salud

Desde “*Los tres mundos del Estado del Bienestar*” de Esping-Andersen (1990), un gran número de estudios comparativos han utilizado esta metodología para realizar análisis del ámbito social, económico y político, y varios autores han ido definiendo distintos tipos de régimen de bienestar, intentando conseguir dar con la tipología que consiga describir de forma más precisa y realista las desigualdades en el ámbito de la salud. Ésta en concreto, ha resultado ser muy útil a la hora de explicar tanto la emergencia de los estados de bienestar, como las políticas de salud pública implementadas a nivel nacional (Chung y Muntaner, 2007).

Cabe señalar que en la actualidad los sistemas de bienestar no siguen las características de los modelos de régimen de manera estricta, sino que realizan combinaciones que cada país consideran oportunas y adecuadas para su situación en particular.

La tipología propuesta por Esping-Andersen (1990), al ser la pionera, ha recibido una gran cantidad de críticas y ha dado pie a numerosas modificaciones. Esta tipología la creó clasificando dieciocho países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en grupos de estados de bienestar de acuerdo a tres principios:

1. Desmercantilización: es el grado en el que el bienestar de un individuo depende del mercado, por ejemplo en forma de pensiones o prestaciones por desempleo.
2. Estratificación social: el papel de los estados de bienestar de mantener o de romper con la estratificación social.
3. Mix público-privado: las funciones que tiene el Estado, la familia, el sector del voluntariado y el mercado en la provisión del bienestar.

En base a estos principios se plantearon por primera vez tres tipos de regímenes de bienestar:

- **Liberal:** los países incluidos en este grupo son aquellos en los que se tiene como idea el que los límites del bienestar se igualan a la propensión marginal a optar

por el usufructo del estado de bienestar en vez de trabajar. Dicho de otra forma: la asistencia depende de los recursos o ingresos de los individuos, las transferencias universales son modestas, así como los planes de seguridad social. Este tipo de regímenes minimiza la desmercantilización. Los países europeos pertenecientes a este modelo son Reino Unido e Irlanda.

- **Conservador:** lo que predomina en estos países es la conservación de los estatus, por lo tanto, los derechos van ligados a la clase y el estatus social. En éstos también es muy importante el compromiso con la conservación de la familia, entendida de forma tradicional, ya que estos regímenes están típicamente influidos por la Iglesia. El principio de subsidiariedad sirve para enfatizar que el Estado sólo interviene cuando la capacidad de las familias para ayudar a sus miembros esté agotada. Alemania, Finlandia, Francia e Italia son los países de la UE27 incluidos en este grupo.
- **Socialdemócrata:** el grupo más pequeño, formado por aquellos países en los que los principios de universalidad y desmercantilización de los derechos sociales se han extendido también a la nueva clase media. Este modelo desplaza el papel del mercado, y consecuentemente construye una solidaridad universal a favor del estado de bienestar. Todos son beneficiarios, todos son dependientes, y todos se encontrarán presuntamente obligados a pagar. Las provisiones de bienestar se caracterizan por generosos beneficios, un compromiso con el pleno empleo y protección de ingresos, y un Estado fuertemente intervencionista que promueve la igualdad a través de un sistema redistributivo de seguridad social. Los países incluidos en este clúster son Austria, Bélgica, Dinamarca, Holanda, Noruega y Suecia.

Tabla 1.1. Tipología de Estados de Bienestar. Esping-Andersen (1990)

Liberal	Conservador	Socialdemócrata
Irlanda	Alemania	Austria
Reino Unido	Finlandia	Bélgica
	Francia	Dinamarca
	Italia	Holanda
		Noruega
		Suecia

Fuente: elaboración propia.

Esta tipología ha dado pie a gran cantidad de investigaciones y a la creación de nuevas tipologías de regímenes de bienestar alternativas a la de Esping-Andersen que pretenden examinar y reflejar aspectos que no fueron examinados en la tipología original. De hecho, apuntando el hecho de que las críticas a la tipología de los tres regímenes de bienestar surgen de tres focos: teórico, metodológico y empírico, Bamba (2007) realiza un estudio comparativo de doce autores, incluida ella, que han creado tipologías alternativas a partir de la original hasta la fecha de su publicación, indicando las medidas o indicadores utilizados en cada caso. Comenzando por Esping-Andersen (1990), incluye tipologías como la de Ferrera (1996), de la que hablaremos próximamente, y define también algunas muy similares a ésta: Bonoli (1997) analiza 16

países según dos medidas de gasto social, una como porcentaje del PIB y otra del gasto financiado vía contribuciones, y a partir de estas medidas obtiene cuatro grupos: Británico, Continental, Nórdico y del Sur. Otro ejemplo de tipología similar que incluye el estudio es la que proponen Navarro y Shi (2001), en la que se utiliza la tradición política de 18 países como medida de análisis, y obtienen de nuevo cuatro tipos de regímenes: Liberal-Anglosajón, Cristiano Demócrata, Socialdemócrata y Ex-Fascista. Estas tipologías suelen coincidir en el agrupamiento de países, salvo alguna excepción.

También hay algún estudio que examina cómo en las distintas tipologías se utilizan indicadores diferentes para medir las desigualdades en salud, esto se verá con más detalle en el capítulo 2 ((Bambra (2011); Bergqvist et al. (2013)). En el siguiente epígrafe se especificará la tipología utilizada en los informes de Eurofound.

Seis años después de “Los tres mundos del Estado de Bienestar”, Ferrera (1996) modifica la tipología utilizando como medidas la cobertura, las tasas de sustitución de las pensiones y las tasas de pobreza de 15 países. De este modo obtiene cuatro grupos de países: Anglosajones, Bismarkianos, Escandinavos y del Sur. Esta tipología de regímenes es utilizada por varios autores que además utilizan distintos indicadores de salud, tanto objetiva como subjetiva, para sus análisis dentro del ámbito de la salud, y no se puede decir que lleguen a un consenso en aspectos como en cuál de los regímenes es mejor la salud auto-percibida de la población (Bergqvist et al. (2013).

Eikemo et al. (2008^{a,b}) siguen avanzando con la creación de la tipología ideal y, utilizando como modelo la tipología de Ferrera, añaden un quinto grupo a la clasificación: Europa del Este, en el que incluyen Eslovenia, Hungría, Polonia y República Checa. Este grupo, en comparación con los otros, tiene unas provisiones de salud pública limitadas, además, la salud de la población en general es relativamente pobre. Bartoll et al. (2014), entre otros, utilizan una tipología muy similar a la de Eikemo.

Tabla 1.2. Tipologías de Estados de Bienestar.

AUTOR	REGÍMENES DE BIENESTAR POR PAÍSES				
Ferrera (1996)	Anglosajón	Bismarckiano	Escandinavo	Del Sur	
	Irlanda	Alemania	Dinamarca	España	
	Reino Unido	Austria	Finlandia	Francia	
		Bélgica	Noruega	Grecia	
		Francia	Suecia	Italia	
		Holanda		Portugal	
		Luxemburgo			
Eikemo (2008)	Anglosajón	Bismarckiano	Escandinavo	Del Sur	Europeo del Este
	Irlanda	Alemania	Dinamarca	España	Eslovenia
	Reino Unido	Austria	Finlandia	Grecia	Hungría
		Bélgica	Noruega	Italia	Polonia
		Francia	Suecia	Portugal	República Checa
		Holanda			
		Luxemburgo			

Fuente: elaboración propia

En general, se puede afirmar que, en la práctica, las tipologías resultan similares y también que no suelen arrojar las mismas conclusiones, incluso entre estudios que

utilizan la misma metodología, esto es, tanto los regímenes de bienestar como los indicadores de salud objetiva o subjetiva. En el análisis que se va a realizar, se busca llegar a conclusiones coherentes, dentro de lo posible, y para ello utilizaremos la tipología desarrollada por Whelan y Maître (2010), ya que es la que utiliza Eurofound en sus informes. Esta tipología está definida y caracterizada a continuación y es la que se va a utilizar en el análisis empírico.

1.2.1. Tipología de Whelan y Maître (2010). Eurofound.

Eurofound (2013^{a,b}) utiliza para elaborar sus informes la tipología de regímenes de bienestar propuesta por Whelan y Maître (2010). Esta tipología divide los países en siete grupos de acuerdo con el tipo de estado de bienestar que hay en cada uno. Estos completan la tipología original de Esping-Andersen añadiendo en su clasificación los países comunistas de Europa central y del este, además de los países del sur. También añaden un grupo residual que incluye los Estados miembros más pobres: Bulgaria y Rumanía. A continuación se especifican las características y países pertenecientes a cada régimen:

- El régimen **socialdemócrata** se caracteriza por su énfasis en la universalidad. Un alto nivel de flexibilidad laboral de orden liberal se combina con alta seguridad en forma de generoso estado del bienestar y beneficios para los desempleados, garantizando adecuados recursos independientemente del mercado o la familia. En esta categoría están incluidos los países nórdicos: Dinamarca, Finlandia, Holanda, Noruega y Suecia.
- El régimen **corporativista** implica menor énfasis en la redistribución. La dominancia de la protección implica un acento en la redistribución horizontal o solidaridad social orgánica. En estos regímenes los derechos de los ciudadanos dependen del empleo a lo largo de toda la vida, y suponen grandes transferencias. Está conformado por las corporaciones: sindicatos, familias, clanes y etnias que componen el cuerpo colectivo del estado, y servicios magros. En este grupo se encuentran Alemania, Austria, Bélgica, Francia, y Luxemburgo.
- El régimen **liberal** asume que el papel del gobierno es apoyar más que reemplazar al mercado. Los beneficios sociales suelen estar sujetos a una prueba de recursos, pero ha habido un cambio en los últimos años hacia políticas impositivas negativas a los ingresos relacionados con el trabajo. Estos países muestran grandes niveles de flexibilidad, unidos a medidas limitadas para sostener activamente el empleo. Está formado por Irlanda y Reino Unido.
- El régimen del **sur de Europa** se distingue por el papel crucial de los sistemas de apoyo familiar. Las políticas del mercado laboral están poco desarrolladas y son selectivas. El sistema de prestaciones es desigual y minimalista, y carece de una provisión de ingresos mínimos garantizados a los más vulnerables. En este grupo están Chipre, España, Grecia, Italia y Portugal.
- En las sociedades post-socialistas, son comunes los bajos niveles de gasto en protección social y la debilidad de los derechos. Bukodi y Róbert (2007) observan que ha habido un aumento general de la flexibilidad laboral en la mayoría de los países en transición, mostrando un nivel de flexibilidad del mercado de trabajo significativamente menor que en un régimen liberal como el

del Reino Unido, pero significativamente mayor que en el sur de Europa. Se distinguen dos grupos:

- El régimen **corporativista post-socialista**. Son países del centro de Europa, que preconizan las medidas orientadas al mercado de trabajo y un grado moderado de protección del empleo. En este grupo se encuentran la República Checa, Eslovaquia, Eslovenia, Hungría y Polonia.
- El régimen **post-socialista liberal**. Comprende los países Bálticos, caracterizados por una mayor flexibilidad laboral, con empleadores reacios a respetar la regulación legal del mercado, y una ausencia de políticas dirigidas a mantener el empleo. Estonia, Latvia y Lituania forman parte de este grupo.

Tabla 1.3. Tipología de Estados de Bienestar. Whelan y Maître (2010). Eurofound.

Liberal	Corporativista	Socialdemócrata	Sur de Europa	Corporativista post-socialista	Post-socialista liberal
Irlanda	Alemania	Dinamarca	Chipre	Eslovaquia	Estonia
Reino Unido	Austria	Finlandia	España	Eslovenia	Latvia
	Bélgica	Holanda	Grecia	Hungría	Lituania
	Francia	Noruega	Italia	Polonia	
	Luxemburgo	Suecia	Portugal	República Checa	

Fuente: elaboración propia

CAPÍTULO 2

Salud objetiva versus salud subjetiva.

CAPÍTULO 2. SALUD OBJETIVA VERSUS SALUD SUBJETIVA.

La Promoción del Bienestar es uno de los objetivos del Tratado de Lisboa firmado en 2007, que persigue avanzar en la construcción de la Unión Europea tras el fracaso del proyecto de Constitución Europea. Esta meta se explicita como “El objetivo de la Unión es promover la paz, sus valores, y el bienestar de sus ciudadanos”, para fortalecer la cohesión económica y social en la Comunidad, incluyendo los derechos sociales fundamentales de los trabajadores.

Tras este acuerdo, surgen iniciativas para definir el concepto de bienestar, dado su carácter abstracto hasta entonces. De tales iniciativas surge la definición de nuevas subcategorías que componen el genérico concepto de bienestar, que a su vez posibilitarán concretar un conjunto de indicadores clave para comparar los diferentes estados miembros en relación con el progreso de cada uno. El bienestar en este contexto, debe evaluarse diferenciándose claramente sus causas objetivas de las subjetivas. Partiendo de esta idea a continuación se definirá el concepto de salud y sus matices de objetivo y subjetivo.

2.1. Definición de Salud y sus adjetivos objetiva y subjetiva.

En el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948 se definía la salud como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Con esta definición, se reconocen explícitamente como componentes de la salud dos áreas relevantes del ser humano: la psicológica y la social, que se suman a la somática o biológica para posibilitar un concepto integral de salud. Esto es, la salud en sí misma debe combinar información objetiva y subjetiva, ya que es un concepto dotado de naturaleza multidimensional que comprende diferentes aspectos.

Figura 2.1. Determinantes de la salud. Modelo de Dahlgren y Whitehead (1991).



Fuente: Consejería de Salud. Junta de Andalucía.

La figura anterior pone de manifiesto el carácter multidimensional del concepto de salud.

En este sentido y para comprender la distinción entre salud objetiva y subjetiva, se hace necesario en primer lugar comprender de forma clara la diferencia entre ambas realidades, para lo que se consulta el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua (2016):

- **Objetivo:** perteneciente o relativo al objeto en sí mismo, con independencia de la propia manera de pensar o de sentir.
- **Subjetivo:** perteneciente o relativo al modo de pensar o de sentir del sujeto, y no al objeto en sí mismo.

Utilizando estas referencias es posible avanzar en la clara definición de ambos ámbitos en la salud: si la percepción objetiva de la salud es la constatación de la salud real que experimenta un individuo, la percepción subjetiva de la salud es la valoración de la propia salud que puede ser diferente de la salud real, al depender de factores distintos a ella, como las ideas, creencias, y relaciones con otros estados de salud posibles.

A partir de estas definiciones, encontraremos matices diferentes causados por la introducción de variables adicionales:

1. Subjetividad no implica arbitrariedad. Las medidas o parámetros clínicos obtenidos por las pruebas psicométricas pueden ser subjetivas y, sin embargo carecer de errores, gracias a las propiedades de los instrumentos de medida que permiten medir el estado funcional del sujeto con total garantía.
2. “Algunas medidas -como la AVAC: Años de Vida Ajustados por Calidad- no valoran la percepción subjetiva de un sujeto de su estado de salud, sino la aceptación o preferencia por dicho estado de salud” Ruiz, M. A. y Pardo A. (2005), lo que implica que la percepción del propio estado de salud puede ser relativa, al ser comparada con otros estados de salud posibles.
3. En el caso de la salud psíquica, existe una mayor subjetividad e indeterminación de sus manifestaciones en comparación con las manifestaciones somáticas Figueroa de López, S. (2012).

2.2. Definición de Salud Pública

Otro aspecto a tener en cuenta a la hora de medir la salud, y más desde una óptica gubernamental es el concepto de salud pública. Con este término se hace referencia a todas las medidas que puedan tomarse desde los organismos gestionados por el **Estado** para la prevención de dolencias y discapacidades, para la prolongación de la vida y para la educación de los individuos en lo que respecta a la higiene personal.

Martínez Hernández (2003) define la salud pública como la disciplina cuyo objetivo es mejorar y proteger la salud, mediante el control y la erradicación de enfermedades, de los seres humanos.

Para comprender mejor la definición, se añade la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2002, basándose en la descripción de las Funciones Esenciales de Salud Pública, una definición para el término, asociándolo más a una práctica social interdisciplinaria e intersectorial que a una disciplina, haciendo

referencia a las instituciones públicas como encargadas principales de la mejora, la protección, la promoción y la restauración de la salud poblacional mediante actuaciones colectivas.

La OMS da una definición más relacionada con la salud pública como ciencia, ya que es una rama de investigación que tiene mucho peso en la actualidad. Define la salud pública como “el arte y ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de los esfuerzos de la sociedad”. Esto se traduce en actividades para fortalecer las capacidades de la salud pública y un servicio cuyo objetivo es proporcionar condiciones bajo las cuales la gente puede mantenerse sana, mejorar su salud y bienestar, o prevenir el deterioro de su salud. La salud pública se centra en todo el espectro de la salud y el bienestar, no sólo en la erradicación de enfermedades concretas. Muchas actividades van dirigidas a las poblaciones, como las campañas de salud. Los servicios de salud pública también incluyen la provisión de servicios personales individuales como vacunas, orientación conductual o asesoramiento sanitario. Además, este enfoque conlleva trabajar con otros sectores para abordar los determinantes de la salud.

2.3. Indicadores de Salud

La OMS es uno de los principales organismos emisores de indicadores de salud, en cuyo Observatorio se recopilan más de un millar de éstos para sus 194 Estados Miembros, disponible en <http://www.who.int/gho/es/>. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) elabora también una serie de indicadores para las estadísticas de salud de naturaleza tanto objetiva como subjetiva. Asimismo, las autoridades e instituciones sanitarias de cada país o región se encargan de recopilar y analizar estudios poblacionales como censos para proporcionar informes periódicos, un ejemplo para el caso de España es el del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014), que utiliza indicadores de salud objetiva como la esperanza de vida, la mortalidad causada por enfermedades crónicas o por otras causas.

Existen todavía dificultades a la hora de recoger indicadores en ciertos países en vías de desarrollo, probablemente por el hecho de que los encargados de la recopilación de datos para su creación sean los servicios de atención sanitaria. A pesar de este hecho, estos indicadores se pueden calcular por otros métodos, como por ejemplo utilizando algunas preguntas realizadas en encuestas demográficas.

Normalmente, para evaluar e identificar tendencias en la salud de la población, se utilizan indicadores cuantitativos como la mortalidad, la esperanza de vida o la morbilidad, pero es cada vez mayor el interés por indicadores de carácter cualitativo como la calidad de vida o el bienestar subjetivo. En este caso se utilizan indicadores pertenecientes a ambas clases que hemos clasificado desde otra perspectiva: la objetividad o subjetividad de la medida.

Existen multitud de estudios que utilizan indicadores de salud objetiva y subjetiva, individual o conjuntamente, basándose en la EQLS, en otras encuestas de corte social, o en información suministrada por los gobiernos y organismos que investigan temas como la calidad de vida, el bienestar subjetivo, el empleo, las desigualdades sociales de distintos tipos, etcétera. También hay estudios que utilizan indicadores sintéticos; un ejemplo típico es el índice de salud mental WHO-5, que es uno de los que se utilizan en este trabajo.

Es importante tener en cuenta a la hora de extraer conclusiones del análisis, que los indicadores subjetivos son susceptibles de estar sesgados y, por lo tanto, es probable que existan diferencias entre países, culturas, etnias, géneros o grupos socioeconómicos que puedan resultar contradictorias (Bambra et al. (2009); Barnes et al. (2009); Jürges, H. (2006); Högberg (2015)). Hay también que considerar que, a pesar de estos sesgos, los indicadores subjetivos conforman un método de análisis interesante y que hay que tener en cuenta (De Smedt (2013)).

Beckfield, J. y Krieger, N. (2009) realizan un estudio en el cual examinan artículos publicados entre 1992 y 2008 que analizan empíricamente desigualdades en salud en relación a los sistemas políticos, estados y regímenes de bienestar, y especifican los indicadores que se utilizan en cada uno. De los 45 informes recopilados, 22 utilizan la tipología de estados o regímenes de bienestar, y en la mayoría de ellos se utiliza como indicador el índice de mortalidad, general o por razones específicas, por ejemplo en Borrell et al. (2006), James et al. (2007), Leon et al. (1992) y Sastry (2004), entre otros; y la salud auto-percibida o la existencia de enfermedades crónicas incapacitantes en otros tantos. Ejemplos de trabajos que sólo emplean la mortalidad son Kunst et al. (2005) y Olafsdottir (2007); mientras que del empleo de la salud percibida son Arber y Lahelma (1993) y Elstad (1996). También los hay que utilizan ambos, como Eikemo et al. (2008b) y Lahelma et al. (2002).

Aparte de los artículos revisados por estos autores (Beckfield, J. y Krieger, N. (2009)), se puede afirmar que la mayoría de estudios que comparan la salud con respecto a los regímenes de bienestar utilizan como indicador de salud la salud general auto-percibida, a pesar de las limitaciones que posee y que han sido mencionadas anteriormente (Alvarez-Galvez et al. (2014); Bambra et al. (2009); Eikemo et al. (2008a); Högberg (2014)). En contraposición otros tantos consideran indicadores objetivos como la mortalidad o la esperanza de vida (Chung y Muntaner (2007); Navarro et al. (2006); Popham et al. (2013)); y también los hay que combinan indicadores objetivos y subjetivos para realizar sus análisis, entre estos últimos predominan los informes de entidades internacionales como la OMS o Eurofound.

CAPÍTULO 3

Análisis empírico: las desigualdades en salud y los regímenes de bienestar

CAPÍTULO 3. ANÁLISIS EMPÍRICO: LAS DESIGUALDADES EN SALUD Y LOS RÉGIMENES DE BIENESTAR

Antes de proceder al análisis empírico de la relación entre régimen de bienestar y salud se realizará una breve reseña a la encuesta empleada.

3.1. La Encuesta Europea de Calidad de Vida

La Encuesta Europea de Calidad de Vida (EQLS), que se realiza cada cuatro años, en la totalidad de países que conforman la Unión Europea, analiza aspectos objetivos de la calidad de vida de los individuos, como pueden ser los ingresos, el empleo o la vivienda, así como aspectos subjetivos como la percepción de la salud o de la satisfacción con la vida.

Al realizarse con regularidad, esta encuesta permite el estudio de tendencias a lo largo del tiempo, lo que permite comprobar los efectos de los ciclos económicos y las crisis. Además, a partir de ellos se han elaborado una serie de indicadores no convencionales, que sirven de complemento a los tradicionales como son el PIB per cápita o el nivel de crecimiento. Gracias a estos indicadores que incluyen aspectos sociales o medioambientales, se pueden realizar análisis más complejos y completos sobre la evolución de la sociedad y su calidad de vida.

Los responsables de la elaboración de la encuesta, que está disponible en 25 idiomas, así como de la realización de informes correspondientes, son los miembros de Eurofound, la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Calidad de Vida y Trabajo, agencia de la Unión Europea creada en 1975 con el fin de aportar datos y conocimientos del ámbito social y laboral.

La primera encuesta se realizó en 2003, y participaron los 27 países de la UE junto a Turquía. Con el tiempo se han ido añadiendo otros países al estudio, y en la encuesta de 2012 se cuenta con los 27 países de la UE además de siete países candidatos en ese momento o en proceso de preadhesión: Croacia, Islandia, Kosovo, antigua República Yugoslava de Macedonia, Montenegro, Serbia y Turquía. En 2016 se ha comenzado a realizar la cuarta edición de la EQLS.

Con respecto a la encuesta realizada en 2012, cuyos datos vamos a utilizar con el fin de examinar el comportamiento de ciertos indicadores entre los clústeres de países (régimenes de bienestar), podemos concretar algunos detalles de la muestra, que se pueden consultar, junto con el resto de información acerca de la misma en la web de Eurofound: <http://www.eurofound.europa.eu/es/surveys/european-quality-of-life-surveys>

La muestra representa a la población adulta residente en hogares privados en los países cubiertos por la encuesta. En la mayoría de los países, se aplicó un diseño de muestreo multietápico, estratificado y agrupado. El tamaño de la muestra varía entre 1.001 y 3.055, con un número de 1.000 entrevistas para la mayoría de los países. En general, los países más grandes y con mayor población tienen las muestras más grandes, con el fin de hacer más precisas las estimaciones tanto a nivel nacional como europeo. El tamaño total de la muestra para los 34 países encuestados fue de 43.636 individuos.

3.2. Descripción de los indicadores empleados en el análisis

A continuación, se detallan los indicadores empleados en el análisis empírico, acompañados de una breve descripción.

Estos se dividen en dos grupos, indicadores de salud subjetiva e indicadores de salud objetiva, y se han seleccionado algunos que, señalados con el número de pregunta entre paréntesis pertenecen a la EQLS; y otros que han sido obtenidos de otras fuentes como son la OCDE y la OMS pero que suministra la propia encuesta a nivel agregado de países.

Indicadores de salud subjetiva:

- Índice de bienestar emocional (Q45a-e): la EQLS mide la salud mental por medio de este indicador (WHO-5) creado por la OMS. Se trata de un indicador sintético de escala de 0 a 100, en el que las puntuaciones altas indican un mayor bienestar emocional. Se basa en la suma de frecuencias (de 0 “nunca”, a 5 “todo el tiempo”) con las que el individuo se encuentra en las últimas dos semanas: de buen humor y animado, calmado y relajado, activo y vigoroso, se levanta fresco y descansado, y una vida diaria llena de cosas que le interesan.
- Salud general auto-percibida (Q42): se pregunta a los individuos si perciben su salud como ‘muy buena’, ‘buena’, ‘regular’, ‘mala’ o ‘muy mala’.
- Nivel de satisfacción con la propia salud (Q40f): se pregunta a los individuos si están satisfechos con su salud mediante una escala de 1 a 10, donde 1 significa que está ‘muy insatisfecho’ y 10 significa que está ‘muy satisfecho’.

Indicadores de salud objetiva:

- La esperanza de vida al nacer se define como cuánto tiempo, en promedio, un recién nacido puede esperar vivir, si las tasas de mortalidad actuales no cambian. La esperanza de vida al nacer es uno de los indicadores de estado de salud más utilizados. Los aumentos de la esperanza de vida al nacer pueden atribuirse a una serie de factores, entre ellos el aumento del nivel de vida, un mejor estilo de vida y una mejor educación, así como un mayor acceso a servicios de salud de calidad. Este indicador se presenta por género y se mide en años.
- El indicador de años de vida saludable (HLY, por sus siglas en inglés) (también llamado expectativa de vida sin discapacidad) mide el número de años que una persona de cierta edad aún debe vivir sin discapacidad o limitaciones. *Healthy Life Years* es un indicador para monitorizar la salud como un factor productivo/económico. Se utiliza para distinguir entre años de vida libres de cualquier limitación de actividad y años experimentados con al menos una limitación de actividad. El énfasis no está exclusivamente en la duración de la vida, como es el caso de la esperanza de vida, sino también en la calidad de vida.
- Enfermedad o incapacidad crónica (Q43): se pregunta a los individuos si padecen algún problema de salud, enfermedad o incapacidad física o mental de carácter crónico (permanente), es decir, enfermedades o problemas de salud que han durado, o que se espera que duren, durante un periodo de 6 meses o más.
- La mortalidad infantil es el indicador demográfico que señala el número de defunciones de niños en una población de cada mil nacimientos vivos registrados, durante el primer año de su vida. La consideración del primer año de

vida para establecer el indicador de la mortalidad infantil se debe a que el primer año de vida es el más crítico en la supervivencia del ser humano: cuando se sobrepasa el primer cumpleaños, las probabilidades de supervivencia aumentan drásticamente. Se trata de un indicador relacionado directamente con los niveles de pobreza y de calidad de la sanidad gratuita (a mayor pobreza o menor calidad sanitaria, mayor índice de mortalidad infantil).

3.3. Análisis Estadístico Descriptivo e Inferencial. Contraste de Hipótesis

A través de la versión 23 del programa estadístico SPSS, y con los datos que arroja la EQLS de 2012 para los países de la UE27, nos proponemos contrastar empíricamente la hipótesis general de que los estados de bienestar afectan a la salud de los individuos pertenecientes a cada uno de ellos; en concreto

1. Si existen diferencias significativas entre los niveles de salud subjetiva en los distintos regímenes de bienestar.
2. Si existen diferencias significativas entre los niveles de los indicadores de salud objetiva en los distintos regímenes de bienestar.
3. Si existe independencia entre el reporte de una enfermedad o discapacidad crónica y el régimen de bienestar.
4. Si la satisfacción con la salud depende de padecer una enfermedad o discapacidad crónica limitante.

En primer lugar, se indica el rango de valores que pueden tomar los indicadores seleccionados, con el fin de facilitar la interpretación de resultados que se van a obtener:

Tabla 3.1 Tipos de variable.

INDICADOR	MEDIDA	VALORES
Índice de bienestar psicológico (WHO-5)	Ordinal/Escala	De 1 a 100 A mayor puntuación, mejor salud
Salud auto-percibida (Q42)	Ordinal/Escala	1-"muy buena" 2-"buena" 3-"regular" 4-"mala" 5-"muy mala"
Satisfacción con salud (Q40f)	Ordinal/Escala	Del 1-"muy insatisfecho" al 10-"muy satisfecho"
Esperanza de vida	Escala*	Hombres: mín. 68; máx. 81 años Mujeres: mín. 77; máx. 86 años
Años de Vida Saludable	Escala*	Hombres: mín. 52; máx. 72 años Mujeres: mín. 52; máx. 71 años
Mortalidad infantil	Escala*	Mín. 2; máx. 10
Enfermedad o discapacidad (Q43)	Nominal	Sí/No

* Valores Máximo y Mínimo para la muestra

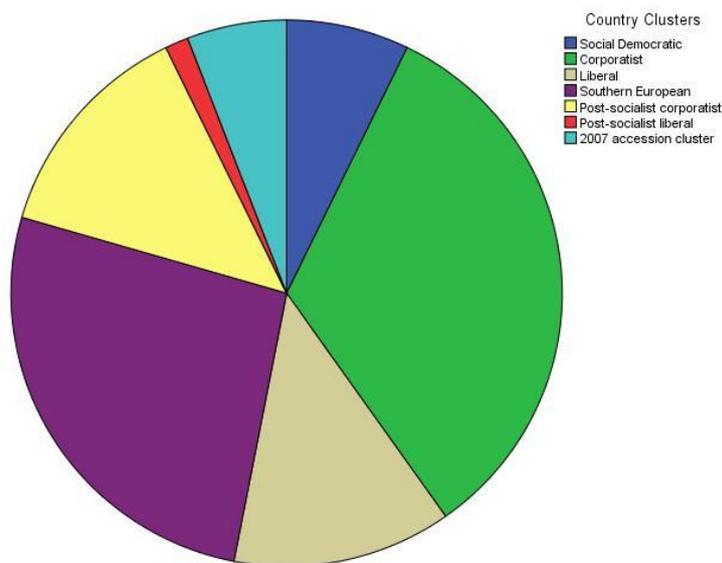
Fuente: elaboración propia.

Aunque los indicadores subjetivos son de tipo ordinal, se les da un tratamiento de escala de tipo Likert con varios niveles de respuesta en cada caso. Se utiliza esta escala ya que es ideal para conocer la opinión de los encuestados, y viene bien en este caso tratándose de indicadores de salud subjetiva, que al fin y al cabo reflejan grados de opinión. En este caso las variables se tratarán como un intervalo, es decir, de forma continua.

Los indicadores objetivos son todos de escala, a excepción del que informa de la presencia de enfermedad o discapacidad, que es una variable nominal, y por lo tanto el contraste de hipótesis respecto a este indicador se realizará de forma separada.

Antes de comenzar con el contraste de hipótesis, se puede observar en el gráfico 3.1 la proporción de individuos pertenecientes a cada régimen. En concreto, los porcentajes son: 7,2% de individuos residentes en el régimen socialdemócrata, 33% en el corporativista, 12,9% en el liberal, 26,4% en el sur de Europa, 13,3 en el post-socialista corporativista, 1,4% en el liberal post-socialista y 5,8% en el grupo de acceso; para un total de 35.516 individuos. El siguiente gráfico recoge la distribución comentada:

Gráfico 3.1 Porcentaje de individuos de cada régimen de bienestar.



Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

3.3.1. Estudio descriptivo e inferencial de la salud subjetiva.

El objetivo que se persigue en este epígrafe es contrastar **si existen diferencias significativas entre los niveles de salud subjetiva en los distintos regímenes de bienestar.**

En primer lugar, se proporciona una tabla que recoge las medias de los indicadores subjetivos con respecto a los regímenes de bienestar.

Tabla 3.2 Medias de los indicadores subjetivos en los distintos estados de bienestar.

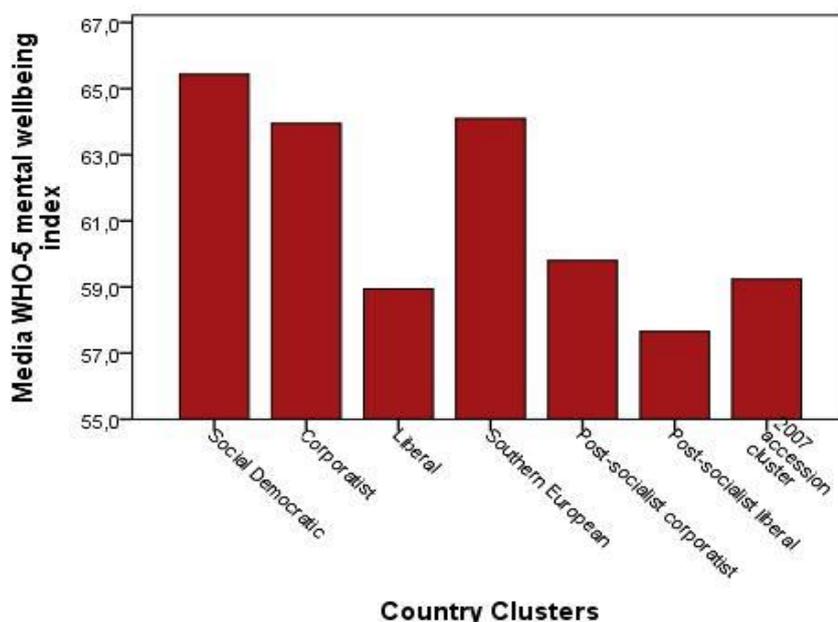
		Q40f Your health / How satisfied are you?	Q42 In general, would you say your health is ...	WHO-5 mental wellbeing index
		Media	Media	Media
Country Clusters	Social Democratic	7,611	2,237	65,432
	Corporatist	7,361	2,219	63,947
	Liberal	7,349	2,233	58,942
	Southern European	7,474	2,150	64,097
	Post-socialist corporatist	6,865	2,407	59,796
	Post-socialist liberal	6,693	2,706	57,653
	2007 accession cluster	7,135	2,493	59,231

Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

A primera vista, las mayores diferencias se pueden apreciar en el indicador WHO-5, o índice de bienestar emocional. Según las medias obtenidas, el régimen social demócrata es donde hay unos mayores niveles de bienestar en ese sentido, seguido de los países del sur de Europa y de los países corporativistas. Por otro lado, los países bajo el régimen liberal post-socialista son los que peor puntúan, seguidos por los países liberales, los del grupo de acceso, y los post-socialistas corporativistas.

En el siguiente gráfico se pueden apreciar claramente las dos tendencias que hay en las medias del valor del índice WHO-5, con unos valores o bien por encima de 60 puntos y oscilando en torno a los 64, o bien por debajo de 60, donde se encuentran los cuatro grupos mencionados en el párrafo anterior.

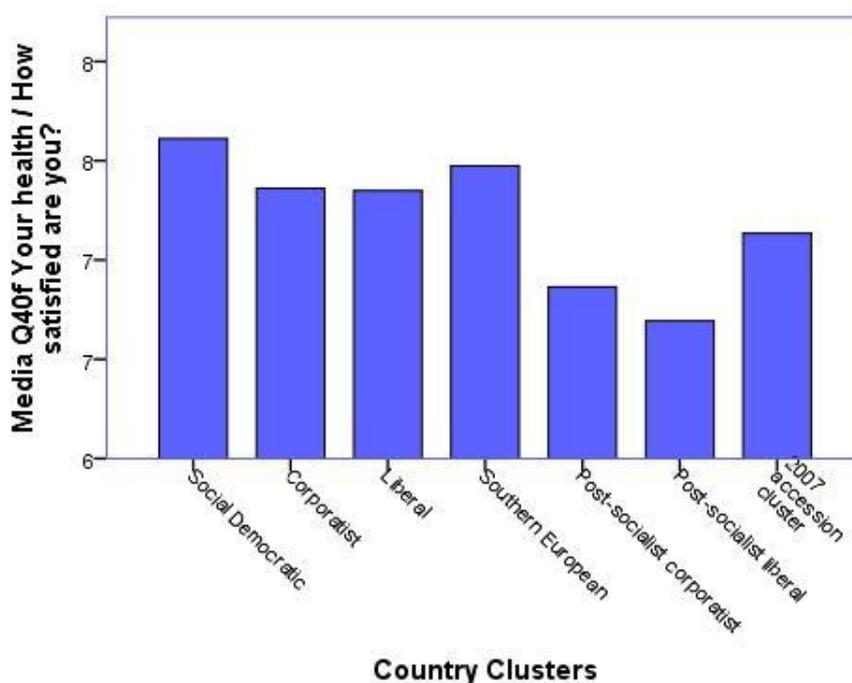
Gráfico 3.2 Valores medios del índice WHO-5 en los estados de bienestar.



Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

Con respecto a la satisfacción con la salud, la diferencia más notoria se encuentra en la media de los países post-socialistas, tanto corporativistas como liberales. El resto de regímenes se encuentran en niveles muy similares, salvo el grupo de acceso que se sitúa ligeramente por debajo del resto de las medias.

Gráfico 3.3 Valores medios de la satisfacción con la salud.



Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

La salud auto-percibida, en cambio, no ofrece unos valores dispares, aunque sí que se puede observar que los países post-socialistas y los del grupo de acceso se encuentran tímidamente por encima del resto, lo que quiere decir que los individuos residentes en estos países perciben su salud ligeramente peor que los demás.

Tras esta primera aproximación, se realiza propiamente dicho los contrastes de hipótesis. Para ello, se realiza un contraste no paramétrico, concretamente un ANOVA de un factor, para comparar si existen diferencias significativas entre grupos, atendiendo a los regímenes de bienestar.

La hipótesis que se pone a prueba en el ANOVA de un factor es que las medias poblacionales (las medias de las variables dependientes en cada nivel, régimen de bienestar) son iguales. Se trata, por tanto, de una generalización de la Prueba T para dos muestras independientes al caso de diseños con más de dos muestras.

Se realiza este contraste/prueba para los tres indicadores de salud subjetiva.

1) Índice de bienestar emocional

Contraste:

H₀: No hay diferencias en el nivel de bienestar emocional (medias) entre los individuos que pertenecen a los diferentes estados de bienestar.

H₁: Sí hay diferencias.

Estadístico:

F= 75,935; P= 0,000 < 0,05 = α

Conclusión:

Para un nivel de significación del 5%, se ha obtenido un p-valor menor, lo que nos lleva a rechazar la hipótesis nula, y a aceptar por tanto que existen diferencias significativas en el nivel de bienestar emocional entre los individuos de distintos estados de bienestar.

2) Nivel de satisfacción con la salud

Contraste:

H₀: No hay diferencias en el nivel de satisfacción con la salud (medias) entre los individuos que pertenecen a los diferentes estados de bienestar.

H₁: Sí hay diferencias.

Estadístico:

F= 53,465; P= 0,000 < 0,05 = α

Conclusión:

De nuevo, para el nivel de significación del 5%, se ha obtenido un p-valor de 0,000, lo que nos lleva a rechazar de nuevo la hipótesis nula, y a aceptar que efectivamente existen diferencias significativas en el nivel de satisfacción de la salud de los individuos en distintos estados de bienestar.

3) Salud auto-percibida

Contraste:

H₀: No hay diferencias en la percepción de la salud propia (medias) que tienen los individuos en los diferentes estados de bienestar.

H₁: Sí hay diferencias.

Estadístico:

F= 83,434; P= 0,000 < 0,05 = α

Conclusión:

Se ha obtenido un p-valor de 0,000, menor que el nivel de significación del 5%, por lo que una vez más se rechaza la hipótesis nula, y se acepta la existencia de diferencias entre la percepción de la salud de los individuos en los distintos regímenes de bienestar.

La siguiente tabla contiene los resultados del contraste para los tres indicadores de salud subjetiva.

Tabla 3.3 Diferencias en indicadores subjetivos entre regímenes de bienestar.

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
WHO-5 mental wellbeing index	Entre grupos	194060,525	6	32343,421	75,935	,000
	Dentro de grupos	14978103,32	35165	425,938		
	Total	15172163,84	35171			
Q40f Your health / How satisfied are you?	Entre grupos	1698,501	6	283,083	53,465	,000
	Dentro de grupos	187657,225	35442	5,295		
	Total	189355,725	35448			
Q42 In general, would you say your health is ...	Entre grupos	446,918	6	74,486	83,434	,000
	Dentro de grupos	31660,548	35464	,893		
	Total	32107,466	35470			

Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

3.3.2. Estudio descriptivo e inferencial de la salud objetiva.

De nuevo el objetivo propuesto en este epígrafe al igual que en el anterior es estudiar **si existen diferencias significativas entre los niveles de salud objetiva en los distintos regímenes de bienestar.**

Para ello se emplearán técnicas de estadística descriptiva (estadísticos y gráficos) y diferentes técnicas de análisis inferencial, a la técnica del ANOVA de un factor empleada previamente se añade un contraste de independencia.

Se proporciona una tabla resumen con las medias obtenidas de los distintos indicadores objetivos, en este caso, los años de vida saludable y la esperanza de vida están divididos en función del género.

Tabla 3.4 Medias de los indicadores objetivos en los distintos regímenes de bienestar.

		Life expectancy - males, 2011	Life expectancy - females, 2011	Healthy life years - males, 2011	Healthy life years - females, 2011	Infant mortality, 2011
		Media	Media	Media	Media	Media
Country Clusters	Social Democratic	78,98	83,20	64,83	61,82	3,03
	Corporatist	78,47	84,16	60,15	60,94	3,55
	Liberal	79,05	83,08	65,24	65,39	4,16
	Southern European	79,50	85,02	64,13	63,85	3,18
	Post-socialist corporatist	72,85	80,70	58,64	61,52	4,37
	Post-socialist liberal	68,87	79,53	55,40	59,48	4,66
	2007 accession cluster	70,92	78,09	58,71	59,42	9,16

Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

A la vista de estos datos, se observan diferencias entre regímenes de bienestar para los tres indicadores, y también entre hombres y mujeres para el caso de la esperanza de vida y de los años de vida saludable.

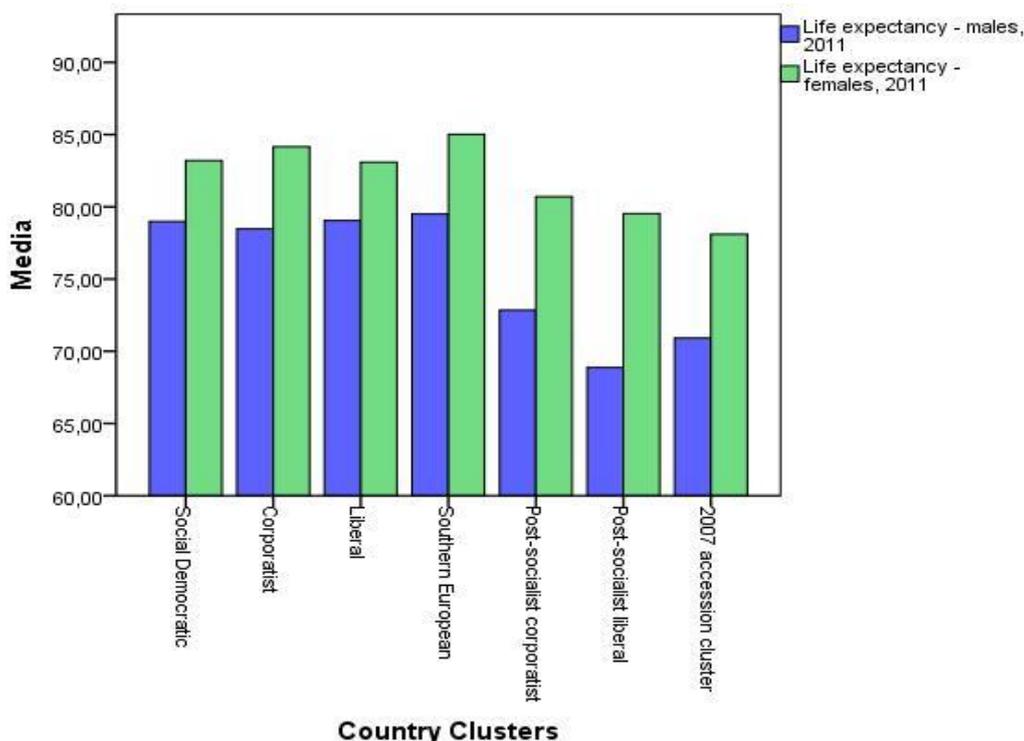
En el caso de la esperanza de vida de los hombres, existe una diferencia de más de diez años entre el valor mínimo, que corresponde al régimen liberal post-socialista, y el máximo, que corresponde al sur de Europa. Los países post-socialistas y el grupo de acceso tienen unos valores sensiblemente menores que el resto de regímenes, que tienen una esperanza de vida similar.

La esperanza de vida de las mujeres sigue un comportamiento similar al de los hombres, aunque con unos valores superiores en todos los casos. Los años de diferencia entre el valor mínimo y el máximo son de 7, entre el grupo de acceso y los países del sur, respectivamente.

En suma, se puede decir que los habitantes de los países del sur de Europa son los más longevos con respecto al resto de países.

En el gráfico 3.4 se aprecian las grandes diferencias existentes entre las medias de esperanza de vida, sobre todo para el caso de los hombres, en el que los regímenes post-socialistas y el grupo de acceso se encuentran muy por debajo del resto. Y en el caso de las mujeres también se ven estas diferencias, pero los valores son más homogéneos.

Gráfico 3.4 Medias de esperanza de vida para hombres y mujeres.



Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

Por otro lado, aunque relacionado, están los años de vida saludable, esto es, los años de vida libres de enfermedad o discapacidad limitantes. Al igual que en el caso de la esperanza de vida, los años de vida saludables para los hombres difiere en algo más de diez años, siendo de nuevo el régimen liberal post-socialista el que tiene una media inferior, de 55 años, y esta vez es el régimen liberal el que se sitúa en primer lugar con una media de más de 65 años de vida saludable. Las mujeres del régimen liberal post-socialista y las del grupo de acceso tienen una media de años de vida saludable alrededor de 59 años, seguidas por las de los países corporativistas. De nuevo, el régimen liberal es en el cual el número de años de vida saludable es el mayor, con una media que supera los 65 años.

Por último, la mortalidad infantil mide el número de defunciones en una población por cada mil nacimientos vivos durante el primer año. Las medias en este caso no difieren demasiado, salvo en el caso del grupo de acceso, que tiene una media de 9 defunciones. Los países post-socialistas y los liberales se sitúan en un nivel inferior, alrededor de 4 defunciones, y el resto se sitúan en torno a 3 defunciones, siendo el régimen socialdemócrata el que menos defunciones registra de media.

Aplicando de nuevo un ANOVA de un factor, se comprueba la existencia de diferencias significativas entre los distintos regímenes de bienestar.

Contraste:

H_0 : No hay diferencias significativas en los indicadores de salud objetiva (medias) entre los diferentes estados de bienestar.

H_1 : Sí hay diferencias

Estadísticos:

F= 105329,449; P= 0,000 < 0,05 = α para la esperanza de vida de los hombres

F= 28081,161; P= 0,000 < 0,05 = α para la esperanza de vida de las mujeres

F= 8346,762; P= 0,000 < 0,05 = α para los años de vida saludable de los hombres

F= 2453,048; P= 0,000 < 0,05 = α para los años de vida saludable de las mujeres

F= 63923,127; P= 0,000 < 0,05 = α para la mortalidad infantil

Conclusión:

De nuevo, para el nivel de significación del 5%, se ha obtenido un p-valor de 0,000 para todos los casos, lo que nos lleva a rechazar de nuevo la hipótesis nula, y a aceptar que efectivamente existen diferencias significativas en los indicadores de salud objetiva para los distintos estados de bienestar.

Tabla 3.5 Diferencias en indicadores objetivos en función de los regímenes de bienestar.

		ANOVA				
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Life expectancy - males, 2011	Entre grupos	293456,364	6	48909,394	105329,449	,000
	Dentro de grupos	16488,491	35509	,464		
	Total	309944,855	35515			
Life expectancy - females, 2011	Entre grupos	131839,206	6	21973,201	28081,161	,000
	Dentro de grupos	27785,404	35509	,782		
	Total	159624,610	35515			
Healthy life years - males, 2011	Entre grupos	247249,005	6	41208,168	8346,762	,000
	Dentro de grupos	175308,791	35509	4,937		
	Total	422557,796	35515			
Healthy life years - females, 2011	Entre grupos	112573,239	6	18762,206	2453,048	,000
	Dentro de grupos	271591,615	35509	7,649		
	Total	384164,854	35515			
Infant mortality, 2011	Entre grupos	67308,851	6	11218,142	63923,127	,000
	Dentro de grupos	6231,626	35509	,175		
	Total	73540,477	35515			

Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

A continuación, se estudiará **si existe relación entre el reporte de una enfermedad o discapacidad crónica y el régimen de bienestar**, por medio de un contraste de independencia ya que nos enfrentamos a dos variables de naturaleza cualitativa.

El contraste de independencia, estudia si existe relación de dependencia o no entre el hecho de reportar una enfermedad o discapacidad limitantes y los distintos regímenes de bienestar. El objetivo de este contraste es comprobar si efectivamente los diferentes regímenes afectan a la hora de reportar algún tipo de afección o discapacidad.

En primer lugar, se muestran los porcentajes de respuesta positiva y negativa en función de los estados de bienestar.

Tabla 3.6 Porcentaje de Y/N en los distintos regímenes de bienestar.

		Q43 Do you have any chronic (long-standing) physical or mental health problem, illness or disability?	
		Yes	No
		% del N de fila	% del N de fila
Country Clusters	Social Democratic	35,6%	64,4%
	Corporatist	31,6%	68,4%
	Liberal	35,5%	64,5%
	Southern European	18,8%	81,2%
	Post-socialist corporatist	27,9%	72,1%
	Post-socialist liberal	35,0%	65,0%
	2007 accession cluster	27,1%	72,9%

Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012)

Contraste:

H₀: X e Y son independientes

H₁: X e Y son dependientes

Estadístico:

$$\chi^2 = 666,683 \quad P = 0,000 < 0,05 = \alpha$$

Conclusión:

Con un p-valor de 0,000 y asumiendo un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula de independencia, por lo que se puede afirmar que el reportar una enfermedad o discapacidad depende del régimen de bienestar de residencia.

Además, se puede cuantificar el grado de relación comprobando el estadístico que arroja el resultado de la prueba de independencia: el coeficiente de contingencia de Pearson, que toma valores entre 0 y $\sqrt{\frac{k-1}{k}}$, siendo 0 cuando no existe relación entre las variables y $\sqrt{\frac{k-1}{k}} = 0,71$ cuando la relación es perfecta, siendo k el número mínimo de filas o columnas, siendo en este caso 2 (Sí/No).

El coeficiente de contingencia es de 0,136, lo que indica que la relación es débil, aunque las variables son dependientes.

Tablas 3.8 y 3.9 Contraste de independencia.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	666,683 ^a	6	,000
Razón de verosimilitud	691,638	6	,000
Asociación lineal por lineal	166,060	1	,000
N de casos válidos	35277		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 136,66.

Medidas simétricas

	Valor	Significación aproximada
Nominal por Nominal Coeficiente de contingencia	,136	,000
N de casos válidos	35277	

Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

3.3.3 Estudio de las diferencias en la salud subjetiva en relación a un indicador de salud objetiva.

Por último, se estudiará si la satisfacción con la salud difiere en media en función de si el individuo padece o no una enfermedad o discapacidad crónica. Para lo cual se realizará en primer lugar, un contraste de igualdad de varianzas por medio del test de Levene, y en segundo lugar el contraste de igualdad de medias, a través de la t de Student. De esta forma se relaciona un indicador de salud objetiva con uno de salud subjetiva.

Este contraste se realiza de esta forma dado que se trata de una variable cualitativa (tener o no una enfermedad o discapacidad limitante) y otra cuantitativa (el grado de satisfacción con la salud), de modo que se podrá conocer si, en este caso, el grado de satisfacción con la salud media depende de si la persona tiene una enfermedad o discapacidad.

Contraste:

$$H_0: \sigma_1 = \sigma_2$$

$$H_1: \sigma_1 \neq \sigma_2$$

Estadístico:

$$F= 2739,876; P= 0,000 < 0,05 = \alpha$$

Conclusión:

Con un p-valor de 0,000 y un nivel de significación del 5%, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de varianzas.

En la tabla 3.10 se muestra el resultado de la prueba de muestras independientes. En la prueba de Levene se ha obtenido un p-valor de 0,000, es decir, que para un nivel de significación del 5% no se asume la igualdad de varianzas, por lo que a la hora de buscar el p-valor para la prueba de igualdad de medias, habrá que fijarse en la segunda fila de resultados, en la cual no se asume la igualdad de varianzas.

Contraste:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Estadístico:

$$T\text{-Student} = -96,709; P = 0,000 < 0,05 = \alpha$$

Conclusión:

De nuevo se obtiene un p-valor de 0,000, que para el nivel de significación del 5%, hace que se rechace la hipótesis nula de igualdad de medias. Al ser rechazada la hipótesis nula, se asume que la variable cuantitativa, en este caso, la satisfacción con la salud, depende de la variable cualitativa, es decir, de si el individuo padece una enfermedad o discapacidad crónica.

Tabla 3.10 Igualdad de medias entre las variables Q40f y Q43.

		Prueba de muestras independientes								
		Prueba de Levene de igualdad de varianzas		prueba t para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
									Inferior	Superior
Q40f Your health / How satisfied are you?	Se asumen varianzas iguales	2739,876	,000	-112,224	35215	,000	-2,633	,023	-2,679	-2,587
	No se asumen varianzas iguales			-96,709	13985,386	,000	-2,633	,027	-2,687	-2,580

Fuente: elaboración propia, basado en EQLS (2012).

Además, el signo negativo del estadístico t indica que la satisfacción con la salud es significativamente mejor para los individuos que no padecen enfermedades limitantes o están discapacitados crónicamente.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En este estudio se ha puesto de manifiesto la importancia que tienen las distintas políticas públicas que se llevan a cabo en contexto de los estados de bienestar establecidos en cada país, ya que tienen un efecto directo sobre la salud de los individuos, y además incrementan o reducen las desigualdades en cada región.

Además, se han abordado los conceptos de estado y régimen de bienestar, así como su clasificación desde la perspectiva de distintos autores, desde el que creó esta distinción entre países (Esping-Andersen (1990)) hasta los más actuales, uno de los cuales se emplea en el análisis empírico (Whelan y Maître (2010)). En este caso se ha utilizado una tipología formada por siete grupos de países o regímenes, siendo las características de cada uno muy específicas, de modo que se pueden apreciar claramente los efectos de cada sistema sanitario en función de los diferentes regímenes.

También se han examinado las definiciones de los conceptos de salud desde una óptica multidimensional, y de salud pública desde varias perspectivas, y se ha visto además que la salud se puede analizar desde dos vertientes: la salud subjetiva y la salud objetiva, a través de una serie de indicadores utilizados en la EQLS de 2012 para los países de la UE27.

A partir de estas definiciones, se ha procedido al análisis descriptivo e inferencial de todos los indicadores, dando a conocer su comportamiento frente a los distintos regímenes de bienestar, y pudiendo observar si, efectivamente, existen diferencias significativas entre la salud objetiva y subjetiva de los individuos en relación con el régimen de bienestar en el que residen.

Tras el análisis empírico, se pueden extraer una serie de conclusiones acerca de los resultados sanitarios en cada régimen de bienestar.

Según las pruebas realizadas, se puede afirmar que efectivamente existen diferencias significativas en los distintos indicadores seleccionados para el análisis en función del régimen de bienestar al que pertenezcan y además que, en general, los países del este de Europa son los que peores resultados obtienen en todos los indicadores, tanto de salud objetiva como de salud subjetiva.

Estos resultados sugieren que los sistemas con transferencias y gasto sanitario más generosos, proporcionan una mejor salud a la población. En los estados post-socialistas y el grupo de acceso, donde el gasto público y los derechos sociales son escasos, la salud de la población es significativamente peor, sobretodo en el caso de la esperanza de vida y de los años de vida saludable. En el caso de la mortalidad, el único dato que sobresale es el del grupo de acceso, formado por Bulgaria y Rumanía, en el que la media de defunciones por cada mil nacimientos vivos está en torno a 9, frente a los demás regímenes que se sitúan entre 3 y 4 defunciones.

También se ha analizado si el hecho de padecer una enfermedad o discapacidad crónica depende del régimen de bienestar y, concretamente, los menos propensos a padecer o informar sobre una enfermedad o discapacidad crónica son los ciudadanos de los países del sur de Europa, con un porcentaje del 18% de respuesta positiva. Los países post-socialistas corporativistas y el grupo de acceso siguen a los países del sur con unos porcentajes en torno al 27%; en los corporativistas, el porcentaje supera el 31%, y los demás se sitúan alrededor del 35%. En este sentido, cabe mencionar que la cultura, la

etnia y el género, entre otros factores, pueden afectar a la propensión de reportar este tipo de afecciones, ya que el concepto de enfermedad o discapacidad limitante puede variar entre países.

Por último, se ha realizado un análisis para comprobar si un indicador de salud objetiva: la enfermedad o discapacidad crónica, condiciona los valores medios de un indicador de salud subjetiva: la satisfacción con la salud. Tras realizar los contrastes pertinentes de igualdad de varianzas y de medias, rechazando la hipótesis nula de igualdad en ambos casos, se puede afirmar con un nivel de confianza del 95%, que el grado de satisfacción de los individuos, independientemente del régimen de bienestar al que pertenezcan, depende de si padecen o no una enfermedad o discapacidad crónica, y además, se ha podido comprobar empíricamente que, lógicamente, la satisfacción con la salud es notablemente superior cuando no se padece ninguna de ellas.

En resumen, son muchos los ámbitos de la vida cotidiana los que afectan a la salud de las personas, y aparte de los factores hereditarios, hay factores psicológicos que a su vez conducen a problemas fisiológicos. Este hecho, afortunadamente, se tiene cada vez más en cuenta a la hora de establecer las políticas y medidas sanitarias, sobre todo en los países más desarrollados. Esto se debe en gran parte a que muchos de estos problemas psicológicos son causados por factores controlables por las autoridades de cada país. Los países más concienciados con la salud de sus habitantes y que por lo tanto toman medidas a favor de la generosidad en las prestaciones sanitarias, consiguen efectivamente unos resultados superiores, frente a aquellos en los que el estado del bienestar, tanto en la teoría como en la práctica, no está desarrollado. En general, en los países con sistemas de seguridad social y de cobertura, aunque no sea universal, no se pueden apreciar unas diferencias tan notorias, sobre todo en el caso de los indicadores objetivos. Este hecho debe concienciar a los países con mayores desigualdades y peores resultados de salud para comenzar a promover y a cuidar la salud de la población en su conjunto, y también al resto de países, a fomentar la cobertura sanitaria, fundamentalmente para los más necesitados, en pos de erradicar las desigualdades, y a mantener y mejorar la salud de toda la sociedad, de forma que algún día los habitantes del mundo entero puedan vivir una vida sana y longeva.

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahrendt, D., Dubois, H. y Mezger, E. (2015) “An Overview of Quality of Life in Europe” en W. Glatzer et al., *Global Handbook of Quality of Life*, 625-661. International Handbooks of Quality-of-Life, Springer.
- Alvarez-Galvez, J., Rodero-Cosano, M.L., García-Alonso, C. y Salvador-Carulla, L. (2014) “Changes in socioeconomic determinants of health: comparing the effect of social and economic indicators through European welfare state regimes”, *J Public Health*, 22, 305-311.
- Arber, S., Lahelma, E. (1993) “Inequalities in women’s and men’s ill-health: Britain and Finland compared”, *Social Science & Medicine*, 37 (8), 1055–1068.
- Bambra, C. (2007) “Going beyond the three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research”, *J Epidemiol Community Health*, 61, 1098-1102.
- Bambra, C., Pope, D., Swami, V., Stanistreet, D., Roskam, A., Kunst, A. y Scott-Samuel, A. (2009) “Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries”, *J Epidemiol Community Health*, 63, 38-44.
- Bambra, C. (2011) “Health inequalities and welfare state regimes: theoretical insights on a public health ‘puzzle’.”, *J Epidemiol Community Health*, 65,740-745.
- Barnes, L., Hall, P.A. y Taylor, R.C.R. (2009) “Why is wealthier healthier?” Council for European Studies, *Perspectives on Europe*, 39 (2), 4-8.
- Bartoll, X., Cortès, I. y Artazcoz, L. (2014) “Full- and part-time work: gender and welfare-type differences in European working conditions, job satisfaction, health status and psychosocial issues”, *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 40 (4), 370-379.
- Beckfield, J. y Krieger, N. (2009) “Epi+demos+cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequalities – Evidence, Gaps and a Research Agenda” *Epidemiologic Reviews*, 31 (1), 152-177.
- Bergqvist, K., Aberg Yngwe, M. y Lundberg, O. (2013) “Understanding the role of welfare state characteristics for health and inequalities-an analytical review”, *BMC Public Health*, 13,1234.
- Bonoli, J. (1997) “Classifying welfare states: a two-dimension approach”, *Journal of Social Policy*, 26, 351-372.
- Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pasarín, M.I., Brugal, T., García-de-Olalla, P., Mari-Dell’Olmo, M. y Caylà, J. (2006) “AIDS mortality before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy: does it vary with socioeconomic group in a country with a national health system?”, *European Journal of Public Health*. 16 (6), 601–608.
- Bukodi, E. and Robert, P. (2007) “Occupational Mobility in Europe”, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities.
- Chung, H. y Muntaner, C. (2007) “Welfare state matters: A typological multilevel analysis of wealth countries”, *Health Policy*, 80 (2), 328-339.

- Crombie, I.K., Irvine, L., Elliott, L. y Wallace, H. (2005) “*Closing the health inequalities gap: An international perspective*” Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Dahl, E. y van der Wel, K.A. (2012) “Educational inequalities in health in European welfare states: a social expenditure approach”, *Social Science & Medicine*, 81, 60-69.
- De Smedt, M. (2013) “Measuring Subjective Issues of Well-Being and Quality of Life in the European Statistical System”, *Social Indicators Research*, 114, 153-167.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Judge, K. y Ringdal, K. (2008a) “Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis”, *Social Science & Medicine*, 66, 2281-2295.
- Eikemo, T.A., Huisman, M., Bambra, C. y Kunst, A.E. (2008b) “Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries”, *Sociology of Health & Illness*, 30 (4), 565–582.
- Elstad, J.I. (1996) “Inequalities in health related to women’s marital, parental, and employment status—a comparison between the early 70s and the late 80s, Norway”, *Social Science & Medicine*, 42 (1), 75–89.
- Esping-Andersen, G. (1990) “The Three Political Economies of the Welfare State”. En *The Three Worlds of Welfare Capitalism* (6-34). Princeton University Press.
- Eurofound (2014), *Developing a country typology for analyzing quality of life in Europe*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound (2013a), *Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Social inequalities*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Eurofound (2013b), *Third European Quality of Life Survey – Quality of life in Europe: Subjective well-being*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Ferrera, M. (1996) “The southern model of welfare in social Europe”, *J European Social Policy*, 6 (1), 17-37.
- Högberg, B. (2014) “Ageing, health inequalities and welfare state regimes - a multilevel analysis”. Umeå University, Faculty of Social Sciences, Department of Sociology. Student thesis.
- Hurrelmann, K., Rathmann, K. y Richter, M. (2011) “Health inequalities and welfare state regimes. A research note.”, *J Public Health*, 19, 3-13.
- James, P.D., Wilkins, R., Detsky, A.S., Tugwell, P. y Manuel, D.G. (2007) “Avoidable mortality by neighbourhood income in Canada: 25 years after the establishment of universal health insurance”, *J Epidemiology & Community Health*. 61 (4), 287–296.
- Jürges, H. (2006) “True health vs response styles: exploring cross-country differences in self-reported health”, *Health Economics*, 16 (2), 163-178.
- Kunst, A.E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J.A., Geurts, J.J., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W.J. y Mackenbach, J.P. (2005) “Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries”, *International Journal of Epidemiology*, 34 (2), 295–305.

- Lahelma, E., Arber, S., Kivelä, K. y Roos, E. (2002) “Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances”, *Social Science & Medicine*, 54 (5), 727–740.
- Leon, D.A., Vagerö, D. y Olausson, P.O. (1992) “Social class differences in infant mortality in Sweden: comparison with England and Wales”, *BMJ*, 305 (6855), 687–691.
- Martínez Hernández, J. (2003). *Nociones de Salud Pública* (Primera edición). Madrid: Díaz de Santos
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) *Indicadores de Salud 2013. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., Benach, J. y O’Campo, P. (2012) “Locating Politics in Social Epidemiology”. En P. O’Campo y J. R. Dunn, *Rethinking Social Epidemiology* (175-202). Springer.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, Á., Rodríguez-Sanz, M., Vergés, N. y Pasarín, M.I. (2006) “Politics and health outcomes” *Lancet*, 368, 1033-1037.
- Navarro, V. y Shi, L. (2001) “The political context of social inequalities and health”, *Social Science & Medicine*, 52, 481-491.
- O’Campo, P., Molnar, A., Ng, E., Renahy, E., Mitchell, C., Shankardass, K., St. John, A., Bamba, C. y Muntaner, C. (2015) “Social welfare matters: A realist review of when, how and why unemployment insurance impacts poverty and health”, *Social Science & Medicine*, 132, 88-94.
- Olafsdottir, S. (2007) “Fundamental causes of health disparities: stratification, the welfare state, and health in the United States and Iceland” *Journal of Health and Social Behavior*, 48 (3), 239–253.
- Organización Panamericana de la Salud (2002) *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington, D.C.: OPS. Publicación Científica y Técnica No.589, (p.4).
- Popham, F., Dibben, C. y Bamba, C. (2013) “Are health inequalities really not the smallest in the Nordic welfare states? A comparison of mortality inequality in 37 countries”, *J Epidemiol Community Health*, 67, 412-418.
- Ruiz, M. A. y Pardo, A. (2005): "Calidad de vida relacionada con la salud: definición y utilización en la práctica médica", *Pharmaeconomics, Spanish Research Articles*, 2 (1), pp. 31-43.
- Sarti, S., Alberio, M. y Terraneo, M. (2013) “Health Inequalities and the Welfare State in European Families”, *Journal of Sociology & Social Welfare*, 40 (1), 103-130.
- Sastry N. (2004) “Trends in socioeconomic inequalities in mortality in developing countries: the case of child survival in Sao Paulo, Brazil”, *Demography*, 41 (3), 443–464.
- Whelan CT y Maître B (2010) “Welfare regime and social class variation in poverty and economic vulnerability in Europe: An analysis of EU-SILC”, *Journal of European Social Policy*, 20 (4), 316-332.

Wilkinson, R. y Marmot, M. (2003) *“Social determinants of health: the solid facts”*, (2ª ed.). Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.

World Health Organization (2014) *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report*, (updated reprint). Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe.

Recursos electrónicos:

- Figueroa de López, S. (2012) *Proceso de Salud-Enfermedad desde la perspectiva de la Salud Pública*. Guatemala: Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, Unidad didáctica de salud pública.
<https://saludpublicayepi.files.wordpress.com/2012/06/proceso-salud-enfermedad-2012.pdf> (Consulta: 9 de diciembre de 2016)
- Hurrelmann, K., Duwe, S., Gleicher, D., Rathmann, K., Woods, N. y Richter, M. (2009), *Increasing Health Inequalities in Welfare States: The Need for a More Health Sensitive Public Policy*.
https://www.hertie-school.org/fileadmin/images/Downloads/media_events/Reducing_Health_Inequalities/1202_hurrelmann.pdf (Consulta: 9 de diciembre de 2016)
- European Commission. Health indicators: Healthy Life Years http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years_en (Consulta: 30 de noviembre de 2016)
- Tratado de Lisboa https://es.wikipedia.org/wiki/Tratado_de_Lisboa (Consulta: 9 de diciembre de 2016)
- Diccionario de la lengua. Real Academia Española:
 - Definición de objetivo <http://dle.rae.es/?id=QmvS5XH> (Consulta: 9 de diciembre de 2016)
 - Definición de subjetivo <http://dle.rae.es/?id=YXhQdva> (Consulta: 9 de diciembre de 2016)
 - Definición de morbilidad <http://dle.rae.es/?id=PmpI63u> (Consulta: 11 de diciembre de 2016)
 - Definición estado de bienestar <http://dle.rae.es/?id=GjqhajH> (Consulta: 12 de diciembre de 2016)
- Mortalidad infantil https://es.wikipedia.org/wiki/Mortalidad_infantil (Consulta: 11 de diciembre de 2016)
- OCDE.
 - Life expectancy at birth. <https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-birth.htm> (Consulta 11 de diciembre de 2016)
 - List of variables in the OECD Health Statistics. <http://www.oecd.org/els/health-systems/List-of-variables-OECD-Health-Statistics-2016.pdf> (Consulta: 13 de diciembre de 2016)
- Global Health Observatory. World Health Organization (WHO) <http://apps.who.int/gho/data/node.imr> (Consulta: 12 de diciembre de 2016)

- Oficina Europea de Estadística (Eurostat). Determinantes de la salud. <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-status-determinants> (Consulta: 13 de diciembre de 2016)
 - Rapaport, J. *Indicadores de salud*. <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/124> (Consulta: 13 de diciembre de 2016)
 - Organización Panamericana de la Salud (2001) “Indicadores de Salud: Elementos Básicos para el Análisis de la situación de Salud” OMS, Oficina Regional para las Américas, *Boletín epidemiológico*, 22 (4). http://www1.paho.org/spanish/sha/be_v22n4-indicadores.htm (Consulta: 13 de diciembre de 2016)
 - Figura 2.1. Consejería de salud. Junta de Andalucía. http://www.saludpublicaandalucia.es/2004_2008/site/02-06-02-01_accion-social-lineas-avance.html (Consulta: 13 de diciembre de 2016)
- Definición de salud pública. OMS. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/public-health-services> (Consulta 14 de diciembre de 2016)