



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Trabajo de Fin de Máster

Máster en Análisis económico y finanzas

Análisis de los determinantes de la salud de las personas mayores en España

Presentado por:

Alba Ramírez Burgos

Tutelado por:

Patricia Gómez Costilla

Noelia Somarriba Arechavala

Valladolid, 28 de septiembre de 2020

RESUMEN:

El objetivo de este trabajo es estudiar los determinantes de la salud de las personas mayores en España. Para alcanzarlo, partiendo de la Encuesta Nacional de Salud del año 2017, se ha realizado un análisis econométrico de la salud percibida en personas mayores aplicando un modelo de regresión logística binaria que permita analizar la influencia de diversos determinantes en la percepción de la salud de los individuos. Los resultados que se han obtenido para toda la muestra, a través del programa Stata, evidencian que las mujeres declaran peor salud percibida, así como los individuos con menor formación y conductas menos saludables (obesidad, sedentarismo, etc....).

En lo que respecta a las diferencias que afectan a la percepción de la salud en cuanto al género, las mujeres reportan una mejor salud que los hombres cuando ambos presentan educación secundaria o terciaria, sin embargo ocurre lo contrario cuando estudiamos las ocupaciones o la situación profesional. Cuando analizamos la obesidad, aunque afecta negativamente a ambos sexos, observamos una mayor influencia negativa en las mujeres. En último lugar, los habitantes de zonas rurales perciben su salud como mejor que los de zonas urbanas y se aprecian diferencias importantes en la significación de los determinantes al segmentar la muestra rural y urbana.

PALABRAS CLAVE: salud percibida, análisis Logit, determinantes de la salud.

ABSTRACT:

The objective of this paper is to study the determinants of health in elderly people from Spain. To achieve it, using the National Health Survey form year 2017, it has been done an econometric analysis about perceived health in elderly people applying a binary logistic regression which allows to analyse the influence of various determinants in individuals' health perception. The model's results were obtained through Stata software, and it highlights differences which affects to health perception as to gender, attributing worse ratings to women and individuals with low education and less healthy conducts (obesity, sedentarism, ...).

When we talk about differences that affects to health perception based in gender, women report better health than men when both have secondary or tertiary studies, despite that, it occurs the opposite when we focus on obesity, although it has a negative influence in both, we notice a higher adverse influence in

women. In the last place, inhabitants of rural areas perceive their health better than the ones in urbans, and we could appreciate important differences in health determinants signification when the sample is segmented by rural and urban areas.

KEY WORDS: self-perceived health, Logit analysis, determinants of health.

JEL CODE CLASSIFICATION: C35 (Discrete Regression and Qualitative Choice Models), I12 (Health Behaviour), Z13 (Social and Economic Stratification).

ÍNDICE DE CONTENIDO

1.	Introducción.....	1
2.	Antecedentes.....	5
2.1.	El concepto de salud y su medición.....	5
2.2.	Los determinantes socioeconómicos de la salud. Revisión de enfoques	8
2.2.1	Revisión de modelos explicativos del concepto de salud y sus desigualdades 8	
2.2.2.	Los determinantes de la salud. Revisión de la literatura	13
2.2.2.1.	Edad y envejecimiento.....	13
2.2.2.2.	Género	16
2.2.2.3.	Clase social	18
2.2.2.4.	Educación	20
2.2.2.5.	Ocupación laboral.....	21
2.2.2.6.	Estilo de vida	23
2.2.2.7.	Hábitat rural-urbano	26
2.2.2.8.	Sistema de atención sanitaria.....	27
3.	Metodología.....	29
3.1.	Descripción de la Encuesta Nacional de Salud.....	29
3.2.	Análisis preliminar de microdatos de la ENSE.....	31
3.3.	Descripción del modelo Logit Bivariado	36
4.	Análisis empírico	43
4.1.	Selección de variables. Justificación.....	43
4.2.	Análisis preliminar de los datos	52
4.3.	Estimación de los modelos econométricos	55
4.3.1.	Estimación del modelo para la muestra global (50 años y más)	56
4.3.2.	Modelo estratificado por sexo	65
4.3.3	Modelo comparativo zona rural y zona urbana	69
4.4.	Reflexiones	73
5.	Conclusiones.....	81
6.	Bibliografía.....	85

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Gráfico 2.2.1.1: Determinantes de la salud según Dahlgren y Whitehead	9
Gráfico 2.2.1.2: Determinantes de la salud según Laframboise	10
Gráfico 2.2.1.3: Determinantes sociales de la salud según Solar e Irwin.....	11
Gráfico 3.2.1: Distribución de la muestra por edad.....	31
Gráfico 3.2.2: Distribución de la muestra por sexo	32
Gráfico 3.2.3: Distribución de la muestra por sexo en rangos de edad	33
Gráfico 3.2.4: Distribución de la muestra según su situación profesional	34
Gráfico 3.2.5: Distribución de la muestra según nivel de estudios	35
Gráfico 3.2.6: Distribución de la muestra por tamaño de población.....	35
Gráfico 3.3.1: Distribución de respuestas de la salud percibida de nuestra muestra.....	37

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 4.2.1: Lista de variables y descripción	53
Tabla 4.2.2: Descripción de las variables del modelo	54
Tabla 4.3.1.1: Modelos muestra de 50 años y más. Odds Ratio y Medidas de Bondad de Ajuste.....	57
Tabla 4.3.1.2: Efecto marginal de las variables.....	63
Tabla 4.3.2.1: Modelo comparativo mujer-hombre.....	66
Tabla 4.3.3.1: Modelo comparativo zona rural y zona urbana	70

1. INTRODUCCIÓN

Es evidente que la salud es una de las dimensiones más importantes del bienestar de los individuos, porque la carencia de la misma va a condicionar el desarrollo y las posibilidades de vivir una vida plena. Pero, además, la situación actual de pandemia en la que nos encontramos, evidencia de forma exacerbada la importancia que tiene la salud pública para el normal funcionamiento de una sociedad a todos los niveles: económico, social, político, etc... Teniendo en cuenta que los individuos no pueden tener una vida plena si no gozan de buena salud, y que el mantenimiento de esta se logra gracias a características intrínsecas de los individuos, cuidado de la salud de estos y un buen sistema sanitario que permita solventar los problemas médicos que puedan surgir, es de especial relevancia mantener unas condiciones óptimas que favorezcan la buena salud.

Por otra parte, el envejecimiento de la población es uno de los retos a los que se enfrentan todas las sociedades desarrolladas en general y las europeas en particular. Su principal problema se debe al deterioro que provoca el paso de los años en la salud y la creciente necesidad de uso de los sistemas sanitarios. En el caso de España, y como consecuencia del incremento de la esperanza de vida y de la reducción de la natalidad, la pirámide de población presenta una estructura regresiva, esto quiere decir que se encuentra ensanchada en la zona central (población adulta) y con un porcentaje de personas mayores significativo, que tiende a serlo aún más.

A principios de 2020, según datos del censo poblacional aportado por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la población mayor de 65 años representaba el 22% del total y se prevé que para 2050 este segmento supere el 30%. El incremento de la población mayor supone un importante desafío en términos económicos, especialmente para el Estado de Bienestar, y desde la óptica del bienestar de los individuos.

Basándonos en los datos expuestos anteriormente, nos hacemos una idea del grado de importancia que tiene el segmento poblacional de nuestro estudio (50 años o más) con respecto al total.

Por todo lo señalado anteriormente el estudio de la salud de nuestros mayores resulta una cuestión de especial relevancia en la actualidad y es la razón por la cual lo he elegido como tema de estudio.

A través de este trabajo trataremos de establecer la importancia que tiene cada uno de los determinantes de la salud, teniendo en cuenta tanto características sociodemográficas de los individuos, como los factores relacionados con su propia salud y el sistema sanitario. De este modo, conoceremos la medida en qué afecta cada aspecto a la percepción de la salud y podremos intentar mejorar esta para dar lugar a sociedades más longevas que valoren positivamente su salud y hagan un uso más eficiente de los servicios sanitarios.

Para conocer mejor los aspectos que condicionan el estado de salud de los individuos en España, la Encuesta Nacional de Salud Española (ENSE) ofrece una valiosa fuente de información, que nos aporta datos relevantes sobre la salud percibida de los individuos y sus características. Cuando analizamos la salud autopercebida debemos prestar especial atención a las características sociodemográficas de los individuos, a los aspectos relacionados con su salud física y a elementos concernientes a la asistencia sanitaria a la que puede acceder el individuo. Todos estos determinantes, afectan al modo de percibir la salud, dando lugar a desigualdades en la autopercepción de esta por los individuos. Ahondar en estos aspectos en el colectivo de personas mayores es sin duda un tema de gran trascendencia que puede permitir el diseño de políticas encaminadas a reducir estas desigualdades y mejorar el bienestar de los mayores, colectivo muy significativo en nuestra población como hemos visto anteriormente, debido a la baja tasa de natalidad y al aumento de la esperanza de vida.

Empleando estos datos para estimar si el efecto de variables, como: los hábitos de vida, las características sociodemográficas de los individuos, el ámbito geográfico donde residen... resultan significativas en la salud percibida de las personas. Para ello, llevaremos a cabo estimaciones a través de modelos de elección discreta, en concreto, modelos Logit por medio del programa Stata y los datos mencionados anteriormente. A través de estos análisis, nos marcamos como objetivos además de estudiar qué factores resultan significativos en la determinación de la salud de nuestros mayores como colectivo global, si ocurre como para el resto de población, que las mujeres a pesar de vivir más tienen una

peor salud y si son los mismos factores los que configuran la salud de las mujeres que la de los hombres. Además, se estudiará si el hecho de residir en una zona rural puede derivar en una peor salud autopercebida, en relación al acceso al sistema sanitario, o si por el contrario el entorno en sí mismo puede repercutir en unos hábitos más saludables que impliquen una mejor salud.

Este trabajo se estructura en varios capítulos. En primer lugar, abordaremos los antecedentes, dentro de los cuales se revisan varias definiciones del concepto de salud, ofrecidas por diversos organismos y los distintos enfoques en su medición, y junto a ello se realiza una breve revisión de algunos trabajos que explican el impacto de factores como el género, la edad, la clase social, el hábitat rural-urbano... sobre la salud de los individuos. A continuación, se realiza una breve presentación de la fuente de datos empleada y la explicación de la técnica de estimación econométrica utilizada. Tras ello, se procede al análisis empírico consistente en la estimación de varios modelos econométricos, con el objetivo de analizar qué factores resultan significativos al explicar la salud de nuestros mayores, para la población total y para ciertos segmentos de la misma.

Por último, se elaboran las conclusiones en las que daremos respuesta a los objetivos aquí planteados.

2. ANTECEDENTES

2.1. El concepto de salud y su medición

Existen multitud de definiciones del concepto de salud, siendo una de las más difundidas la propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1948, p. 100): *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*; de esta definición entendemos que la salud es un estado positivo unido intrínsecamente al bienestar personal, que no sólo se relaciona con la no enfermedad o la ausencia de malestar, sino que también lo hace con una sensación de felicidad y energía. La OMS se basó en Sigerist (1941, p. 695), que explicaba que *“la salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo”*. Es decir, Sigerist consideraba que la salud se basa tanto en el bienestar físico, como en el psicológico. Posteriormente, Dubos (1995, p. 348) definió la salud como *“el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este”*. Otra descripción es la enunciada por la OMS (1985, p. 16) que presenta la salud como un recurso: *“El grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por el otro de enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida sino como un recurso más de la vida cotidiana”*. La salud entendida en base a esta definición es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como la capacidad física de que los individuos se adecúen a las necesidades que presenta su actividad cotidiana.

La salud aparece ligada a otros conceptos como el de bienestar, por ejemplo, Gonzalo & Pasarín, (2004, p. 73) establecen que la salud es un requisito para el bienestar, estos autores plantean que una buena salud es imprescindible para alcanzar un estado de bienestar y lograr acceder a otros recursos.

La medición del concepto de salud desde una acepción tan amplia como la que se ha expuesto previamente, es compleja puesto que existen gran número de enfoques e indicadores para dicho propósito, e intentaremos describir parte de ellos.

Una forma de medir la salud es por medio de la salud percibida o autopercebida, es decir cómo se sienten los individuos en relación con su salud, habitualmente medida por medio de escalas de Likert que se obtienen al preguntarle a la persona cómo considera actualmente que es su salud. Esta medida refleja la valoración que hacen los individuos de esta, la cual será la variable dependiente que emplearemos en el estudio. Este enfoque se adopta en multitud de trabajos como por ejemplo son Blázquez Abellán et al. (2016) y Pérez-Fuentes et al. (2015).

Según Pilar et al. (2006, p. 584), la salud autopercebida es la sensación que tiene la persona sobre su propio estado de salud, esto es, cómo uno mismo percibe su estado corporal. Por otro lado, Morcillo Cebolla et al. (2014, p. 511) recogen que la mala salud autopercebida está estrechamente relacionada con la presencia de enfermedades crónicas, el uso de servicios sanitarios y la mortalidad. Esta explicación se centra en la aparición de enfermedades en los individuos y cómo acceden al tratamiento de estas.

Este indicador será nuestro elegido por su modo de obtención (pregunta única y no condicionada con respuesta múltiple) que permite graduar los resultados y ordenarlos. Principalmente, el estado de salud percibido se ve influenciado por características biológicas y fisiológicas del individuo, hábitos de vida, y por el estado emocional del sujeto en el momento de la recogida de datos. Las diferencias existentes en cuanto al criterio de valoración son explicadas por Jürges (2007, p. 163) en base a las diferencias culturales existentes en cada país que suelen ser comunes a todos sus habitantes. Esta tendencia a diferentes valoraciones podemos observarla en el estudio realizado por Desesquelles et al. (2009, p. 1124) que observa dos países como son Italia y Francia y muestra la diferencia de criterios en cuanto a valoración de su salud percibida en poblaciones de entre 45 y 74 años.

Otra posible forma de medir la salud es por medio del concepto de **morbilidad**, que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2018, p. 10) define como *“la ocurrencia de enfermedades, lesiones y discapacidades en las poblaciones”*, asociándose salud con el padecimiento de enfermedades que afectan al desarrollo de la vida del individuo. Mientras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015b, p. 1) se centra en la discapacidad de las personas y cómo esto da lugar a la pérdida de una vida sana y puede desencadenar en una muerte

prematura. Este indicador mide tanto la incidencia como la prevalencia de enfermedades en la población, pero no resulta muy útil porque trata procesos concretos y de este modo no se puede explicar la salud del conjunto poblacional. Otro posible indicador de la salud de una población es la tasa de **mortalidad**. La definición de mortalidad que aporta la Real Academia Española, (2020) (RAE) es: *“tasa de muertes producidas en una población durante un tiempo dado, en general o por una causa determinada”*. También observaremos la definición que ofrece la Organización Mundial de la Salud (2017): *“el número de defunciones por lugar, intervalo de tiempo y causa”*. Cuando empleamos este indicador como medidor, se muestra el número de fallecidos de una zona en un momento temporal determinado. Otorga mayor peso a las muertes a temprana edad, por tratarse de circunstancias poco comunes, pero no permite datos de malestar o discapacidad. Además pierde información referente al bienestar de la población en cuanto a la perspectiva de salud.

Estrechamente relacionado con la mortalidad, pero en el lado opuesto del ciclo vital se encuentra la **esperanza de vida**, que según el Instituto Nacional de Estadística (2018) (INE) se define como *“el número medio de años que esperaría seguir viviendo una persona de una determinada edad en caso de mantenerse el patrón de mortalidad por edad observado”*. Para emplear este medidor, se calculan los años de la persona fallecida y la diferencia de estos con la predicción de la esperanza de vida existente, aportando así más peso a las defunciones en edad temprana, que es una ventaja de este indicador; pero al mismo tiempo se elimina el segmento de población que vive por encima de la predicción, por lo que se pierde globalidad.

Tanto la morbilidad, como la esperanza de vida y la mortalidad son indicadores relativos a la población en su conjunto, mientras que la salud autopercebida nos permite un estudio a nivel individual, siendo una de sus ventajas.

Una vez definidos los conceptos de salud, salud autopercebida, morbilidad, mortalidad y esperanza de vida que son el punto de partida para comprender nuestro estudio. Así como de haber justificado la elección de la salud percibida para analizar el estado de salud de los individuos; pasaremos a estudiar los principales determinantes socioeconómicos del concepto de salud, a través de la revisión de una serie de trabajos que nos ofrecen una panorámica de

diferentes modelos adoptados en la medición de la salud de las personas. También completaremos el capítulo con una revisión de los resultados de un conjunto de trabajos que estudian qué factores determinan el concepto de salud percibida. Tras esta primera revisión de los determinantes de la salud de las personas, incidiremos en aquellos que consideramos prioritarios para el posterior análisis econométrico que realizaremos.

2.2. Los determinantes socioeconómicos de la salud. Revisión de enfoques

2.2.1 Revisión de modelos explicativos del concepto de salud y sus desigualdades

La literatura sobre los determinantes de la salud es muy extensa y abarca desde los modelos más elementales hasta los más complejos.

Por ejemplo, Dahlgren & Whitehead (1993, pp. 27–38) diseñaron el modelo presentado en el Gráfico 2.2.1.1 con el fin de explicar las condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales que determinaban la salud de los individuos:

GRÁFICO 2.2.1.1: DETERMINANTES DE LA SALUD SEGÚN DAHLGREN Y WHITEHEAD



FUENTE: DAHLGREN Y WHITEHEAD, 1993.

Para conocer cómo afectan a la salud de los individuos los diferentes determinantes, se observa el esquema desde el centro hacia fuera. En el núcleo, se encuentran las características no modificables de los individuos como son el sexo, la edad y los factores constitucionales. En el siguiente nivel están los factores relacionados con el estilo de vida personal como el deporte que practican, hábitos de consumo de alcohol y tabaco... En el estrato sucesivo están las relaciones sociodemográficas del individuo con su sociedad y el entorno que le rodea. A continuación, en la última capa se encontrarían las condiciones de vida y trabajo como alimentación, acceso a bienes y servicios...

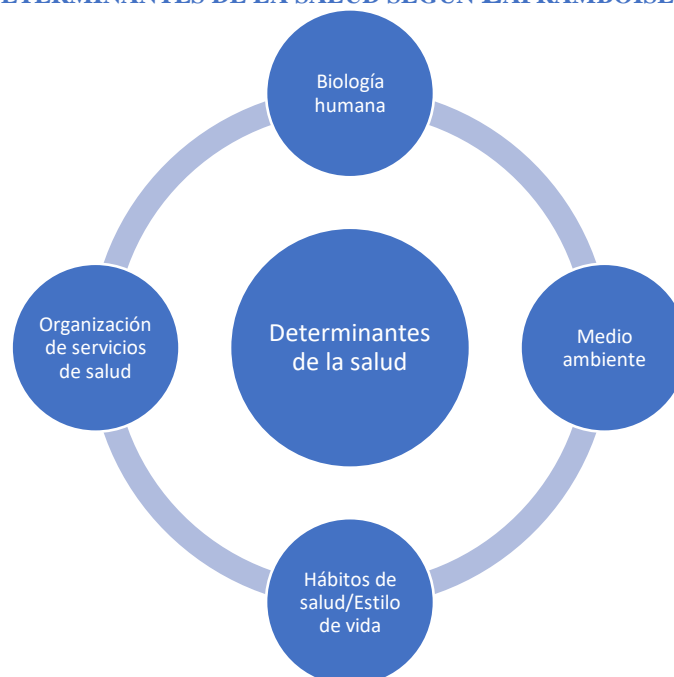
Los determinantes de la salud están influenciados por una multitud de factores como pueden ser (Dahlgren & Whitehead, 1993, pp. 27–29):

- Positivos para la salud (mantener buena salud) entre estos se pueden encontrar las buenas relaciones familiares, vivienda digna, seguridad económica y alimentaria.
- De protección (resistencia ante la enfermedad) a través de vacunas, apoyo social, dietas saludables.

- Condicionantes de riesgo (causan problemas o enfermedades que podrían evitarse) se derivan de ambientes inadecuados como la contaminación o de hábitos perjudiciales como el consumo de tabaco.

Los determinantes de la salud se pueden explicar también a través del modelo de Laframboise (1973), el cual dividía los factores que afectan a la salud en cuatro campos (véase el Gráfico 2.2.1.2): biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de servicios de salud. El apartado de biología humana se refería a la dotación genética de los individuos, que en ese momento aún no se conocía, también al crecimiento, desarrollo y envejecimiento. El campo que explica el medio ambiente se refiere a factores externos como contaminación, factores psicosociales... El tercer determinante son los hábitos de salud o estilo de vida, que tiene que ver con las decisiones del individuo, según diversos autores este apartado sería el que tiene una mayor influencia en la salud de los individuos puesto que engloba aspectos como alimentación, deporte, consumo de alcohol y tabaco... Y el último apartado, que es la organización de la asistencia sanitaria, basada en cantidad, calidad, índole, orden y relaciones entre personas y recursos sanitarios.

GRÁFICO 2.2.1.2: DETERMINANTES DE LA SALUD SEGÚN LAFRAMBOISE



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Otro posible modelo es propuesto por Solar & Irwin (2007), quienes trataron de explicar cómo se producían las desigualdades en la salud de los individuos, ver Gráfico 2.2.1.3. Estos autores proponen que el modelo debe aclarar los mecanismos que provocan inequidades en salud, indicar la relación entre los determinantes, establecer prioridades entre ellos e implementar políticas de acción. Este enfoque fue posteriormente adoptado por la OMS para definir los determinantes de la salud.

GRÁFICO 2.2.1.3: DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD SEGÚN SOLAR E IRWIN



FUENTE: SOLAR E IRWIN, 2007.

El modelo de determinantes sociales de Solar e Irwin contempla dos bloques de determinantes: los estructurales, y los intermedios.

Los determinantes estructurales representan atributos que dan lugar a una estratificación social y definen la posición socioeconómica de la población. Este grupo genera jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos que marcan el punto de partida de la estratificación social, económica y política que determinará parte de las desigualdades en salud. Estos determinantes están condicionados por el gobierno y a través de él, por las políticas macroeconómicas y sociales (educación, mercado laboral, bienestar social, sistema sanitario público...),

también por los valores culturales de la sociedad, además de por actores económicos y sociales (grandes corporaciones) y las relaciones internacionales del país. Los determinantes estructurales se encuentran formados por:

- Contexto socioeconómico y político, que comprende factores que afectan a la estructura social, y a la distribución del poder y los recursos.
- Ejes de desigualdad, son los determinantes que pueden provocar desigualdades dentro de la sociedad, como la clase social, la edad, la etnia, el género y el territorio. Todo esto afecta a las oportunidades de tener buena salud.

Los determinantes intermedios son los que se deben a la estructura social existente y producen diferencias en los recursos materiales (condiciones de vida y trabajo) que influyen en los individuos y en los servicios sanitarios dando lugar a desigualdades en salud. En cuanto a los determinantes intermedios, están compuestos por recursos materiales como las condiciones de empleo, carga de trabajo en el hogar y personas dependientes, situación económica, calidad de vivienda y equipamientos y entorno residencial. Todos estos recursos junto con la posición de poder afectan a los factores psicosociales y las conductas individuales. El conjunto de estos elementos puede dar lugar a desigualdades en servicios de salud que desencadenan diferencias entre grupos sociales.

Existen desigualdades entre ambos grupos, pero la principal es que los determinantes estructurales son el punto inicial desde el que surgen las divergencias en salud; y los determinantes intermedios se derivan de estos provocando diferencias materiales que son desencadenantes de las desigualdades en salud. Podemos observar discrepancias en cuanto al grupo de personas al que afectan los determinantes; cuando hablamos de determinantes estructurales, su influencia se extiende a toda la sociedad bajo la misma política de gobierno, mientras que en el caso de los determinantes intermedios afectan individualmente a los sujetos.

En estos tres modelos enunciados: Dahlgren y Whitehead, Laframboise, y Solar e Irwin se aborda una explicación de la salud como concepto multidimensional influido por diversas variables procedentes del entorno, del propio ser humano, sociedad en la que convive... Según la definición aportada por el Global Forum

for Health Research & World Health Organization (2004), la investigación para la salud pretende entender el impacto de políticas, programas, y eventos teniendo en cuenta los determinantes de la salud y cómo afectan a esta. También buscan dar apoyo a dichas intervenciones para disminuir el impacto social, contribuyendo así en la búsqueda de la equidad en salud.

A continuación, pasaremos a explicar algunos de los factores que determinan de forma significativa la salud de los individuos estudiados en la literatura sobre el tema, junto a referencias de algunos trabajos que inciden en estos factores.

2.2.2. Los determinantes de la salud. Revisión de la literatura

2.2.2.1. *Edad y envejecimiento*

En la actualidad estamos viviendo un proceso de envejecimiento de la sociedad superior al existente en años anteriores. En 2017, según datos del censo poblacional publicados por el INE, la población de más de 65 años había aumentado en todos los intervalos de edad adulta, especialmente entre 65 y 74 años que se incrementó un 10% con respecto al año anterior. Como enuncian Cantarero-Prieto et al. (2018, p. 1197), la población está envejeciendo como resultado del descenso de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. La estructura poblacional española actualmente está envejecida debido al aumento de la esperanza vital, todo esto se encuentra ligado al declive de la tasa de mortalidad que sufrimos. Estas características dan lugar a ajustes demográficos, económicos, de estructura familiar y en el hogar... y socialmente tienen consecuencias que Pérez Díaz (2010, p. 37) divide en tres: feminización de la población, existen grandes diferencias entre hombres y mujeres a medida que envejecen; sobre-envejecimiento, el grupo de personas de avanzada edad crece con rapidez; y por último dependencia, provocada por los problemas de salud asociados al envejecimiento.

En relación a la salud autopercibida esta empeora con la edad, según Roqué I Figuls et al. (2012, p. 287) y Sanchez-Santos et al. (2011, p. 288) se debe principalmente al incremento del nivel de dependencia. Pero los autores Roqué i Figuls et al. han obtenido una relación inversa de la salud cuando los individuos

superan los 70 años. Este cambio perceptivo en la salud de los individuos se relaciona con las escasas expectativas que se tienen de encontrarse bien, y por ello ante aspectos positivos, los individuos los valoran más.

Urbanos-Garrido (1995, p. 15), explica que cuanto más mayores somos, desciende la probabilidad de sentirse sano. Esta autora también relaciona que tener hábitos de vida saludables dan lugar a un efecto positivo de salud; uno de estos podría ser la práctica de deporte de forma regular, que permite incrementar las probabilidades de valorar la salud como buena. Otra posible explicación al cambio de percepción de la salud en personas mayores, podría ser la diferencia de criterios existente entre generaciones.

La vejez es explicada por Rodríguez Ávila (2018, p. 88) desde la perspectiva subjetiva del individuo e incluye cambios biológicos, psicosociales y en las capacidades cognitivas. El paso del tiempo en los individuos provoca limitaciones, pérdida de capacidad y derecho para acceder a recursos, así como la aparición de enfermedades o discapacidades. Uno de los cambios más fuertes se produce con la llegada de la edad de jubilación, que provoca una readaptación a una nueva etapa vital en la que las capacidades de los individuos se ven reducidas.

No siempre esto tiene que ser cierto, si se empieza a fomentar el envejecimiento saludable, los individuos podrán alcanzar la vejez manteniendo plenas sus capacidades.

Ligado al concepto de envejecimiento surgen diferentes definiciones, así como teorías que le sustentan. Veamos brevemente algunas de estas definiciones e hipótesis con el fin de comprender esta etapa de la vida en la que se ubica nuestro colectivo objeto de estudio.

El envejecimiento según los autores Fernández-Ballesteros et al. (2013, p. 83) se clasifica en:

- Envejecimiento saludable: ausencia de enfermedad y buena capacidad funcional para las actividades diarias.
- Envejecimiento activo: buen funcionamiento físico y cognitivo.
- Envejecimiento productivo: participación y compromiso e implicación social.
- Envejecimiento exitoso: engloba las tres anteriores.

Cuando hablamos de **envejecimiento saludable** podemos fijarnos en la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2019, p. 1), *“proceso de desarrollo y mantenimiento de la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez”*. Ligado a esta definición se encuentran una serie de capacidades (satisfacer necesidades básicas, contribuir con la sociedad, movilidad, mantener relaciones...) que permiten al individuo interactuar consigo mismo y con su entorno.

Resulta interesante en relación al **envejecimiento activo** la definición que ofrece también la Organización Mundial de la Salud (2015) como: *“el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen”*.

Al tratar sobre **envejecimiento productivo** hay que nombrar a Butler que fue quien propuso dicha modalidad de envejecimiento y la definió como *“la capacidad de un individuo o una población para servir en la fuerza de trabajo remunerada, en actividades de voluntariado, ayudar en la familia y mantenerse independiente como sea posible”* (Butler, 2000, p. 23). Pero este mismo concepto se puede apreciar desde otra perspectiva como la de Bass et al., (1993, p. 247), *“el envejecimiento productivo es cualquier actividad desarrollada por una persona mayor que produce bienes o servicios, o desarrolla capacidades”*.

Por último, el **envejecimiento exitoso** es explicado por Sarabia Cobo (2009, p.173) como *“el que ocurre cuando las personas sienten satisfacción por poder adaptarse a las situaciones cambiantes de su vida”*.

El envejecimiento, se basa en un conjunto de teorías desarrolladas por diferentes autores, a continuación, comentaremos algunas de ellas:

- La **teoría de la desvinculación** de Cumming & Henry (1991, p. 218), que habla sobre la actividad que desarrolla el ser humano a lo largo de su vida y del abrupto descenso que se produce al perder la autonomía física y la capacidad de socialización.
- La **teoría de la actividad** desarrollada de Havighurst (1961, p. 8), que relaciona el puesto desempeñado por el individuo con su satisfacción y la percepción de mejor calidad de vida a la que da lugar.
- La **teoría de los roles** especificada por Atchley (1977, p. 16), en la que se explican las actividades desarrolladas por cada uno en función de los

roles asumidos. Dependiendo de las cargas familiares asociadas a cada momento de la vida del individuo.

- Por último, González de Gago (2010, p. 53) enunció la **teoría de la continuidad** que pretende mantener hábitos, personalidad, estilo de vida... durante la vejez.

Seguidamente, pasaremos a estudiar la relación existente entre la salud y el género.

2.2.2.2. Género

Esta característica del ser humano es definida por la RAE como *“grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, entendido este desde un punto de vista sociocultural en lugar de exclusivamente biológico”*. De acuerdo con Fernández-Mayoralas et al. (2018, p. 150) existen diferencias de género debidas al desarrollo de diferentes actividades (trabajo remunerado, doméstico, actividades de cuidado) , lo que provoca cargas en el sexo femenino mayores, que unidas a su situación de vulnerabilidad física desencadenan un envejecimiento con peor salud. Por otro lado, Murillo (1996, p. 10) caracteriza el género como el *“conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian al hombre y a la mujer a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. Y que como proceso histórico se desarrolla a diferentes niveles tales como el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia, y a través de las relaciones interpersonales”*. Por ejemplo, se aprecian grandes diferencias en el acceso al mercado de trabajo entre ambos géneros. A esto se suman también las cargas familiares (cuidado de hijos, personas dependientes y hogar) que se suelen atribuir a la mujer por costumbre social. Todas estas cargas provocan un mayor desgaste en la salud del género femenino que se refleja a lo largo de toda la vida.

De acuerdo con Fernández-Mayoralas et al. (2018, p. 169) y Sánchez-López (2013, p. 2), las mujeres son más longevas, pero su esperanza de vida con buena salud es inferior a la de los hombres, esto es conocido como la *“paradoja de la morbilidad”*. Los hombres presentan mayor probabilidad de tener buena

salud, aunque también de morir más jóvenes, esto se asocia con la idea de que tienen hábitos de vida menos saludables, tal como explican Thielke & Diehr (2012, p. 2–4) y van Oyen et al. (2010, p. 229). Mientras que las mujeres tienen un estilo de vida menos arriesgado, aunque están más expuestas a la depresión, debido a la menor realización de actividad física (Morcillo Cebolla et al. 2014, p. 519).

Los determinantes que afectan principalmente a la salud de las mujeres son psicosociales y socioeconómicos, como explica Moral et al. (2014, p. 81). En todos los países están presentes las desigualdades entre hombres y mujeres y al relacionarlas con la salud, se obtiene que el sexo femenino padece más enfermedades crónicas y considera su nivel de salud peor (Borrell et al., 2004, p. 3).

Los factores que explican las diferencias de salud de las mujeres están relacionados con su incorporación al mercado laboral, su rol reproductor (que sigue siendo casi exclusivamente femenino) y los cuidados familiares (García-Calvente et al., 2004, p. 132). También se explican por las diferencias en la distribución laboral de hombres y mujeres, siendo las mujeres las que se encargan en mayor medida del trabajo doméstico y del cuidado de personas dentro del hogar familiar (un 30,26% de las personas adultas cuidan de una persona mayor conviviente, siendo más de un 60% mujeres; según datos del IMSERSO (2019)). Asimismo, cuando las mujeres se incorporan al terreno laboral encuentran más dificultades (mayor tasa de paro femenina), los contratos son en mayor medida temporales y en muchas ocasiones se enfrentan a salarios medios más bajos (García-Prieto & Gómez-Costilla, 2017, p. 10) y al techo de cristal, que hoy en día sigue estando presente e impide a las mujeres acceder a puestos más altos dentro de la carrera profesional (Guil Bozal, 2008, p. 228). Cuando nos referimos a puestos de trabajo temporal, tres cuartas partes de los mismos están ocupados por mujeres, con todo lo que esto implica: peores condiciones, menor salario, trabajos monótonos de baja preparación, mayor riesgo de pérdida del empleo... (Merino-Llorente & Somarriba-Arechavala, 2019, p. 3).

A continuación, abordaremos la relación entre la clase social y la salud.

2.2.2.3. Clase social

Con carácter general la clase o grupo social, se define según la RAE como *“el conjunto de personas que pertenecen al mismo nivel social y que presentan cierta afinidad de costumbres, medios económicos, intereses...”*.

La clasificación de los individuos en clases sociales se suele realizar en base a criterios como el puesto de trabajo o el nivel de ingresos del hogar, esto se conoce como clase social ocupacional. Según Palència et al. (2013, p. 216), la clase social ocupacional es *“una medida de la posición socio-económica basada en la jerarquía ocupacional de acuerdo con su habilidad”*. Por eso, una clasificación básica de los trabajadores es según si realizan o no trabajos manuales, entendiendo estos como aquellos que requieren fuerza física para su desempeño. Este grupo de trabajadores manuales tiene un mayor número de enfermos porque presentan una salud deficiente ligada a hábitos de vida poco saludables, como puede ser alimentación inadecuada, falta de higiene, desarrollo de adicciones perjudiciales para la salud, mayor número de enfermedades crónicas y/o limitantes, tal como ha estudiado Urbanos-Garrido (1995, p. 12). Este mayor número de padecimientos en las clases más bajas se debe a los escasos conocimientos para resolver problemas sencillos y a la falta de acceso a recursos, tanto por motivos económicos como por dificultades para desplazarse hasta los centros médicos.

Por el contrario, las personas de clases sociales más aventajadas presentan las características opuestas en cuanto al estado de salud: buena cobertura sanitaria, un mayor cuidado personal, hábitos más saludables y mejor capacidad económica, tal y como refleja Borrell et al. (2004, p. 2). En otro estudio del mismo autor, (Borrell et al., 2012, p. 183), establecen que las desigualdades sociales existentes son evitables si se diera un reparto justo de circunstancias, oportunidades y recursos relacionados con la salud.

La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS plantea que las desigualdades en salud *“son el resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece y el tipo de sistema para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas”*. Se deben desarrollar políticas que eliminen las desigualdades existentes para lograr que la población tenga también

igualdad sanitaria. La salud de las clases sociales más desfavorecidas se encuentra deteriorada por el peor acceso a la sanidad, que provoca un aumento de patologías crónicas y de mortalidad en edades tempranas (Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología, 2000, p. 351).

Cuando hablamos de clase social no podemos olvidarnos de mencionar la educación, factor que abordaremos en el siguiente epígrafe, que suele encontrarse asociada a la ocupación. Las clases sociales más bajas tienen también menor acceso a la educación por el coste que lleva asociado y por el tiempo dedicado a esta, por lo que al descender en la escala social, se observa un aumento porcentual de las personas inactivas y con menor nivel de estudios (Urbanos-Garrido, 1995, p. 12). Las personas que pertenecen a clases sociales desfavorecidas no acceden a buenos puestos en el mercado laboral como hemos mencionado debido a que estos requieren un nivel de estudios y una titulación basándonos en la explicación del Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología (2000, p. 352).

En este mismo artículo se explica otro aspecto ligado a la clase social ocupacional como es la renta, esta suele ir vinculada al puesto de trabajo y a los requerimientos más estrictos en cuanto a formación de los individuos. Estas diferencias salariales provocan estratificación de clases y desigualdades sociales debido a la disparidad de cantidades percibidas por las personas.

Estudios como el de Rodgers (2002, p. 533, 536) establecen que las diferencias existentes en renta dan lugar a desigualdades en acceso al sistema sanitario, y a la educación y esto provoca un deterioro de la salud.

Es de especial relevancia la apreciación que hace Wilkinson (1996, p. 102) en la que apoya la relación existente entre la salud y el nivel de renta, pero hace alusión al hecho de que descensos en el nivel de renta afectan en mayor medida a la salud de personas pobres.

Posteriormente vamos a comentar las relaciones existentes entre la educación y la salud.

2.2.2.4. Educación

El nivel de estudios es un indicador del grado educativo de la persona y se mide en función de la titulación académica superior que haya obtenido el individuo. Se utiliza el rango más alto de estudios al que se ha tenido acceso porque *“las personas con mayor nivel de estudios son capaces de comprender mejor la información sobre la promoción de la salud”* (Coma et al., 2003, p. 209), esto quiere decir que tienen mejores conocimientos sobre lo que les ocurre y cómo hacerle frente. El nivel educativo, en relación a la salud, influye en el acceso a servicios sanitarios, estilo de vida y exposición a ambientes de riesgo. Como ya hemos comentado anteriormente, un menor acceso a la educación suele ir asociado a una clase social más baja y ambos implican una mayor dificultad para utilizar los servicios sanitarios.

Los principales beneficios relacionados con la educación son en forma de ingresos, ya que permiten tener un mayor nivel de vida, y en ocasiones alcanzar un estatus social superior como explica Velasco (2004, p. 89). Este autor basa su explicación en la “teoría del capital humano” que fundamenta las diferencias salariales en la educación y la experiencia de los individuos. La posibilidad de acceder a estudios superiores generará en el futuro la obtención de un mejor puesto de trabajo y un salario más elevado. Cuando el individuo tiene estudios superiores, existe una fuerte diferencia de ingresos con respecto a las personas que tienen estudios básicos o medios (Beyer & Beyer, 1999, pp. 10–11). Además, según Spijker & Gumà (2018, p. 660), un alto nivel educativo juega un papel protector del bienestar físico y psicológico, ya que permite a los individuos sentirse realizados y poder emplear tiempo en otro tipo de actividades que les aporten mejor calidad de vida.

La educación también afecta a las tasas de dependencia, por ejemplo Gonzalo & Pasarín (2004, p. 79) obtienen que las tasas de dependencia de personas mayores en clases con estudios universitarios son menores que en personas analfabetas.

En general, se observa una peor salud percibida en las personas con nivel educativo bajo según explican Aguilar-Palacio et al., (2014, p. 37). El nivel educativo es el marcador más importante de desigualdad de salud autopercibida en mayores de 65 años (Morcillo Cebolla et al., 2014, p. 521).

Seguidamente pasaremos a hablar de la relación existente entre salud y ocupación.

2.2.2.5. Ocupación laboral

La ocupación en general es explicada por Townsend (1997, p. 19) como “*las actividades en las que se implican las personas de forma cotidiana en su contexto de vida, influenciadas por la cultura, con una organización y un propósito específico, y cuyo desempeño aporta un valor y un significado para cada individuo*”. Según Bello Gómez et al., (2010, p. 171), los componentes de la ocupación, permiten hacer una contribución de la persona al entorno con el que se relaciona (físico, social, cultural...). Las tareas que desarrolla cada ser humano le ayudan a adaptarse al entorno y realizarse como persona a través de actividades de su agrado (Wilcock, 1993, p. 22).

El ser humano realiza tareas ocupacionales en su vida diaria en las cuales interactúa con el entorno y estas relaciones influyen en la salud, el bienestar y la calidad de vida (Ramos Veiguela et al., 2018, p. 514).

Más concretamente cuando hablamos de la ocupación laboral, la participación en el mercado, aporta a los individuos bienestar por la independencia que les otorga (González González & Wong, 2014, p. 90). Según explican Barroso et al. (2015, p. 10) se puede clasificar a los individuos según si son empleados, desempleados, estudiantes, jubilados, incapacitados...

A continuación, observaremos como perciben la salud los individuos dependiendo a que grupo laboral pertenezcan:

Cuando analizamos la salud percibida relacionada con la ocupación, se da el hecho de que la mejor percepción de la salud es la de las personas que se encuentran empleadas (Artazcoz et al., 2004, p. 61; Barroso et al., 2015, p. 19). Tras esta relación positiva entre empleo y salud se podría encontrar la satisfacción laboral (Girón Daviña, 2010, p. 190).

Al hablar de estudiantes, se observa que la mayoría de estos perciben su salud de forma buena o muy buena, pese a que sus hábitos (no realizar ejercicio, poco consumo de frutas y verduras, consumo de alcohol y otras drogas y escasez de sueño) están patentes en la gran mayoría de los individuos (Becerra, 2016, pp.

243–244). Esta contradicción entre unos buenos hábitos y percibir buena salud se debe a que el colectivo de estudiantes está formado por personas jóvenes, y estas tienden a estar sanas.

Los jubilados perciben su salud como mala por el descenso de ingresos, el deterioro de las relaciones sociales, la pérdida de estatus de actividad... que dan lugar al deterioro de la salud (Allan A. et al., 2005, p. 2). Pero esta percepción muestra diferencias, cuando los jubilados tienen menor edad, entre 50 y 83 años, perciben su salud como mala, pero a partir de los 83 años se invierte la valoración y pasan a calificar su salud percibida como buena (Girón Daviña, 2010, p. 173). El estudio de esta situación laboral de desempleo y su relación con la salud de los individuos refleja efectos negativos en las personas que pertenecen a este grupo, por diferencias sociales, de género, del sistema de seguridad social... (García, 2010, p. 63). El hecho de pertenecer al grupo de desempleados, genera problemas de salud, principalmente psicológicos por no percibir salario, y derivados de estos se incrementan las dificultades para volver al terreno laboral (González González & Wong, 2014, p. 90; Millán-León, 2010, p. 108)

Cuando hablamos del trabajo en el hogar, Rodríguez (2001, p. 3) define dichas tareas como: *“El trabajo doméstico es el conjunto de actividades del hogar dirigidas a la satisfacción de necesidades de primer orden de los miembros de la familia, y a las que se les ha atribuido el carácter de obligatorias y gratuitas”*. Cabe destacar que las personas que se dedican al cuidado del hogar manifiestan peor salud que los trabajadores que se dedican a otra tarea laboral. En el caso de las mujeres (que suelen ser quien desempeña estos empleos por tradición social (Lobera et al., 2014, p. 219)), el hecho de tener un trabajo remunerado, aunque implique más cargas, aporta bienestar, independencia económica y personal, así como satisfacción con el empleo (Artazcoz et al., 2004, p. 61). Las personas que desempeñan trabajo doméstico sufren sobrecarga de trabajo desencadenando situaciones que ponen en riesgo su bienestar físico y psicológico, esto las hace valorar su salud percibida como mala (Soria Trujano & Mayen Aguilar, 2017, p. 95).

Por último, entendemos por incapacitados a aquellos sujetos que en cuanto a su ocupación laboral presentan limitaciones funcionales que les impiden desempeñarla con normalidad, tal como explica Vicente Pardo (2014, p. 662). Para asegurarnos que estos trabajadores están en condiciones de realizar las

tareas requeridas por su empleo sin incurrir en riesgo para el mismo o terceras personas, se debe evaluar su estado de salud y los requerimientos precisos de su puesto (Vicente Pardo, 2014, p. 670). Cuando el individuo padece una enfermedad que le impide realizar actividades ocupacionales que previamente podía realizar, aumenta el riesgo de padecer depresión, que les hace percibir su salud como mala (Katz & Yelin, 2001, p. 1198).

Posteriormente pasaremos a explicar la relación entre el estilo de vida y la salud de los individuos.

2.2.2.6. Estilo de vida

La OMS en su oficina regional europea describe el estilo de vida como la *“forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”* (Organización Mundial de la Salud, 1985, p. 7), el estilo de vida de las personas viene determinado por el entorno en el que vive (posición geográfica, nivel cultural, hábitos, sociedad...) y las características propias de este, así como por los factores intrínsecos del individuo.

Otra definición posible es la que proponen De La Cruz Sánchez & Pino Ortega, (2019, p. 1) que la explican como: *“una conducta relacionada con la salud de carácter consistente, que está posibilitada o limitada por la situación social de una persona y sus condiciones de vida”*, claramente se muestra la relación entre estilo de vida y salud; es importante que el individuo mantenga unos hábitos de vida saludables tanto de ejercicio físico como de buena alimentación y al mismo tiempo evite caer en adicciones perjudiciales para su salud como son el tabaquismo, alcoholismo... Todos estos hábitos saludables favorecen una buena salud de los individuos unidos a una buena situación social (pertenencia a grupos sociales medios-altos, acceso a educación y sistema sanitario...). Según Cockerham, (1981, p. 233), los estilos de vida en salud son patrones de comportamiento colectivos de salud, que se configuran a partir de diferentes elecciones que hacen los seres humanos y están condicionados por las oportunidades de vida que les brinda el contexto en que se desarrollan.

Las personas con una situación económica desfavorable tienden a exhibir una mayor prevalencia de factores de comportamiento, como tabaquismo o mala alimentación, según Caballero González et al. (2012, p. 3), todo esto derivado de la falta de conocimiento de conductas saludables y debido a un modelo social conductual incorrecto.

El consumo de drogas, incluyendo dentro de estas el tabaco y el alcohol pese a su situación legalizada, es poco saludable para los individuos.

Se atribuye al tabaco la mayor parte de la mortalidad debida a enfermedades cardiorrespiratorias y cáncer. La nicotina (compuesto más conocido del tabaco) provoca efectos hemodinámicos y vasculares; así como los componentes gaseosos del cigarrillo tienen efectos tóxicos sobre las células. Además, los fumadores reconfiguran sus necesidades situando al tabaco en cabeza y esto da lugar a grandes problemas alimenticios en los grupos más desfavorecidos, como explican Paredes Díaz et al., (2015, p. 50). Estos autores también han estudiado que el hábito de fumar está relacionado con un mayor consumo de bebidas alcohólicas y una menor ingesta de vegetales y frutas.

Cuando hablamos del consumo de alcohol tenemos que este provoca efectos negativos en el sistema cardiovascular además de adicción a largo plazo, pero también provoca traumatismos (accidentes de tráfico, ahogamientos, caídas...) mientras el sujeto se encuentra bajo sus efectos (Gárciga Ortega et al., 2015, p. 5). Además, los individuos que consumen alcohol tienden a abandonar sus hábitos nutricionales debido al aumento de las situaciones de embriaguez que a su vez también provocan problemas psicológicos, sociales, familiares y del entorno (Paredes Díaz et al., 2015, p. 51).

Tanto el consumo de tabaco como el de alcohol dan lugar a inseguridades que derivan en una mayor dependencia de dichas sustancias (García-Laguna et al., 2012, p. 192). Afortunadamente, en la actualidad se están desarrollando campañas para reducir el consumo de alcohol y tabaco mostrando los riesgos que provocan.

El estilo de vida relacionado con la salud se caracteriza por tener naturaleza conductual y observable, continuidad de las conductas que las convierte en hábitos, y combinación entre estas (hábitos de ejercicio físico suelen ir ligados con una correcta alimentación y ausencia de consumo de alcohol y tabaco, dando lugar a individuos preocupados por mantener una vida sana y equilibrada)

(De La Cruz Sánchez & Pino Ortega, 2019, p. 2; Martínez & Saldarriaga, 2011, p. 168).

Los determinantes del estilo de vida pueden ser individuales (aspecto biológico, genética, psicología y conducta) o sociodemográficos y culturales (entorno que rodea al individuo).

Los hábitos de vida que desarrollamos en la actualidad como el sedentarismo asociado al uso de nuevas tecnologías dan lugar a patologías sanitarias del tipo hipocinético (Salas Cabrera, 2015, p. 37), estas patologías, empobrecen y ralentizan tanto los movimiento voluntarios como espontáneos de los individuos, y suelen ir acompañados de rigidez muscular, incapacidad de movimiento, trastornos de salud mental y períodos de inactividad debidos a la enfermedad (algunas de las cuales son cardiovasculares, obesidad y problemas de peso, y trastornos músculo esqueléticos). Alonso Cabrera et al. (2004, p. 82) explican que los beneficios que se logran practicando ejercicio de forma habitual, producen mejoras en la salud humana. Tal como explica Fuentes Trigo (2010, p. 1), la ausencia de actividad física provoca problemas en el cuerpo, empeora la calidad de vida del individuo y puede derivar en sobrepeso y obesidad. Siendo estas, dos de las principales enfermedades que se dan en la actualidad (Luperon & López, 2014, p. 2). Para evitar estos problemas debemos implantar entre nuestros hábitos la práctica de actividad física desde muy pequeños para mantenernos sanos y evitar caer en hábitos perjudiciales como los que hemos mencionado anteriormente (García-Laguna et al., 2012, p. 184). Además la práctica de actividad física se asocia con unos mejores hábitos alimenticios y con un menor consumo de alcohol y tabaco (Castillo et al., 2007, p. 207).

Los hábitos alimenticios de los individuos también están influenciados por la cultura, las costumbres y el ambiente en que vive (García-Laguna et al., 2012, p. 188). La mala alimentación puede ser debida a problemas de estrés, alegría y tristeza que nos hace comer de forma desproporcionada alimentos no saludables (Prentice, 2001, p. 16).

Seguidamente pasaremos a explicar las influencias que tiene en la salud el entorno geográfico en el que el individuo está ubicado, diferenciando entre hábitat rural o urbano.

2.2.2.7. Hábitat rural-urbano

Las zonas urbanas, tal como definen las Naciones Unidas son los centros de población con más de 10.000 habitantes, y rural los que tienen menos habitantes (Santillana, 1964, p. 73). Una zona rural normalmente es un territorio vinculado al campo con escaso número de habitantes y cuya principal actividad económica es agropecuaria; mientras que la zona urbana se caracteriza por tener mayor población y dedicarse a actividades relacionadas con la industria y los servicios (Pérez Porto & Merino, 2017).

En la mayoría de los países desarrollados, la salud es mejor en las ciudades que en las zonas rurales; aunque en las áreas urbanas hay mayores desigualdades entre distintas localizaciones (Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía, 2006, p. 6). Estas diferencias son también explicadas por De La Cruz Sánchez & Pino Ortega, (2019, p. 5) que establecen que las personas que habitan áreas geográficas con mayor privación material (asociado con áreas rurales) presentan una salud más deteriorada. Las zonas rurales pueden presentar mayores dificultades para acceder a servicios básicos como la sanidad u otras prestaciones debido a la distancia existente con los centros médicos dónde se da el servicio más completo de acuerdo con la necesidad existente (hospital, centro de salud, radioterapia, fisioterapia, rehabilitación...) (De La Cruz Sánchez & Pino Ortega, 2019, p. 3).

Por otro lado, la cercanía existente entre los habitantes del ambiente rural puede ser un elemento positivo para la salud, así como la menor presencia de contaminación, que en la actualidad está resultando determinante para que muchas personas vuelvan a vivir en zonas rurales.

Según Smith et al. (2008, p. 59) el estado de salud viene determinado por las características del área rural, ambiente, estilo de vida y ocupación.

En relación, a la ubicación geográfica comentada anteriormente, el tratamiento médico es más complicado en zonas rurales porque las distancias hasta los centros sanitarios especializados son mayores y el transporte limitado, tienen más dificultades para acceder a diagnóstico y tratamiento; si no disponen de medio de transporte particular en muchos casos resulta imposible llegar al centro de salud. Algunas variables que nos indican el mal funcionamiento de la sanidad en las zonas rurales más alejadas, como es el caso del mayor número de

personas con diabetes y el escaso diagnóstico existente es observado por Smith et al. (2008, p. 57) en países como Canadá y Reino Unido. Reforzando estas deficiencias se encuentra también la prevención de enfermedades en las zonas rurales que deriva en un mayor número de muertes por cáncer debido a la falta de instrumental para detección, tratamiento, soporte... en otros casos, el problema puede deberse a la falta de privacidad y anonimato que hace que las personas no quieran buscar tratamiento médico (Smith et al., 2008, p. 57).

A continuación, explicaremos la relación existente entre el sistema de atención sanitaria y la salud.

2.2.2.8. Sistema de atención sanitaria

Si nos centramos en el sistema sanitario público español éste se organiza en torno al Sistema Nacional de Salud que da cobertura universal y gratuita de la mayoría de las prestaciones para corregir desigualdades entre clases sociales (Urbanos-Garrido, 1995, p. 16). Este tipo de cobertura sanitaria es propia de países con alto nivel de bienestar social, entendiendo este término como el conjunto de factores que aportan al individuo herramientas que mejoran su calidad de vida. El sistema sanitario español trata de cumplir los principios que establece la OMS para un correcto funcionamiento, que son: universalidad de la cobertura (pública y accesible para todos los ciudadanos), atención integrada (en todas las fases de la enfermedad se reciben servicios de un especialista), equidad en la distribución de recursos (cualquier persona tiene derecho a acceder a tratamiento), eficiencia de las prestaciones al menor coste (ajustarse al máximo al presupuesto manteniendo la mejor cobertura), funcionalidad para adaptarse a nuevas necesidades (al controlar la enfermedad de forma continua, puede adaptarse el tratamiento a cada momento de esta), participación comunitaria de la población en planificación y gestión del sistema (aportar datos de uso para mejorar la organización) e intersectorialidad coordinando áreas (división del trabajo por especialidades y actuación conjunta); estos son los principios que se establecen, pero tal como explica Miranda Camarero (2014, p. 445) muchos se han deteriorado gravemente, dando lugar a carencias en el sistema sanitario.

Revisando la literatura sobre el tema se observa que los individuos de grupos sociales humildes o con bajo nivel de estudios, acuden más a los servicios de medicina general puesto que descargan más la responsabilidad de sus problemas de salud en los profesionales (Lostao et al., 2001, p. 125). En relación a las consultas de medicina general financiadas públicamente se obtiene una relación inversa entre la frecuencia con que se acude a estas y los ingresos económicos del hogar (Regidor et al., 2006, p. 353).

Al hablar de consultas a especialistas en el sector público se produce la misma tendencia. Mientras que, si hablamos de consultas a especialistas teniendo en cuenta tanto las cubiertas de forma privada como pública, se observa una tendencia a acudir mayor en grupos sociales más altos. Así ocurre en el caso del ginecólogo y del dentista (posiblemente por ser un servicio que no se encuentra cubierto por el sistema nacional de salud) (Palència et al., 2013, p. 11). Este tipo de consultas, suelen ser preventivas, y es la clase social con mayor nivel de estudios la que toma interés en este tipo de diagnósticos. Los individuos con ingresos altos realizan casi el 30% de las consultas al especialista sin financiación pública posiblemente debido a la falta de recursos en el sistema público para cubrir la demanda existente (Regidor et al., 2006, p. 355).

En cuanto a las hospitalizaciones, se observa un mayor uso en clases sociales con ingresos bajos, independientemente del tipo de sanidad utilizada. Los servicios de urgencias hospitalarias se han incrementado un 2,6% anual entre los años 1997 y 2005, esto implica 720.000 visitas adicionales cada año (la mayoría por realizar un uso inadecuado del servicio) (Peiró et al., 2010, p. 7). En general, cuanto mayor es la capacidad de los servicios sanitarios, los individuos pueden recibir los tratamientos con una mayor rapidez, y así curar la enfermedad que padecen (Pinillos-Franco & Somarriba-Arechavala, 2019, p. 4).

Una vez descritos los determinantes socioeconómicos que vamos a considerar en nuestro estudio de la salud, vamos a pasar a describir cómo será la metodología y el modelo econométrico a seguir para nuestro análisis, en el siguiente capítulo.

3. METODOLOGÍA

3.1. Descripción de la Encuesta Nacional de Salud

Para llevar a cabo el estudio utilizamos la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) que toma datos de forma periódica acerca de la salud de los ciudadanos, el estilo de vida de estos y el acceso a los sistemas sanitarios. La realización de la encuesta la llevan a cabo el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS) en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Su principal objetivo es mejorar el grado de fiabilidad de las estimaciones a nivel nacional que traten sobre la morbilidad y la salud percibida por los ciudadanos, el grado de acceso y de utilización de los servicios de salud, los factores que determinan la salud (estilo de vida, características del medio ambiente), y la relación entre el estado de salud y los determinantes individuales, sociodemográficos y territoriales de salud así como con el uso de servicios sanitarios. A través de su análisis histórico permite conocer la evolución de los indicadores y analizar las tendencias. De tal modo que la ENSE posibilita la planificación de medidas de política sanitaria para dar una mejor atención.

Su relación con la Encuesta Europea de Salud es alterna, cada dos años y medio, ya que tratan variables similares. El periodo de recogida de información es aproximadamente de un año, en la oleada con la que vamos a trabajar va desde octubre de 2016 hasta octubre de 2017, evitando así problemas que puedan derivarse de la estacionalidad.

La recogida de información se realiza a través de un asistente de ordenador (CAPI) y puede complementarse telefónicamente.

Para obtener los datos se ha utilizado un muestreo trietápico estratificado:

- Las unidades de primera etapa son las secciones censales (utilizan las del año anterior) y agrupan en estratos en función del tamaño del municipio distribuyéndose de forma homogénea en los cuatro trimestres del año. Esto da lugar a 2.500 unidades censales.
- Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales, se seleccionaron 37.500 mediante muestreo sistemático aleatorio, pero finalmente solo se obtuvo una muestra efectiva en 23.860 hogares.

- Dentro de cada hogar se selecciona un adulto (mayor de 15 años) para el cuestionario de adultos y un menor si lo hubiera.

La ENSE aporta datos nacionales y autonómicos del estado de salud, uso de servicios sanitarios y determinantes de salud. El ámbito poblacional se dirige a viviendas familiares principales, y si dentro de estas hay varios hogares se tratarán por separado.

La información se recoge a través de 3 cuestionarios: el de hogar, el de adultos y el de menores. Como máximo se realizan 250 preguntas divididas en los distintos cuestionarios: 31 corresponden al hogar, 135 al de adulto y 84 al de menores. El de hogar recoge información sobre todos los miembros de la unidad familiar y variables sociodemográficos de los mismos, como edad, sexo, nivel de estudios, situación laboral... e información específica sobre la persona de referencia del hogar, las características de la vivienda y el entorno. Los otros dos cuestionarios obtienen información individual de la persona de 15 años o más y de 14 o menos, seleccionada de forma probabilística entre los miembros del hogar. Los dos cuestionarios de individuos se dividen en tres módulos: estado de salud (enfermedades crónicas, limitaciones, dolor, salud mental...), asistencia sanitaria (acceso y utilización de servicios, necesidades no cubiertas, consumo de medicamentos...) y determinantes de salud (características físicas, actividad física, descanso, alimentación...).

En nuestro estudio sobre la salud percibida utilizaremos principalmente el cuestionario de adultos porque los datos que aporta permiten analizar la accesibilidad al sistema sanitario, las diferencias existentes entre distintas zonas rurales y diferentes características de los individuos que influyen en la variable dependiente. También utilizaremos algunas variables presentes en el cuestionario del hogar que se encuentra ligado al de adultos a través de la variable de identificación del hogar.

A continuación, vamos a estudiar los datos que los proporcionan los microdatos de la ENSE para la población de 50 años o más que tal y como se ha comentado es nuestra población objeto de estudio.

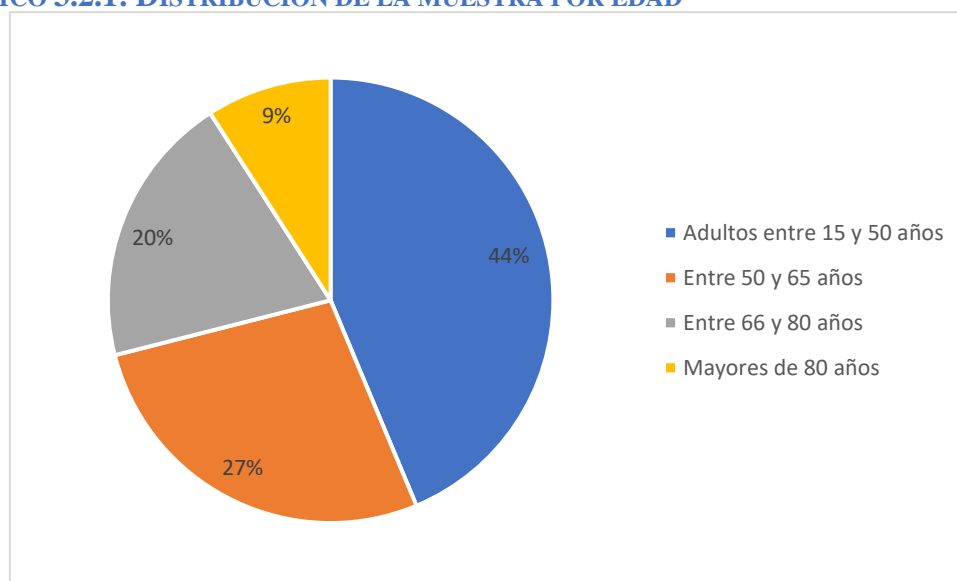
3.2. Análisis preliminar de microdatos de la ENSE

A partir de la encuesta descrita previamente del año 2017 se toman los microdatos correspondientes a los cuestionarios de hogar y de adultos y los fusionaremos, dando lugar a una muestra de 23.089 observaciones.

Dados los objetivos que perseguimos en el trabajo que aquí se presenta relacionados con la población de personas mayores de España, vamos a ofrecer una descripción detallada para un colectivo formado por individuos de 50 años o más de algunas variables relevantes como son la edad, el género, la situación profesional, el nivel de estudios y el hábitat. No se pretende ser exhaustivo en nuestro análisis sino ofrecer unas pocas pinceladas de la que será nuestra muestra.

Para hacernos una idea de la distribución de la muestra proporcionada por la ENSE, en el Gráfico 3.2.1 se representará tanto a la población menor de 50 años, como a los intervalos de edad que consideraremos en nuestro estudio:

GRÁFICO 3.2.1: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD ESPAÑOLA 2017.

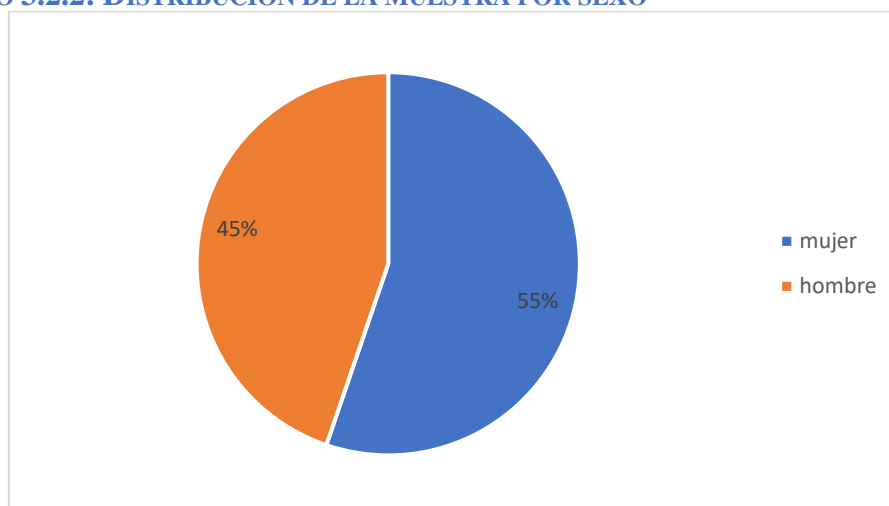
Como podemos observar en el Gráfico 3.2.1, los individuos que tienen 50 años o más acumulan el 56% de la muestra. Dentro de este grupo poblacional los individuos que pertenecen al intervalo de edad comprendido entre 50 y 65 años representan más de una cuarta parte de la muestra total, les siguen los de

edades comprendidas entre 66 y 80 que acumulan el 20% de la frecuencia y por último, los mayores de 80 constituirían el 9%.

A continuación, pasaremos a analizar los datos de la muestra utilizando sólo los que corresponden a los individuos de 50 años o más. Una vez se eliminan los sujetos que poseen menos de 50 años se obtiene una muestra con 9.935 sujetos, de los cuales se encuentran 4.783 en el grupo entre 50 y 65 años, 3.631 en el grupo entre 66 y 80 años, y los restantes 1.521 son mayores de 80.

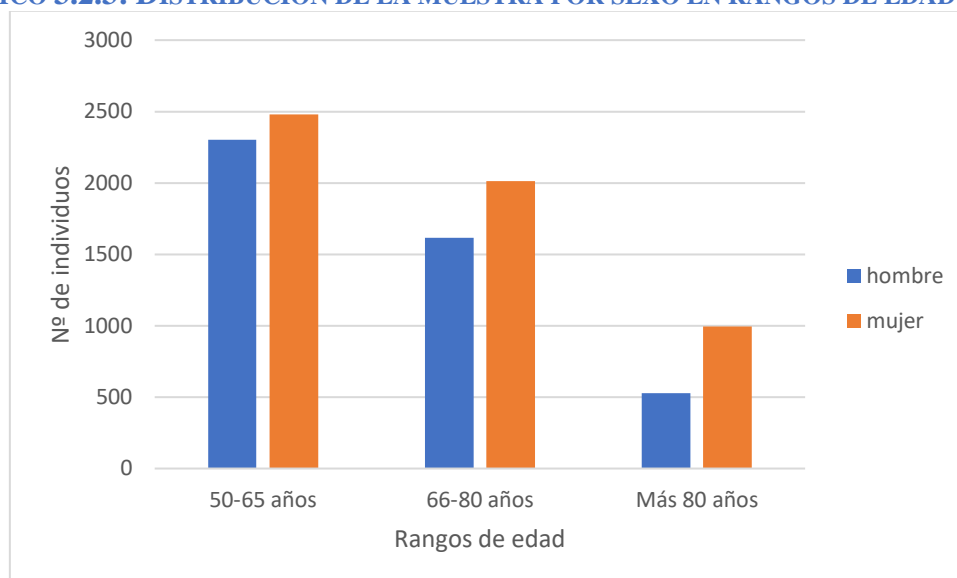
En cuanto al género, tal y como se puede observar en el Gráfico 3.2.2, las mujeres representan un porcentaje ligeramente superior a los hombres en nuestra muestra seleccionada. Para poder conocer mejor cómo se distribuye por sexo cada grupo de edad vamos a observar el Gráfico 3.2.3.

GRÁFICO 3.2.2: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE LA ENSE 2017.

GRÁFICO 3.2.3: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO EN RANGOS DE EDAD

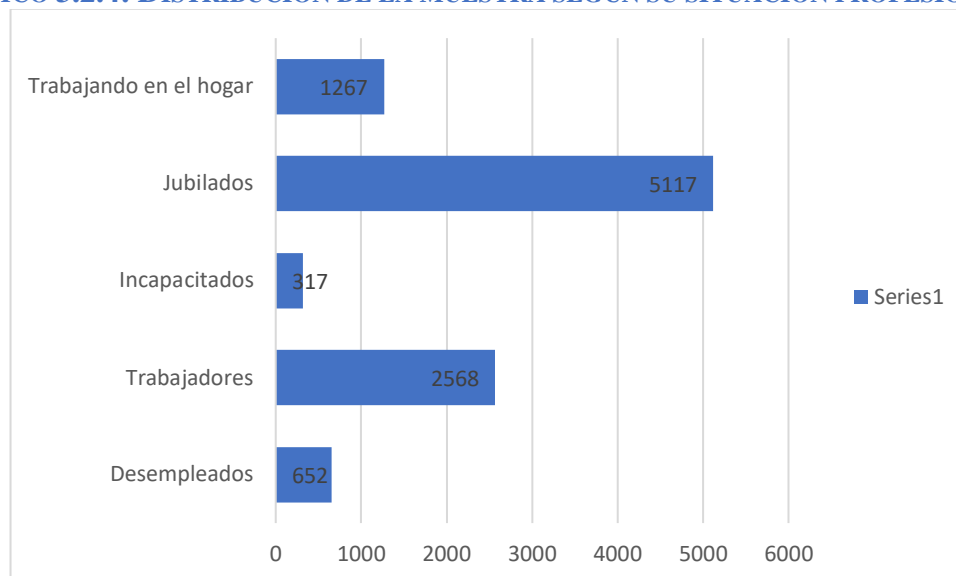


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE LA ENSE 2017.

Como ya habíamos observado en el Gráfico 3.2.2, el número de mujeres es superior al de hombres, y esta tendencia se mantiene en todos los rangos de edad, pero varía la proporción en que se encuentran. En el primer grupo de nuestro estudio (entre 50 y 65 años), observamos que el número de hombres y mujeres es prácticamente el mismo, mientras que en el segundo grupo (entre 66 y 80) las diferencias aumentan llegando casi a 400 mujeres más que hombres. Y en el último rango de nuestra muestra (mayores de 80) el número de mujeres duplica al de hombres. Esta circunstancia ya se había mencionado anteriormente, y se debe principalmente a la paradoja de la morbilidad y a la mayor esperanza de vida que poseen las mujeres.

En relación a la situación profesional que desempeñan los individuos de nuestra muestra, debido a las edades objeto de nuestro estudio es interesante eliminar a la población que se encuentra estudiando, por ser poco procedente en este grupo de edad, así como los individuos que no han aportado respuesta sobre su situación profesional (valores perdidos). De este modo obtenemos el Gráfico 3.2.4.

GRÁFICO 3.2.4: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SU SITUACIÓN PROFESIONAL



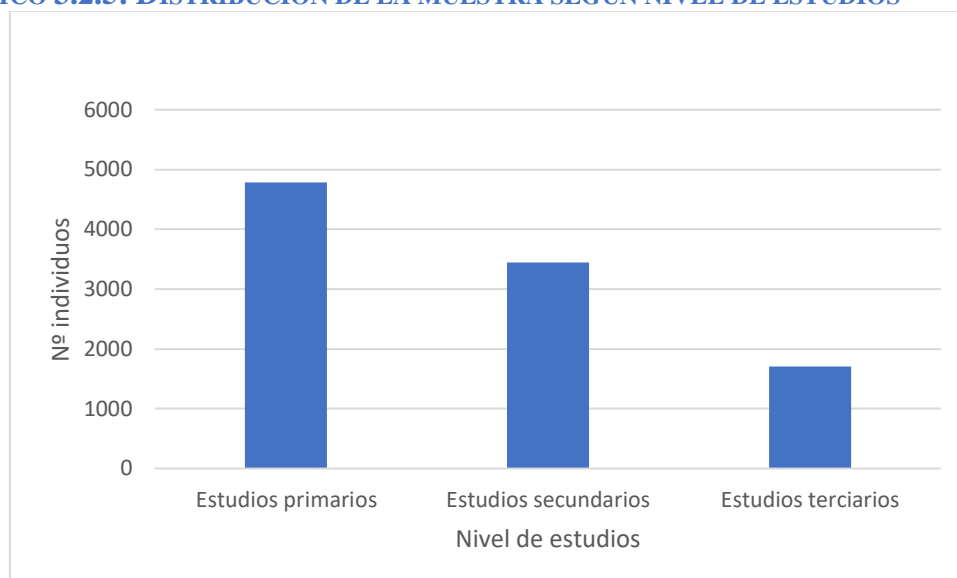
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE LA ENSE 2017.

Tal como podíamos esperar, en el Gráfico 3.2.4, el mayor número de personas se encuentran en la categoría de jubilados debido a la edad de los individuos que forman parte de la muestra. Le siguen en importancia los sujetos que están en la categoría de trabajadores, cabe esperar que se encuentren en el rango de edad entre 50 y 65, que es el grupo de nuestro estudio que aún se encuentra en edad de trabajar.

Las dos categorías con menos frecuencia son desempleados (652) e incapacitados (317).

Si tenemos en cuenta el nivel de estudios máximo alcanzado por los individuos tal y como podemos observar en el Gráfico 3.2.5, observamos que un 48,2% de las personas de nuestra muestra han cursado estudios primarios o menos, en segunda posición en cuanto a frecuencia de realización de estudios se encuentran los secundarios con un 34,68% y el restante 17,12% corresponde a individuos que han cursado estudios terciarios.

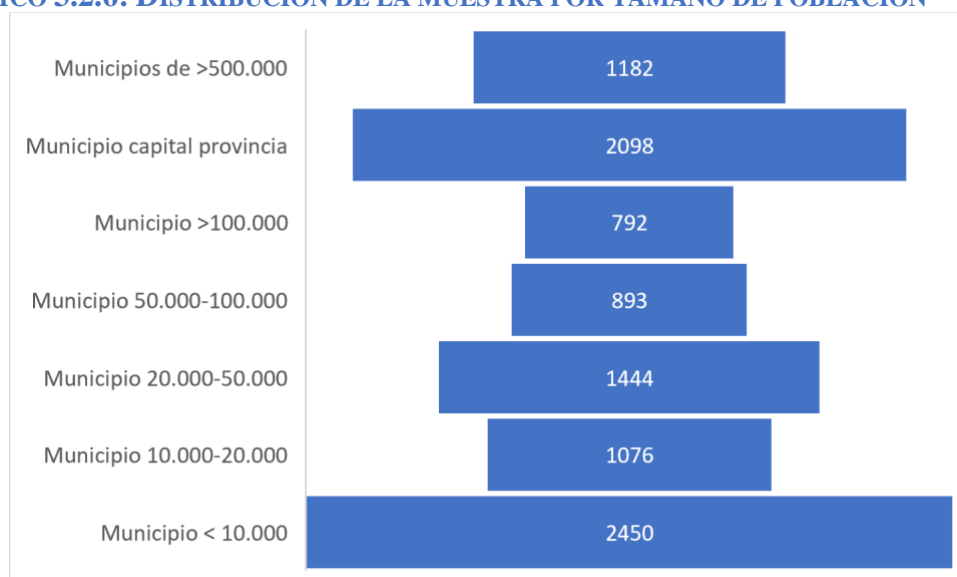
GRÁFICO 3.2.5: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE LA ENSE 2017.

Otro aspecto relevante que debemos conocer de la muestra escogida es cómo se distribuye la población en las zonas rurales y urbanas, para ello tenemos la variable estrato que se divide según el número de habitantes que tiene el municipio de residencia. Podemos observar el reparto demográfico de estos en el Gráfico 3.2.6.

GRÁFICO 3.2.6: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TAMAÑO DE POBLACIÓN



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE LA ENSE 2017.

Como podemos ver en el gráfico 3.2.6, nuestra población está repartida en función de los diferentes tamaños de los municipios, aunque cabe destacar que en los municipios de menos de 10.000 habitantes se asienta un 24,66% de la muestra y en los municipios capital de provincia que poseen menos de 500.000 habitantes un 21,12%; esto supone que con estos dos grupos se complete casi la mitad de la población.

En nuestro análisis, basándonos en el criterio establecido por EUROSTAT, se agrupan en la “zona rural” los individuos que viven en municipios con menos de 10.000 habitantes y los que viven en áreas con más de 10.000 habitantes en “zona urbana” como se comentará más adelante. En base a esta clasificación, el 24,66% vive en zonas rurales, mientras que en zonas urbanas lo hace un 75,34%.

A continuación, vamos a pasar a definir la metodología del modelo econométrico que vamos a emplear en este estudio para elaborar la parte empírica.

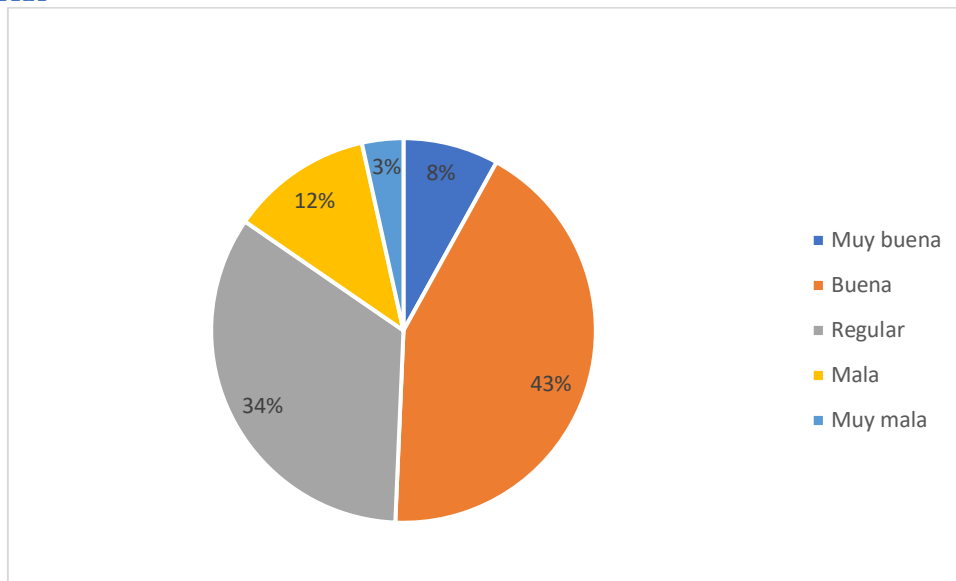
3.3. Descripción del modelo Logit Bivariado

El objetivo de este trabajo es analizar qué factores resultan significativos en la explicación de la salud autopercebida de la población de 50 años o más.

La variable dependiente, salud percibida, se define en el cuestionario como la forma en que los individuos perciben su estado de salud, y se clasifica desde muy mala hasta muy buena. Para obtener la información sobre la salud percibida de los individuos se pregunta en el cuestionario de la siguiente forma: “En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?”

El Gráfico 3.3.1 recoge la distribución de frecuencias de las respuestas de los encuestados de 50 y más años.

GRÁFICO 3.3.1: DISTRIBUCIÓN DE RESPUESTAS DE LA SALUD PERCIBIDA DE NUESTRA MUESTRA



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE LA ENSE 2017.

En el Gráfico 3.3.1 observamos la frecuencia de los diferentes valores para la variable “salud percibida”. Los estados de salud más frecuentes son “buena” salud con un 43%, seguida de “regular” con un 34%, y tras esta “mala” con un 12%. Los valores más extremos de la variable son los que menos individuos han seleccionado, como es el caso de “muy mala” salud con un 3% y “muy buena” con un 8%.

A partir de la información de esta variable se ha procedido a recodificarla en una variable categórica que adopta el valor 1 si el individuo posee una salud percibida buena o muy buena, y 0 si posee una salud regular, mala o muy mala.

Las dos posibles categorías que podría adoptar la variable dependiente dicotómica se pueden observar en el siguiente esquema:

$$Y_i = \begin{cases} 1 & \text{el individuo posee } \mathbf{buena} \text{ salud percibida } P(Y_i = 1) = p_i \\ 0 & \text{el individuo posee } \mathbf{mala} \text{ salud percibida } P(Y_i = 0) = (1 - p_i) \end{cases}$$

Un modelo de estas características dicotómicas se podría abordar como un modelo lineal general corrigiendo una serie de problemas (interpretación de parámetros y predicciones, falta de normalidad y heteroscedasticidad), corregidos estos problemas se construye el modelo lineal de probabilidad.

Este modelo tiene un planteamiento sencillo y de fácil interpretación, sin embargo, puede ser interesante exigir que las predicciones se muevan en el intervalo 0 y 1 para lo cual se plantea:

$$Y_i = F(\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki}) + \varepsilon_i \quad i = 1, 2, \dots, N$$

Donde F es una función continua y creciente entre 0 y 1; $0 \leq F \leq 1$.

En el caso de que la función de distribución coincidiese con la distribución normal estándar se estimaría un modelo probit, mientras que si la F coincide con la función de distribución logística estimaremos un modelo logit bivariado, como en nuestro caso, que se basa en:

$$F(x) = \frac{e^x}{1 + e^x} = \frac{1}{1 + e^{-x}}$$

El modelo sería:

$$Y_i = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \dots + \beta_k X_{ki}}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \dots + \beta_k X_{ki}}} + \varepsilon_i = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \dots + \beta_k X_{ki})}} + \varepsilon_i$$

La probabilidad de que Y_i tome el valor 1, dados unos valores de los regresores x_i , será:

$$p_i = p(Y_i = 1 | X_i) = \frac{e^{X_i \cdot \beta}}{1 + e^{X_i \cdot \beta}}$$

Mientras que la probabilidad de que Y_i tome el valor 0:

$$1 - p_i = 1 - \frac{e^{X_i \cdot \beta}}{1 + e^{X_i \cdot \beta}} = \frac{1}{1 + e^{X_i \cdot \beta}}$$

En los modelos logísticos se emplea la función logística de los parámetros:

$$E(Y_i | X_i) = F(\beta_0 + \beta_1 \cdot X_{1i} + \beta_2 \cdot X_{2i} + \dots + \beta_j \cdot X_{ji} + \dots + \beta_k \cdot X_{ki}) = F(X_i \beta)$$

y, por tanto,

$$\frac{\delta E(Y_i | X_i)}{\delta X_{ji}} = f(X_i \beta) \cdot \beta_j$$

sin más que tener en cuenta que la derivada de la función de distribución logística, es su función de densidad.

Por tanto, el incremento de Y_i cuando X_{ji} aumenta en una unidad depende de los valores de todos los regresores.

El efecto marginal de la variable en la probabilidad será:

$$\frac{\partial p}{\partial x_{ji}} = f(X_i \beta) \beta_j$$

siendo f la función de densidad logística.

Estos efectos marginales variarán con los valores de x. Para calcular dichos efectos marginales Greene (1999, p. 753) establece que “una posibilidad es evaluar las expresiones obtenidas tomando como x las medias muestrales de los datos; otra posibilidad es evaluar los efectos marginales en cada observación con las expresiones dadas y calcular después la media muestral de los efectos individuales”. En nuestro caso hemos optado por este segundo procedimiento.

Por otro lado, se define la razón de probabilidad (*Odds*) como el cambio en la razón de probabilidad cuando la variable independiente aumenta en una unidad. Se expresa como el cociente entre las probabilidades de que $Y_i = 1$ (salud percibida buena) e $Y_i = 0$ (salud percibida mala) dados unos valores de los regresores:

$$O_i = \frac{p_i}{1 - p_i} = \frac{\frac{e^{X_i \cdot \beta}}{1 + e^{X_i \cdot \beta}}}{\frac{1}{1 + e^{X_i \cdot \beta}}} = e^{X_i \cdot \beta} = e^{\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \dots + \beta_k X_{ki}}$$

Si para el individuo i-ésimo $O_i > 1$, es más probable que ocurra $Y_i=1$.

Si $O_i < 1$, es menos probable que ocurra $Y_i=1$.

Para comprenderlo mejor, cuando el valor de la Odds de la variable independiente es mayor que 1, al aumentar la variable, esta dará lugar a una mayor probabilidad de que la variable dependiente tome el valor 1. Por ejemplo, si la “variable 1” tiene un Odds de 1,42, esto quiere decir que aumenta la probabilidad de que la variable salud percibida tome el valor 1 (buena salud percibida) cuando se produce un aumento de la “variable 1” y manteniendo el resto de variables constantes. Mientras que si la Odds de la variable independiente toma un valor menor que 1, para aumentos de dicha variable será menos probable que la variable dependiente tome el valor 1.

Consideramos el *Odds ratio* como el cociente entre la razón de probabilidad para los valores $(X_{1i}, X_{2i}, \dots, X_{ji} + 1, \dots, X_{ki})$ y la razón de probabilidad para los valores $(X_{1i}, X_{2i}, \dots, X_{ji}, \dots, X_{ki})$, es decir todos los regresores se mantienen menos el j-ésimo que aumenta una unidad:

$$\frac{O(X_{1i}, X_{2i}, \dots, X_{ji} + 1, \dots, X_{ki})}{O(X_{1i}, X_{2i}, \dots, X_{ji}, \dots, X_{ki})} = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_j (X_{ji} + 1) + \dots + \beta_k X_{ki}}}{e^{\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_j X_{ji} + \dots + \beta_k X_{ki}}} = e^{\beta_j}$$

Por tanto e^{β_j} y su estimador, se interpretará como el cambio en la razón de probabilidades cuando X_{ji} aumenta una unidad permaneciendo el resto de regresores constantes, si la variable es ficticia se interpreta como el cambio en la razón de probabilidades entre los individuos para los $X_{ji} = 0$ y los individuos $X_{ji} = 1$.

Si utilizamos los estimadores de máxima verosimilitud, se puede hacer inferencia como es nuestro caso, y plantear contrastes de significación conjunta e individual siguiendo a Fernández-Abascal Teira¹ (2020).

❖ **Contraste de significación conjunta:**

Para evaluar si nuestro modelo es significativo de forma conjunta se plantean el siguiente conjunto de hipótesis que vamos a testar:

$$H_0: \beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_k = 0 \text{ (Regresión no significativa)}$$

$$H_1: \text{Algún } \beta_j \neq 0 \text{ (Regresión significativa)}$$

Tras ello, basándonos en las funciones de verosimilitud, se establece el contraste estadístico,

$$LR = -2[\ln L(\beta_R) - \ln L(\beta_{MV})] \xrightarrow[\text{Aprox.}]{H_0} \chi_k^2$$

en el cual $L(\beta_R)$ es la función de verosimilitud para el estimador restringido (nuestra hipótesis nula, de igualdad a 0 de todos los β_k esto es, cuando el modelo solo tiene término independiente, $Y_i = F(\beta_0) + \varepsilon_i$) y $L(\beta_{MV})$ es la función de verosimilitud para el estimador sin restringir.

Cuando el estadístico sea significativamente grande (diferencias entre $L(\beta_R)$ y $L(\beta_{MV})$), rechazaremos H_0 . Nuestro p-valor será:

$$p - \text{valor} = p(\chi_k^2 \geq LR_0)$$

siendo LR_0 el valor muestral del estadístico.

¹ Me gustaría agradecer al profesor D. Hermenegildo Fernández-Abascal Teira por permitirme el uso de sus materiales para dar explicación a este apartado de metodología del modelo empleado.

Una vez hemos contrastado el modelo de forma global, pasamos a hacerlo individualmente.

❖ Contraste de significación individual (Contraste de Wald):

Partiendo de que β (estimador máximo verosímil) posee una distribución asintóticamente normal,

$$\beta_j \xrightarrow[Aprox.]{} N(\beta_j, \sigma_{\beta_j}) \Rightarrow \frac{\beta_j - \beta_j}{\sigma_{\beta_j}} \xrightarrow[Aprox.]{} N(0,1)$$

Podemos establecer contrastes e intervalos de confianza que definan nuestro modelo.

En primer lugar planteamos las hipótesis que vamos a estudiar:

$$H_0: \beta_j = 0 \text{ (} X_j \text{ no significativo)}$$

$$H_1: \beta_j \neq 0 \text{ (} X_j \text{ significativo)}$$

y el estadístico de la prueba:

$$\left(\frac{\beta_j}{\sigma_{\beta_j}} \right)^2 \xrightarrow[Aprox.]{} \chi_1^2$$

El p-valor será:

$$p - \text{valor} = p(\chi_1^2 \geq \chi_0^2),$$

con χ_0^2 como valor muestral del estadístico.

Bondad de ajuste

Para evaluar la bondad del modelo podemos basarnos en diferentes cálculos, comentaremos a continuación algunas de las medidas a las que aludiremos en la interpretación de nuestros modelos econométricos.

1. Porcentaje de aciertos y errores en la predicción

Pese a que el modelo predice probabilidades de que la variable dependiente tome el valor 1 o el 0, podemos considerar que predice Y_i atendiendo al siguiente criterio:

$$\text{Si } \hat{p}_i \geq 0.5 \text{ estimamos que } Y_i = 1$$

$$\text{Si } \hat{p}_i < 0.5 \text{ estimamos que } Y_i = 0$$

Considerando el número de aciertos y errores, se obtienen y valoran sus porcentajes de acierto cuando Y_i toma los valores 1 y 0, (sensibilidad y especificidad respectivamente) así como el porcentaje global de aciertos en la predicción del modelo.

2. R^2 de Cox y Snell (McFadden)

Se define como la unidad menos el cociente de los logaritmos de las funciones de verosimilitud con el estimador sin restringir y restringido:

$$R^2 = 1 - \frac{\ln L(\beta_{MV})}{\ln L(\beta_R)}$$

Siendo respectivamente $L(\beta_{MV})$ y $L(\beta_R)$ las funciones de verosimilitud sin restricciones y restringida. Dado que $|L(\hat{\beta}_{MV})| < |L(\hat{\beta}_R)|$, el valor del coeficiente está en el intervalo $[0,1]$.

Si el $L(\beta_{MV})$ es significativamente mejor que el $L(\beta_R)$, R^2 tomará valores grandes, significativamente distintos de cero; pero si ocurre lo contrario, R^2 tiende a 0.

3. Criterios de información

Existen varios métodos para estudiar nuestro análisis, pero en nuestro caso vamos a dar explicación al AIC de Akaike y el SC de Schwarz (BIC) en los cuales se escoge el modelo que tome valores más pequeños.

- Akaike's Information Criterion (criterio de información de Akaike) mide el desajuste entre una distribución hipotética y una distribución teórica.
- Bayesian Information Criterion (criterio de información bayesiano o de Schwarz) realiza el mismo cálculo que el AIC pero penaliza más los modelos con mayor número de parámetros estimados.

A continuación pasaremos a realizar la justificación de la elección de nuestras variables y seguidamente procederemos al análisis de nuestro modelo como parte empírica de este trabajo.

4. ANÁLISIS EMPÍRICO

Antes de abordar la estimación del modelo econométrico propuesto, con el fin de estudiar los factores que resultan significativos en la salud de nuestros mayores, se justificará la selección de variables según la literatura sobre el tema y se hará un análisis preliminar de los datos de dichas variables a través de un breve análisis estadístico descriptivo.

4.1. Selección de variables. Justificación

Para llevar a cabo el análisis econométrico vamos a emplear, tal y como se ha comentado previamente, como variable dependiente la salud percibida por los individuos, la cual mide la percepción general de cómo se sienten los sujetos con respecto a su salud.

Utilizaremos la variable **salud percibida**, esta variable se recoge en el cuestionario a través de la pregunta mencionada previamente sobre cómo siente su salud. Por tanto, se expresa en una escala de tipo Likert de valor 1 a 5 siendo 1 “muy buena salud percibida” y 5 “muy mala salud percibida”. Recodificaremos la variable para transformarla en dicotómica, con el fin de facilitar el proceso de estimación y la interpretación de los resultados. Esta forma de proceder es habitual en un conjunto amplio de trabajos como por ejemplo: Aguilar-Palacio et al. (2014, p. 38), Lorenzo et al. (2013, p. 273) y Solé-Auró et al. (2020, p. 3). Tomarán el valor 1 los estados de salud “muy bueno” y “bueno” y el valor 0 los estados “regular”, “malo” y “muy malo”.

La dicotomización de la variable, a pesar de sus ventajas, presenta como limitación que puede suponer una pérdida de información y derivada de esta, una pérdida de eficiencia en el análisis (Manor et al., 2000, pp. 149–150).

En cuanto a las variables independientes que vamos a incluir en el análisis tenemos:

- **Género** (*Mujer*), variable de tipo dicotómico, en la cual otorgaremos el valor 1 a las mujeres y el 0 a los hombres (Vélez Galárraga et al., 2009, p. 436). Esta variable se introduce en el modelo con el fin de captar si existen desigualdades de género en la salud autopercebida. Es sabido por

trabajos previos que el sexo femenino presenta una peor valoración del estado de salud que los hombres, tal y como recoge Morcillo Cebolla et al. (2014, p. 519) en su revisión de trabajos; en catorce de los estudios analizados se concluye que el sexo femenino se relaciona con una peor valoración del estado de salud.

Esta es una de las variables clave de nuestro estudio, ya que queremos conocer cuáles son los determinantes de la salud que afectan en mayor medida a mujeres y hombres.

- **Edad (EDADa):** esta variable en el cuestionario se recoge como una variable tipo escala. A través del análisis econométrico se tratará de estudiar la relación entre la edad y la salud percibida por los individuos. Recodificaremos la variable en tres intervalos en función de la edad de los sujetos: las personas entre 50 y 65 años (*entre50y65*), que dentro de nuestro estudio son los únicos que se encuentran en edad de trabajar. Los individuos situados entre 66 y 80 años (*entre66y80*), y por último los que tengan 80 años o más (*mayor80*).
- **Nivel educativo (NIVEST²)** es una variable de tipo ordinal que representa el nivel máximo de formación alcanzado por la persona entrevistada, la incorporación de esta variable a nuestras estimaciones es de gran interés para posteriormente analizar el impacto que tiene la educación en la percepción de la salud de los individuos. Recodificaremos la variable (NIVEST) para crear tres dummy de orden ascendente de forma similar a otros estudios como por ejemplo Fernández et al. (2017, p. 3); estos autores dividen los niveles educativos alcanzados en: estudios primarios (*estudiosprimarios*) (valores 1-4 previos), estudios secundarios

² NIVEST se divide en la ENSE en 9 categorías: “No procede, es menor de 10 años” (1), “No sabe leer o escribir” (2), “Educación Primaria incompleta” (3), “Educación Primaria completa” (4), “Primera etapa de Enseñanza Secundaria, con o sin título” (5), “Estudios de Bachillerato” (6), “Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes” (7), “Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes” (8) y “Estudios universitarios o equivalentes” (9).

(*estudiosecundarios*) (5-7) y estudios terciarios o superiores (*estudiosterciarios*) (8-9).

- **Clase social** (*CLASE_PR*³) es una variable ordinal, al igual que el nivel educativo que establece diferentes categorías en función de los puestos que tiene la persona de referencia de la unidad familiar, guarda relación con la clase social ocupacional. Siguiendo a Borrell & Benach (2006, p. 398) y Gonzalo & Pasarín (2004, p. 73), estudiaremos si el aumento en la clase social influye en una mejor valoración de la salud percibida de los individuos. Recodificaremos la variable *CLASE_PR* en tres grupos divididos de menor a mayor nivel en cuanto a la cualificación basándonos en la clasificación empleada por autores como Domingo-Salvany et al. (2013, p. 160) y que da lugar a: trabajadores semi y no cualificados (*trabajadoresseminocualificados*) que engloban las categorías 5 y 6 de referencia, ocupaciones intermedias (*ocupacionesintermedias*) que comprenden las categorías 3 y 4, y directivos (*directivos*) que incluyen las categorías 1 y 2 previas. Se generará una variable dummy para cada uno de los grupos sociales expuestos anteriormente con el fin de conocer cómo es la salud percibida de los individuos de cada uno de ellos.
- **Situación profesional** (*ACTIVa*⁴) es una variable categórica que muestra las diferentes situaciones laborales que pueden presentar los individuos

³ *CLASE_PR* se obtiene en la ENSE escogiendo entre 6 categorías que van de mayor número de personas al cargo y estudios hasta menor y también admite la ausencia de respuesta: “Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a las licenciaturas universitarias” (1), “Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas” (2), “Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia” (3), “Supervisores/as y trabajadores/as por cuenta propia” (4), “Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semi-cualificados/as” (5), y “Trabajadores/as no cualificados/as” (6).

⁴ *ACTIVa* se obtiene de la ENSE, en la cual posee 7 categorías de la actividad económica actual del individuo y la ausencia de respuesta como una más. “Trabajando” (1), “En desempleo” (2), “Jubilado/a, prejubilado/a” (3), “Estudiando” (4), “Incapacitado/a para trabajar” (5), “Las labores del hogar” (6) y “Otros” (7).

en el momento de la encuesta y se pregunta sobre la actividad económica que desempeñan. Analizaremos la relación de cada uno de los estados laborales de los individuos con la salud que estos perciben, para así conocer si el trabajo desempeñado es un factor determinante de la salud del individuo. La situación laboral admite diferentes categorías como son: estudiantes, empleados, desempleados, incapacitados, jubilados y trabajadores del hogar (Barroso et al., 2015, p. 10), clasificación similar a la de la encuesta pero eliminando valores no contestados y la categoría “otros”. En nuestro estudio, al tratarse de una población de 50 años o más, algunas de las categorías carecen de interés. Por tanto, sólo utilizaremos cuatro categorías: desempleados (*desempleados*), trabajadores (*trabajadores*), incapacitados (*incapacitados*) y jubilados (*jubilados*) generando una variable ficticia para cada categoría para así dar explicación a la influencia de la salud percibida dentro de cada una de las ocupaciones laborales comparándola con el grupo de referencia que son los jubilados.

- **Enfermedad crónica** (*Enfcrónica*) es una variable dicotómica que se forma recodificando la variable G22⁵ otorgándole el valor 1 si se padece enfermedad crónica y 0 si no. Esta variable muestra la presencia o no de enfermedades de tipo crónico en los individuos, que son aquellas con una duración superior a los 6 meses y trataremos a través de nuestro estudio de analizar la repercusión de estas en la salud percibida (Fernández et al., 2017, p. 3).
- **Consumo de medicamentos** (*Consumomedicamentos*) es una variable de tipo dicotómico que analiza la frecuencia del consumo de medicamentos recetados por un médico en las dos últimas semanas. Se recodifica la variable P85⁶ otorgando el valor 1 si el individuo toma

⁵ G22 indica en la ENSE si el individuo posee enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración a través de respuesta “sí” (1), o “no” (2), “no sabe” (8) y “no contesta” (9).

⁶ P85 trata el consumo de medicamentos recetados por un médico durante las dos últimas semanas y se obtiene a través de respuesta afirmativa (1) o negativa (2).

medicamentos y el 0 si no los toma, en la línea de trabajos como Jiménez-Martín (2016, p. 24).

- **Fumador** (*Fuma*) es una variable de tipo dicotómico que observa si los individuos son consumidores de tabaco. Recodificaremos la variable *V121*⁷ otorgando el valor 1 si el individuo fuma, tanto si lo hace a diario como si no, así como si ha fumado alguna vez en su vida, y el valor 0 si no fuma, ni lo ha hecho nunca, de acuerdo con la misma recodificación empleada por Selivanova & Cramm (2014, p. 1187) en su estudio.
- **Alcohol** (*consumoalcohol*) es una variable de tipo dicotómico que recoge si los individuos son consumidores de alcohol de forma asidua. Para generarla, se recodifica la variable *W127*⁸ otorgando el valor 1 a los individuos que consumen alcohol todas las semanas durante los últimos 12 meses (previamente valores 1-4), y el valor 0 a los que no han consumido alcohol (valores 5-9) siguiendo la clasificación de autores como Sánchez et al. (2015, p. 185).
- **Frecuencia con que se practica actividad física** (*Frecejer*) es una variable dicotómica que se obtiene a partir de la variable *T112*⁹, esta variable (*T112*) refleja la frecuencia con la que los individuos realizan

⁷ V121 pregunta sobre si el individuo fuma en la actualidad y obtiene como posibles respuestas: “Sí, fumo a diario” (1), “Sí fumo, pero no a diario” (2), “No fumo actualmente, pero he fumado antes” (3), “No fumo ni he fumado nunca de manera habitual” (4), “No sabe” (5), “No contesta” (6).

⁸ W127 aporta información sobre la frecuencia en que se consume alcohol en los últimos 12 meses y tiene 9 categorías + “No sabe”(98)+”No contesta”(99): “A diario o casi a diario”(1), “5-6 días por semana”(2), “3-4 días por semana”(3), “1-2 días por semana”(4), “2-3 días en un mes”(5), “Una vez al mes”(6), “Menos de una vez al mes”(7), “No en los últimos 12 meses, he dejado de tomar alcohol”(8) y “Nunca o solamente unos sorbos para probarlo a lo largo de toda la vida”(9).

⁹ T112 estudia la frecuencia con la que los individuos realizan actividad física en su tiempo libre y toma los valores: “No hago ejercicio físico. El tiempo libre lo ocupo de forma casi completamente sedentaria” (1), “Hago alguna actividad física o deportiva ocasional” (2), “Hago actividad física varias veces al mes” (3), “Hago entrenamiento deportivo o físico varias veces a la semana” (4), “No sabe” (8), “No contesta” (9).

ejercicio físico en su tiempo libre, otorgando el valor 1 si realiza ejercicio físico o entrenamiento varias veces a la semana (previa categoría 4), y el valor 0 si no realiza ejercicio o lo hace de forma ocasional (categorías 1-3).

- **Obesidad** (*Obesidad*) en el caso de nuestro estudio nos propondremos como objetivo estudiar el impacto de la obesidad en la salud percibida de nuestros mayores siguiendo a Barajas Gutiérrez & Martín (1998, pp. 228–229). Para ello crearemos la variable *Obesidad* que adoptará el valor 1 cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) esté por encima de 30, y 0 en el resto de los casos. El **IMC** (*IMCa*) es una variable escala que se calcula dividiendo los kilogramos de peso entre la estatura en metros elevada al cuadrado. Dependiendo del valor del IMC se suelen establecer las siguientes categorías:
 - menos de 18,5 (*peso insuficiente*)
 - entre 18,5 y 24 (*peso normal*)
 - entre 24 y 29,9 (*sobrepeso*)
 - y por encima de 30 (*obesidad*).

La obesidad es uno de los problemas de salud pública a los que se enfrenta nuestra sociedad, de hecho, algunos autores, como Dixon (2010, p. 104), emplea inclusive el término de epidemia para referirse a este problema. Este mismo autor establece que en situaciones de obesidad hay mayores probabilidades de aparición de problemas cardiovasculares, diabetes tipo II, artritis y problemas psicológicos.

- **Alimentación** (*consumofruta*) es una variable dicotómica que recoge si una persona come fruta frecuentemente según las veces en que ingiera este tipo de alimento a lo largo de la semana. Perseguimos analizar el impacto sobre la salud percibida de los individuos entre una dieta equilibrada y una buena salud tal y como explican Blázquez Abellán et al. (2016, p. 536). Recodificaremos la variable *U120_1*¹⁰ otorgando el valor 1

¹⁰ U120_1 aporta información sobre la frecuencia de consumo de fruta fresca y tiene las categorías: “Una o más veces al día “(1), “De 4 a 6 veces a la semana” (2), “Tres veces a la

a consumo adecuado de fruta que incluye comerla más de 4 veces a la semana y el valor 0 a comer fruta 3 veces o menos a la semana (Vierci et al., 2013, p. 60).

- **Rural** (*zonarural*) es una variable dicotómica que clasifica a la población según reside en zonas rurales o en zonas urbanas. Para obtener nuestra variable, se recodifica a partir de la variable ESTRATO¹¹ otorgando el valor 1 a los municipios de menos de 10.000 habitantes, que serán las zonas no urbanas y el valor 0 a los que tengan más de 10.000 habitantes que serán las zonas urbanas, esta es una práctica habitual en la estadística oficial.

Esta es una de las variables claves en nuestro análisis, ya que nos hemos marcado como objetivo estudiar el impacto que tiene el hábitat (rural versus urbano) en la salud de nuestros mayores.

- **Frecuencia con la que acude a consulta de médico general** (consultamédica) es una variable dicotómica que muestra si el individuo acude con frecuencia (una vez o más al mes) a consulta del médico general. Se obtendrá recodificando la variable N48¹² otorgándole el valor 1 si ha acudido al menos una vez en el último mes, y 0 si no ha acudido en el último mes.

semana” (3), “Una o dos veces a la semana” (4), “Menos de una vez a la semana” (5), “Nunca” (6), “No sabe” (8), “No contesta” (9).

¹¹ ESTRATO se divide en la ENSE en 6 categorías de mayor a menor número de habitantes:

“Municipios de más de 500.000 habitantes” (0), “Municipio capital de provincia (excepto anteriores)” (1), “Municipios con más de 100.000 habitantes (excepto anteriores)” (2),

“Municipios de 50.000 a 100.000 habitantes (excepto anteriores)” (3), “Municipios de 20.000 a 50.000 habitantes (excepto anteriores)” (4), “Municipios de 10.000 a 20.000 habitantes” (5),

“Municipios con menos de 10.000 habitantes” (6).

¹² N48 aporta información sobre el tiempo que ha pasado desde la última consulta al médico general y tiene 4 categorías: “En las últimas 4 semanas” (1), “Entre 4 semanas y 12 meses” (2), “Hace 12 meses o más” (3) y “Nunca” (4).

- **Falta de asistencia sanitaria debido a listas de espera** (*listaespera*) es una variable dicotómica que refleja si el individuo no ha podido acceder a los servicios sanitarios a lo largo del último año debido a problemas derivados de listas de espera. Para crear la nueva variable recodificaremos *R106*¹³ otorgando el valor 1 si las listas de espera le han impedido acceder al sistema sanitario y el valor 0 si no han influido en su acceso a los servicios médicos, eliminando las categorías en las que no responden o no han necesitado asistencia (Barriga Martín et al., 2013, p. 11).
- **Falta de asistencia sanitaria debido a problemas en el transporte** (*problematransporte*) es una variable dicotómica que muestra si el individuo no ha podido acceder a los servicios sanitarios en los últimos 12 meses debido a problemas de transporte. Para crear la variable utilizaremos *R107*¹⁴ recodificándola con el valor 1 si el transporte ha provocado problemas de acceso al sistema sanitario, y el valor 0 si no ha habido problemas de acceso al sistema sanitario derivados del transporte y eliminando al igual que en *listaespera* las demás categorías (Osorio Ochoa et al., 2011, p. 31).
- **Falta de asistencia sanitaria debido a problemas económicos** (*noasisteco*) es una variable dicotómica que refleja la dificultad para acceder a asistencia sanitaria debido a problemas económicos. Esta variable da lugar a mayor número de individuos afectados por problemas de falta de asistencia por motivos económicos (Bedregal G et al., 2002, p. 1290). Para crear la nueva variable fusionamos *R108_1*, *R108_2*, *R108_3* Y *R108_4*¹⁵ creando una nueva variable a la que se le otorga el valor 1 si

¹³ R106 establece si ha existido falta de asistencia debido a listas de espera en los último 12 meses, a través de las categorías: “Sí” (1), “No” (2), “No he necesitado asistencia médica” (3), “No sabe” (8), “No contesta” (9).

¹⁴ R107 establece si ha habido falta de asistencia debido a problemas de transporte en los últimos 12 meses, y las categorías son las mismas que en R106.

¹⁵ R108_1, R108_2, R108_3, R108_4 muestran si existe falta de asistencia debido a problemas económicos en los últimos 12 meses en atención médica, atención dental, algún medicamento

existen dificultades para acceder a la asistencia sanitaria (atención médica, dental, mental o acceso a medicamentos recetados) derivadas de problemas económicos (categoría 1 de cualquiera de las variables previas) y el 0 si no hay problemas (Saucedo Avila et al., 1997, p. 16).

Estas últimas tres variables no se suelen incluir tradicionalmente en la modelización de la salud autopercebida, sino que suelen ser empleadas como variables dependientes para modelizar la accesibilidad al sistema sanitario, lo que es una de las aportaciones de este trabajo. Basándonos en la bibliografía existente que trata la accesibilidad a los servicios sanitarios, (Lostao et al., 2001, p. 125–126) se establecen diferencias en el uso de los servicios en función de la clase social de los individuos, pero no en el acceso debido a listas de espera puesto que estas otorgan prioridad a los individuos que tienen mayores necesidades, lo mismo ocurre con el tiempo de llegada a las consultas que podría relacionarse con nuestra variable de falta de acceso debido a problemas de transporte. Por todo esto no podemos prever que existan diferencias en el acceso a los servicios sanitarios en función de las características socioeconómicas de los individuos.

Este conjunto de variables definidas puede agruparse en tres bloques o dimensiones:

Características sociodemográficas del individuo, que tratará las cualidades intrínsecas a cada uno y el espacio en el que habitan. Este grupo lo forman: mujer, edad, nivel educativo, clase social, situación profesional y zona rural.

Factores de salud que engloba sintomatologías y hábitos del individuo incluyendo las variables: enfermedad crónica, consumo de medicamentos, fuma, consumo de alcohol, frecuencia con que se practica actividad física, obesidad y consumo de fruta.

Factores relacionados con el sistema sanitario, estos plantean las dificultades de acceso a la atención sanitaria, así como la asiduidad de asistir a consulta e incluye las variables: frecuencia con la que acude a consulta de

que le hayan recetado o atención de salud mental. Cada una de las variables constará de 5 posibles respuestas idénticas a las descritas en la variable R106.

médico general, falta de asistencia debido a listas de espera, problemas de transporte y problemas económicos.

En el siguiente apartado realizaremos un análisis de las variables que vamos a emplear dando una definición de estas y seguidamente observando las características de nuestros individuos.

4.2. Análisis preliminar de los datos

En la tabla 4.2.1, realizaremos una pequeña descripción de las variables de nuestro modelo, antes de proceder a la estimación econométrica. Aparecen destacadas las variables de referencia de las categorías edad, nivel de estudios, clase social y situación profesional.

TABLA 4.2.1: LISTA DE VARIABLES Y DESCRIPCIÓN

Variable	Descripción
Características sociodemográficas del individuo	
Saludpercibida	Clasificación de la salud de los individuos según criterio propio (1 muy buena, buena salud, 0 regular, mala o muy mala salud)
Mujer	Sexo femenino (1)
Entre50y65	Edad del entrevistado: entre 50 y 65 años (1)
Entre66y80	Edad del entrevistado: entre 66 y 80 años (1)
Mayor80	Edad del entrevistado: mayor de 81 años (1)
Estudiosprimarios o menos	Mayor nivel de estudios completado: primario (1)
Estudiosecundarios	Mayor nivel de estudios completado: secundario (1)
Estudiosterciarios	Mayor nivel de estudios completado: terciario (1)
Trabajadoresseminocualificados	Clase social ocupacional del individuo: trabajadores semi o no cualificados (1)
Ocupacionesintermedias	Clase social ocupacional del individuo: ocupaciones intermedias (1)
Directivos	Clase social ocupacional del individuo: directivos (1)
Jubilados	Situación profesional del encuestado: jubilados (1)
Desempleados	Situación profesional del encuestado: desempleados (1)
Trabajadores	Situación profesional del encuestado: trabajadores (1)
Incapacitados	Situación profesional del encuestado: incapacitados (1)
Factores de salud de los individuos	
Enfcrónica	El individuo padece enfermedad crónica (1)
Consumomedicamentos	El individuo consume a diario medicamentos recetados(1)
Fuma	El individuo fuma o ha fumado en su vida (1)
Consumoalcohol	El individuo consume alcohol semanalmente (1)
Frecejer	El individuo realiza ejercicio físico varias veces a la semana (1)
Obesidad	El IMC del individuo es >30: obesidad (1)
Consumofruta	El individuo toma fruta más de 4 veces/semana (1)
Factores relacionados con el sistema sanitario	
Consultamedica	El individuo asiste a consulta de medicina general al menos 1 vez en el último mes (1)
Listaespera	El individuo no accede a servicios sanitarios en el último año por problema de listas de espera (1)
Problematransporte	El individuo no accede a servicios sanitarios en el último año por problema de transporte (1)
Noasisteco	El individuo no accede a servicios sanitarios en el último año por problemas económicos (1)

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

La tabla 4.2.2, recoge a tipo informativo el valor medio de las diferentes variables, que en el caso de las dicotómicas se corresponde con el porcentaje, y su desviación estándar con el fin de ofrecer una panorámica de la encuesta.

TABLA 4.2.2: DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DEL MODELO

Variables	N	Media; %	Desviación estándar
Saludpercibida	9.935	0,51	0,5
Mujer	9.935	0,55	0,5
Entre66y80	9.935	0,37	0,48
Mayor80	9.935	0,15	0,36
Estudiosecundarios	9.935	0,35	0,48
Estudiosterciarios	9.935	0,17	0,38
Ocupacionesintermedias	9.618	0,35	0,48
Directivos	9.618	0,15	0,36
Desempleados	9.921	0,07	0,25
Trabajadores	9.921	0,26	0,44
Incapacitados	9.921	0,03	0,18
Enfcronica	9.933	0,87	0,34
Consumomedicamentos	9.935	0,82	0,39
Fuma	9.935	0,5	0,5
Consumoalcohol	9.933	0,37	0,48
Frecejer	9.931	0,07	0,25
Obesidad	9.935	0,23	0,42
Consumofruta	9.933	0,87	0,34
Consultamedica	9.935	0,4	0,49
Listaespera	9.935	0,2	0,4
Problematransporte	9.935	0,02	0,14
Noasisteco	9.935	0,12	0,32

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

A la vista de los estadísticos obtenemos que un 51% de los individuos de la muestra consideran su salud percibida como buena.

Atendiendo a las características sociodemográficas, un 55% de los individuos son mujeres, y el 52% tiene más de 65 años.

Los individuos con un nivel de estudios secundarios son el 35%, mientras que sólo tienen estudios superiores un 17% de los sujetos, dando así lugar a que los estudios primarios o inferiores representen el 48%.

En relación con la categoría clase social, entre las ocupaciones intermedias y los directivos acumulan el 50% de la frecuencia frente a los trabajadores semi y no cualificados que ocupan el 50% restante.

La situación profesional se divide en diversas categorías, pero las que empleamos en este estudio: desempleados, incapacitados y trabajadores representan respectivamente el 7, el 3 y el 26% de la población.

Cuando tratamos los factores de salud que afectan a nuestra muestra, obtenemos que un 87% de los individuos padecen una enfermedad crónica, mientras que consumen medicamentos recetados por el médico sólo un 82% del total. En cuanto a los hábitos de consumo, un 50% son consumidores de tabaco o lo han sido a lo largo de su vida, mientras que cuando hablamos de consumo de alcohol sólo lo toman con frecuencia el 37%. Otros hábitos como es la práctica de ejercicio de forma habitual sólo lo realizan un 7% de nuestros individuos. Este dato puede estar relacionado con el 23% de personas que padecen obesidad, puesto que suelen ser variables antagónicas.

Cuando hablamos de hábitos alimenticios, nuestros individuos presentan un buen consumo de fruta, tomando el 87% fruta en más de cuatro ocasiones a la semana.

Al hablar de factores del sistema sanitario, un 40% de la muestra ha acudido al menos una vez en el último mes a consulta de medicina general. Si hablamos de la falta de asistencia entre nuestros sujetos, el problema que menos afecta a los individuos es el transporte con un 2%, seguido de los problemas económicos con un 12% y en mayor medida las personas se han visto afectadas por las listas de espera, un 20% afirma haber sufrido falta de asistencia debido a estas.

Tras este análisis hemos podido conocer mejor cómo son los individuos que forman parte de nuestro estudio y podremos avanzar en la estimación econométrica de modelos.

4.3. Estimación de los modelos econométricos

Con el fin de contrastar las hipótesis que nos hemos marcado en un principio, se estiman una serie de modelos econométricos, a partir de las variables seleccionadas en la primera parte de este capítulo.

En primer lugar, se estimarán tres modelos para la muestra global, es decir para aquellos individuos de 50 años y más. En este caso introduciremos en bloques

las variables consideradas, con el objetivo de ver la ganancia explicativa en el modelo que se obtiene al ampliar el conjunto de variables.

En segundo lugar, y teniendo en cuenta algunas de las variables que salen significativas en la estimación realizada, pasaremos a segmentar el fichero según dichas variables para establecer las diferencias que existen en los factores que determinan la salud percibida en los individuos que poseen dicha característica y los que no.

4.3.1. Estimación del modelo para la muestra global (50 años y más)

Utilizaremos el modelo logit que hemos descrito anteriormente y se construirá de la siguiente manera:

$$Y_i = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \beta_4 X_{4i} + \dots + \beta_{20} X_{20i} + \beta_{21} X_{21i}}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \beta_3 X_{3i} + \beta_4 X_{4i} + \dots + \beta_{20} X_{20i} + \beta_{21} X_{21i}}} + \varepsilon_i$$

Siendo Y_i la variable dependiente = *saludpercibida_i*, y las independientes:

$$\begin{aligned} X_{1i} &= \text{mujer}_i & X_{2i} &= \text{entre66y80}_i & X_{3i} &= \text{mayor81}_i \\ X_{4i} &= \text{estudiosecundarios}_i & X_{5i} &= \text{estudiosterciarios}_i \\ X_{6i} &= \text{empleados}_i & X_{7i} &= \text{directivos}_i & X_{8i} &= \text{desempleados}_i \\ X_{9i} &= \text{trabajadores}_i & X_{10i} &= \text{incapacitados}_i & X_{11i} &= \text{enfcrónica}_i \\ X_{12i} &= \text{consumomedicamentos}_i & X_{13i} &= \text{fuma}_i \\ X_{14i} &= \text{consumoalcohol}_i & X_{15i} &= \text{frecejer}_i \\ X_{16i} &= \text{obesidad}_i & X_{17i} &= \text{consumofruta}_i & X_{18i} &= \text{consultamedica}_i \\ X_{19i} &= \text{listaespera}_i & X_{20i} &= \text{problematransporte}_i \\ X_{21i} &= \text{noasisteco}_i \end{aligned}$$

Para evaluar los datos obtenidos en los diferentes análisis se construye la tabla 4.3.1.1 en la cual podemos observar la significación que tienen las variables introducidas en nuestros modelos por bloques de forma progresiva. En primer lugar se introducen las características sociodemográficas, en un segundo modelo se amplían las variables incorporando los factores relacionados con la salud del individuo y por último, en el tercer modelo las variables relacionadas con el sistema sanitario.

La variable rural sólo aparece en el primer modelo, ya que deja de ser significativa al incorporar más variables al modelo y generaba problemas con el resto de variables.

TABLA 4.3.1.1: MODELOS MUESTRA DE 50 AÑOS Y MÁS. ODDS RATIO Y MEDIDAS DE BONDAD DE AJUSTE

	Características sociodemográficas	Características sociodemográficas + Factores de la salud del individuo	Características sociodemográficas + Factores de la salud del individuo + Factores del Sistema Sanitario
Mujer	0,75***	0,82***	0,84***
Entre66y80	0,72***	0,84**	0,81***
Mayor80	0,46***	0,58***	0,52***
Estudios secundarios	1,41***	1,28***	1,32***
Estudios terciarios	1,76***	1,47***	1,47***
Ocupacionesintermedias	1,26***	1,2***	1,17***
Directivos	1,76***	1,6***	1,49***
Desempleados	0,96	0,77**	0,83
Trabajadores	1,55***	1,24***	1,21**
Incapacitados	0,14***	0,18***	0,19***
Zona rural	1,11**		
Enfermedad crónica		0,14***	0,15***
Consumo medicamentos		0,33***	0,39***
Fuma		0,85***	0,87***
Consumo alcohol		1,62***	1,6***
Frecuencia ejercicio		1,75***	1,78***
Obesidad		0,81***	0,84***
Consumo fruta		1,16**	1,17**
Consulta medica			0,6***
Lista espera			0,51***
Problema transporte			0,69**
No asistencia problema económico			0,61***
Medidas de Bondad			
-log likelihood	6116,9614	5514,0417	5342,3245
AIC	12257,92	11064,08	10728,65
BIC	12343,96	11193,13	10886,37
LR Chi-cuadrado	1075,68	2268,79	2612,23
Prob. >Chi-cuadrado	0,00	0,00	0,00
Pseudo R2	0,08	0,17	0,20
N	9.605	9.596	9.596
Sensibilidad	64,15%	61,35%	66,17%
Especificidad	63,82%	76,70%	74,82%
Nº aciertos	6.146	6.605	6.754
Clasificación correcta	63,99%	68,83%	70,38%

Niveles de significación: *p<0,1, **p<0,05, ***p<0,01

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

La interpretación de estos modelos sólo se puede realizar analizando los parámetros, puesto que medir el efecto de la probabilidad usando su magnitud es incorrecto. Empleando los valores de los Odds ratio obtenemos que cuando son menores que 1, dicha variable influye de forma negativa en la probabilidad de tener buena salud percibida. Y cuando su valor se encuentra por encima de 1, la influencia en la percepción de buena salud es positiva, manteniéndose constantes el resto de estimadores.

En el primer análisis, hemos obtenido que todas las variables propuestas resultan significativas al 1% en la explicación de la salud del colectivo estudiado excepto la variable “desempleados” (no significativa), y “zona rural” (significativa al 5%).

Las variables que tienen un efecto negativo en la probabilidad de percibir la salud como buena, son: ser mujer, ser mayor de 65 años (tanto “entre66y80”, como “mayor80”), desempleado e incapacitado.

En el caso del género, Damian et al. (1999, p. 415), justifica la peor percepción de la salud en las mujeres por la propensión de estas a las enfermedades de tipo crónico, las incapacidades y también a desórdenes nerviosos y depresivos. También sustenta el mayor padecimiento de enfermedades en las mujeres López Giménez et al. (2014, pp. 35–36) e incluye un mayor consumo de medicamentos que provocan una peor percepción de la salud.

Cuando tratamos la edad, podemos explicar la relación negativa existente entre una mayor edad y el reporte de peor salud percibida de los individuos, esta relación que hemos obtenido en nuestro estudio, es también explicada por autores como Damian et al. (1999, p. 412) y Sanchez-Santos et al. (2011, p. 288) que atribuyen al paso del tiempo el incremento de enfermedades crónicas que dan lugar a una percepción de la salud como se ha explicado anteriormente.

Si analizamos a los individuos que padecen incapacidades, podemos esperar que tengan menor probabilidad de reportar buena salud tal como explica Sampedro Díaz de Greñú (2016, p. 20) y Lindeboom & Kerkhofs (2002, p. 19) debido a las dificultades que tiene la persona para desempeñar su trabajo que provocan malestar desembocando en una peor percepción de su estado de salud; de forma similar afecta la variable desempleados en la salud percibida, ya que provoca problemas, en su mayoría psicológicos derivados de la falta de trabajo, y recogen estas observaciones autores como Del Pozo Iribarría et al.

(2002, p. 442) y Urbanos-Garrido & González López-Valcárcel (2013, p. 323). De acuerdo con la argumentación anterior, y con la literatura que aborda el tema, (Artazcoz et al., 2004, p. 61; Barroso et al., 2015, p. 19) la explicación existente para nuestros resultados es que tener un empleo, aporta a los individuos una percepción de su salud mejor, gracias a la satisfacción derivada del empleo. Cuando hablamos de estudios, un mayor nivel de estos da lugar a una mayor probabilidad de percibir la salud propia como buena, tal como habían enunciado autores como Aguilar-Palacio et al. (2014, p. 38–39), López-Torres Hidalgo et al. (2013, p. 49) y Martín et al. (2019, p. 83) que obtienen los mismos resultados que nosotros y explican estos en que los individuos disponen de más conocimientos sobre cómo resolver sus problemas de salud por lo que esta variable afecta de manera positiva a la variable dependiente, teniendo en cuenta que la categoría de referencia es estudios primarios o menos. Un paso más allá va el autor Girón Daviña (2010, p. 87) explicando que ha logrado demostrar que el paso de un nivel de estudios al inmediatamente superior aporta mejoras en la probabilidad de percibir la salud como buena. Este razonamiento se encuentra relacionado con la categoría siguiente por la relación existente entre el nivel de estudios y el acceso a un puesto de trabajo superior.

La tendencia existente en la clase social es la misma que en el nivel de estudios tal y como puede verse en la tabla 4.3.1.1. A medida que se asciende en la estructura empresarial se observan mayores impactos positivos en la salud del individuo teniendo en cuenta que la categoría de referencia son los trabajadores que se dedican a actividades semi o no cualificadas al igual que en Borrell & Benach (2006, p. 398) y Gonzalo & Pasarín (2004, p. 73), esta explicación se fundamenta en que un mejor puesto de trabajo aporta mejores pólizas sanitarias, así como un mayor tiempo de ocio que permite a los individuos realizar actividades que les motiven.

En el caso de este análisis en que hemos incluido la zona rural, obtenemos que ser habitante de áreas rurales, aumenta la probabilidad de tener salud autopercibida buena, en comparación a la categoría de referencia que son los que residen en zonas urbanas, este hecho lo explica el Servicio de Promoción de la Salud (2002, pp. 16–21) en base a la tranquilidad, la sociabilidad y la vida saludable que existe en las zonas rurales. Esta variable no se incluirá en

posteriores análisis porque empeora los resultados de estos y no es significativa, tal y como se ha comentado anteriormente.

A la hora de analizar la bondad hemos tenido en cuenta un conjunto amplio de medidas que han sido comentadas en la parte de la metodología del trabajo.

La bondad de este análisis (características sociodemográficas) es moderada, ya que sólo clasifica correctamente un 64%.

El modelo pasa el contraste de significación global para un nivel de significación del 1% y su pseudo R^2 es de 0,08, lo que nos indica que presenta una capacidad explicativa muy reducida.

Al incorporar al modelo el segundo bloque de variables relacionadas con los factores de salud del individuo se observa que todas las variables del bloque sociodemográfico siguen manteniéndose significativas e inclusive desempleados se convierte en significativa al 5%. La única excepción es rural que se descarta del modelo porque deja de ser significativa y ocasiona problemas en la presencia de otras variables.

El total de variables relacionadas con “nivel de estudios”, “clase social”, y “situación profesional”, suavizan su impacto positivo en la probabilidad de percibir la salud como buena, y mantienen su nivel de significación.

En cuanto al nuevo bloque de variables introducidas que guardan relación con los factores de salud y afectan de forma negativa a la salud percibida son: “enfermedad crónica”, “consumo de medicamentos”, “obesidad” y “fuma”. En sentido contrario, es decir de forma positiva, “consumo de alcohol”, “frecuencia de ejercicio” y “consumo de fruta”.

El padecimiento de enfermedades crónicas se relaciona con una percepción de la salud mala tal como justifican Fernández et al. (2017, p. 8) y Rivera et al. (2013, p. 347) debido a los dolores que provocan. Asociado con estas enfermedades se encuentra el consumo de medicamentos recetados por el médico en las últimas semanas, que da lugar a una percepción de la salud como mala tal como muestran autores como Carrera-Lasfuentes et al. (2013, p. 531), debido a que su ingesta se debe a algún tipo de enfermedad para la que el médico ha prescrito este tratamiento.

Cuando pasamos a hablar de la obesidad, variable que está relacionada con el IMC, es de esperar que tenga una influencia negativa en la percepción de la

salud como buena. Autores como Ellulu (2017, p. 317), relacionan la obesidad con una mala salud debido a su relación con el incremento de enfermedades cardiovasculares y renales que se derivan de la obesidad. También Barajas Gutiérrez & Martín, (1998, p. 228–229) explican la relación entre la obesidad y la peor percepción de la salud, pero en su estudio argumentan que esta asociación es debida principalmente a los problemas psiquiátricos y de artrosis que se derivan en pacientes obesos. En cuanto al consumo de tabaco, basándonos en autores como Blázquez Abellán et al. (2016, p. 539) podemos explicar la mala percepción de la salud de las personas que fuman o han fumado de manera habitual por los efectos negativos que provoca dicho hábito.

La influencia positiva del consumo de alcohol en la buena salud percibida de los individuos, la justifica Girón Daviña (2010, p. 181) por la costumbre social con la que se asocia. Esta misma argumentación es apoyada por Grønbaek (2009, p. 407) y este también incluye el beneficio que la pequeña ingesta de alcohol aporta a la salud mental.

La práctica frecuente de ejercicio físico está relacionada con la percepción de buena salud de los sujetos, ya que protege física y psicológicamente a los individuos, como explican Aguilar-Palacio et al. (2013, p. 108) y es también una característica fundamental para llevar a cabo hábitos de vida saludables. Y para favorecer estas conductas, es importante tener una alimentación correcta, potenciando el consumo de frutas y verduras en detrimento de cereales y comidas procesadas, para así dar lugar a una mejor salud percibida según como explican autores como Blázquez Abellán et al. (2016, p. 540) y Södergren et al. (2012, p. 539).

En cuanto a las medidas de bondad se aprecia una ligera mejora en todas las medidas consideradas.

Por último, se incorpora el bloque de variables que guardan relación con el sistema sanitario.

Al igual que ocurría en el segundo análisis, al incluir los factores del sistema sanitario, la influencia de las características sociodemográficas tiende a suavizarse muy ligeramente, pero mantienen su significación, a excepción de la

categoría “desempleados” que deja de ser significativa, sin cambiar en ningún caso la tendencia de su influencia.

Los factores de salud mantienen sus valores casi constantes y siguen siendo en todos los casos significativos.

Los nuevos factores incluidos (sistema sanitario), presentan una influencia negativa en la percepción de buena salud como cabía esperar por su significado, resultando todos significativos al 1%, menos problema de transporte que lo es al 5%. La necesidad de asistencia a consulta médica según la literatura se asocia con una mala percepción de la salud, tal como reflejan Aguilar-Palacio et al. (2016, p. 238) ya que el hecho de necesitar los servicios sanitarios se debe a malestar de los individuos.

Las medidas de bondad consideradas mejoran también ligeramente al incluir este nuevo bloque de variables. Se sigue superando el contraste de significación global, el Pseudo R^2 mejora su explicación del modelo pasando del 7% inicial al 20%. También hay que destacar que el modelo clasifica correctamente el 70,38% de los individuos que analiza, lo que supone una mejora. A ello se suma que los criterios de información BIC y AIC reducen su valor.

Con el fin de facilitar la interpretación de los resultados se ha realizado para el modelo que incorpora los tres bloques de variables, un análisis de los efectos marginales de las variables, esto nos permitirá conocer el impacto que tiene cada una de ellas sobre la salud percibida de los individuos. Información que se recoge en la tabla 4.3.1.2.

De acuerdo con la explicación aportada previamente sobre el cálculo de los marginales, procederemos a estudiar los cambios que se producen en nuestra variable dependiente, salud percibida, fruto de los cambios de valor (0 y 1 por ser variables dicotómicas) unitarios efectuado en las variables independientes del modelo que dan lugar a cambios en la probabilidad de los individuos de percibir su salud como buena.

TABLA 4.3.1.2: EFECTO MARGINAL DE LAS VARIABLES

Variables	Efecto marginal
Sociodemográficas	
Mujer	-0,0339163
Entre 66 y 80	-0,0402364
Mayor 80	-0,1235835
Estudios secundarios	0,052728
Estudios terciarios	0,0738548
Ocupaciones intermedias	0,0305593
Directivos	0,0759124
Desempleados	-0,0353178
Trabajadores	0,0366178
Incapacitados	-0,3117987
Factores salud	
Enfermedad crónica	-0,3556402
Consumo medicamentos	-0,1791013
Fuma	-0,0270404
Consumo alcohol	0,0889241
Frecuencia realiza ejercicio	0,1098889
Obesidad	-0,0323698
Consumo fruta	0,0293611
Factores servicio sanitario	
Consulta médica	-0,0970233
Lista espera	-0,1293075
Problema transporte	-0,0700701
No asistencia motivos económicos	-0,0942828

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Tal y como podemos ver en la tabla 4.3.1.2, las variables marcadas en verde son las que tienen un efecto positivo en la probabilidad de percepción de la salud del individuo como buena. Y las marcadas en rojo tienen un efecto negativo en la probabilidad de percepción de buena salud.

La edad afecta negativamente a la percepción de la salud tanto a los mayores de 80 años, cuya probabilidad de poseer buena salud disminuye un 12,35% frente a otra persona que se encuentre en el grupo de referencia (entre 50 y 65 años), como a los individuos de entre 66 y 80 años cuya probabilidad disminuye un 4,02% con respecto al grupo referencia. Cuando hablamos de la variable mujer, la probabilidad de tener buena salud percibida disminuye un 3,39% frente a los sujetos que son hombres.

Al fijarnos en los estudios de los individuos, observamos que cuanto mayor es su nivel educativo, mayor es la probabilidad de tener buena salud percibida como hemos visto anteriormente. Cuando las personas tienen estudios secundarios, la

probabilidad de tener buena salud aumenta un 5,27% con respecto a los individuos con estudios primarios o menos, y si los estudios de los individuos son terciarios, la probabilidad de tener buena salud percibida aumenta un 7,38%.

En cuanto a la clase social ocupacional que tienen los sujetos, también mejora cuando se aumenta dentro de esta. Los individuos pertenecientes a ocupaciones intermedias tienen un 3,05% más de probabilidades de percibir su salud como buena, y los directivos un 7,59% más, ambos frente a los trabajadores que desarrollan trabajos semi o no cualificados.

Si nos fijamos en la situación profesional hay diferencias, pues los desempleados tienen un 3,53% menos de probabilidades de percibir su salud como buena, pero son los incapacitados quienes tienen menor probabilidad de tener buena salud percibida, ya que esta disminuye un 31,17% cuando los individuos se encuentran en esta categoría frente a los jubilados. La influencia opuesta podemos encontrarla con los trabajadores, ya que estos por el hecho de tener empleo, tienen una probabilidad de percibir su salud como buena un 3,66% mayor que los jubilados que son nuestra categoría de referencia.

A continuación, valoraremos la situación que se deriva de los hábitos de salud. Cuando los individuos padecen una enfermedad crónica, su probabilidad de tener buena salud percibida disminuye un 35,56% frente a los que no tienen enfermedades. También disminuye, aunque en este caso es un 17,91% la probabilidad de percibir la salud como buena en individuos que consumen medicamentos recetados por el médico frente a los que no los toman.

Cuando el sujeto fuma o ha fumado en su vida, la probabilidad de tener buena salud percibida disminuye un 2,7% frente a los que no han fumado nunca. Por otro lado, tenemos que las personas que consumen alcohol habitualmente tienen una probabilidad del 8,89% más de tener buena salud que los individuos que no suelen tomarlo, este hecho lo explican Azpiazu Garrido et al. (2002, p. 696) porque las personas que toman alcohol a edades avanzadas es porque se encuentran bien de salud, en el caso contrario ya habrían abandonado dicho hábito. También las personas que practican ejercicio con asiduidad tienen un 10,98% más de probabilidades de tener buena salud percibida que las personas que tienen una vida sedentaria. Del mismo modo, muestra un aumento de la probabilidad de tener buena salud percibida el hecho de consumir fruta frente a no hacerlo con un 2,93%. Otro aspecto que influye de forma diferente es el peso,

los individuos que poseen obesidad tienen un 3,23% menos de probabilidades de percibir su salud como buena frente a individuos que se encuentran en otro IMC inferior al 30.

Por último, pasaremos a comentar la asistencia a consultas médicas, la falta de atención en las mismas por diversos motivos, y cómo afecta esto a la salud de los sujetos. Como cabe esperar, la asistencia a consultas médicas da lugar a una disminución de la probabilidad de percibir la salud como buena, en este caso supone un 9,7% menos que los individuos que no han asistido a consulta en el último mes. Del mismo modo, cualquier problema que dificulte el acceso a los servicios sanitarios dará lugar a una menor probabilidad de valorar la salud como buena. Por ello obtenemos que cuando la falta de asistencia es porque están afectados por listas de espera la probabilidad de percibir la salud como buena disminuye un 12,93% frente a los que no están afectados. Cuando se producen dificultades de transporte y esto impide el acceso al sistema sanitario, los individuos afectados ven su probabilidad de percibir buena salud reducida un 7% frente a los sujetos que no están afectados. Y por último, los individuos que tienen dificultades de asistencia debido a motivos económicos tienen un 9,42% menos de probabilidades de percibir su salud como buena frente a los que no se ven afectados por este motivo.

Una vez hemos completado el análisis econométrico de la población objeto de estudio sin segmentar, vamos a proceder a estudiar si el género afecta a la significación de los determinantes propuestos, ya que es de especial relevancia conocer cómo afectan estos determinantes a la salud percibida de hombres y mujeres. Posteriormente, estudiaremos también las diferencias existentes en la salud percibida de la población que habita zonas rurales y urbanas para conocer la influencia de los determinantes de salud en cada una de ellas.

4.3.2. Modelo estratificado por sexo

En este apartado procederemos a segmentar la muestra en función del género, con el fin de estudiar si hay diferencias en la salud percibida en función de los factores que la determinan en hombres y mujeres utilizando nuestro modelo econométrico.

TABLA 4.3.2.1: MODELO COMPARATIVO MUJER-HOMBRE

	Mujer		Hombre	
	Odds ratio	Efectos marginales	Odds ratio	Efectos marginales
Características sociodemográficas				
Entre 66 y 80	0,73***	-0,0581428	0,94	-0,0116157
Mayor 80	0,51***	-0,1281544	0,57***	-0,1085489
Estudios secundarios	1,44***	0,0685947	1,19**	0,0331147
Estudios terciarios	1,76***	0,1064193	1,22	0,0371712
Ocupaciones intermedias	1,13*	0,0237475	1,23***	0,0396204
Directivos	1,44***	0,0692983	1,57***	0,0861072
Desempleados	0,75*	-0,0549931	0,97	-0,0051655
Trabajadores	1,12	0,0211704	1,37***	0,0596147
Incapacitados	0,27***	-0,2444095	0,16***	-0,3445414
Factores de salud				
Enfermedad crónica	0,13***	-0,3923306	0,18***	-0,3220098
Consumo medicamentos	0,38***	-0,18178	0,41***	-0,1722044
Fuma	0,88	-0,0239693	0,8***	-0,0419843
Consumo alcohol	1,45***	0,0696268	1,71***	0,1019352
Frecuencia ejercicio	1,82***	0,1125274	1,77***	0,1091823
Obesidad	0,81***	-0,0408821	0,9	-0,0211331
Consumo fruta	1,1	0,017851	1,2*	0,0351782
Factores sistema sanitario				
Consulta médica	0,58***	-0,1040937	0,63***	-0,0890959
Lista espera	0,52***	-0,1226085	0,49***	-0,1367918
Problema transporte	0,63**	-0,085846	0,78	-0,0461907
Noasisteco	0,6***	-0,0949722	0,63***	-0,0887237
Medidas de Bondad				
-log likelihood	2873,4427		2456,1577	
AIC	5788,885		4954,315	
BIC	5926,513		5088,54	
LR Chi-cuadrado	1425,30		1135,45	
Prob> Chi-cuadrado	0		0	
Pseudo R2	0,1987		0,1877	
N	5.186		4.410	
Sensibilidad	60,39%		73,89%	
Especificidad	80,96%		65,03%	
Nº aciertos	3.696		3.087	
Clasificación correcta	71,27%		70%	

Niveles de significación: *p<0,1, **p<0,05, ***p<0,01

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

Al realizar el análisis en función del sexo de los individuos, observamos que tanto hombres como mujeres ven afectada su salud percibida de forma negativa al aumentar la edad. Esta repercusión es mayor cuando los individuos están en el rango “mayor80” que cuando están “entre66y80” y más acusada en el caso de

las mujeres. Dichas variables son significativas en todos los casos a excepción de los hombres entre 66 y 80 años, que no lo es.

Cuando tratamos el nivel de estudios de los individuos, se vuelve a observar que en ambos géneros, un nivel de estudios superior repercute en una mayor probabilidad de manifestar buena salud. En el caso de las mujeres este efecto es más acusado, cifrándose estos incrementos en la probabilidad de manifestar buena salud en un 6,85% y 10,84% para secundaria y terciaria con respecto a los estudios primarios o sin estudios. En el caso de los hombres, ambos incrementos son del 3% siendo además estudios secundarios significativos al 5% y estudios terciarios no significativos. El cambio a un nivel superior es casi imperceptible en el caso de los hombres con respecto a la categoría de referencia.

Cuando hablamos de clase social, un ascenso dentro de esta afecta positivamente a ambos géneros. Siendo la variable “directivos” significativa al 1% en ambos casos, y la variable “ocupacionesintermedias” significativa al 10% en mujeres y al 1% en hombres. Pero la influencia positiva en la salud percibida es superior en los hombres tanto cuando pertenecen a “ocupacionesintermedias”, como cuando son “directivos”, tal y como podemos ver en los efectos marginales (3,96% y 8,61% en hombres frente a 2,37% y 6,92% en mujeres).

La situación profesional sigue la misma tendencia para ambos sexos, con la situación de “trabajadores” (no significativa en mujeres, y significativa al 1% en hombres), que repercute positivamente en la probabilidad de reportar buena salud con incrementos del 2,37% en las mujeres y del 5,96% en los hombres con respecto a la categoría de referencia (jubilados). Además, tanto los “desempleados” (significativa al 10% en mujeres y no significativa en hombres), como los “incapacitados” (ambos significativos al 1%) afectan negativamente a la probabilidad de manifestar una salud percibida buena, los efectos marginales en la categoría de incapacitados adoptan unos valores muy elevados de 24,44% para las mujeres y 34,45% para los hombres. Mientras que, en el caso de los desempleados, hacen que en las mujeres disminuya un 5,49% su probabilidad de percibir la salud como buena, y en los hombres sólo hace que disminuya un 0,51% que lo hace casi imperceptible.

Los factores de salud que presentan una influencia negativa, tal y como hemos visto en el resto de los modelos estimados en este trabajo son “enfermedad crónica”, “consumo de medicamentos” (ambos significativos al 1%), y “hábito de fumar” (no significativa en mujeres y significativa al 1% en hombres).

Siendo muy acusados los efectos marginales de la variable enfermedad crónica con disminuciones en la probabilidad de reportar buena salud del 39,23% y 32,20%, respectivamente para mujeres y hombres. También resultan acusados los efectos sobre el consumo de medicamentos, cuantificados en descensos del 18,17% en mujeres y 17,22% en hombres. Mientras que el hábito de fumar afecta a la probabilidad de percibir la salud como buena en las mujeres disminuyendo un 2,39% frente al 4,19% de los hombres.

Por otro lado, afectan positivamente “frecuencia de realización de ejercicio” (significativa al 1%) y “consumo de fruta” (no significativa en mujeres y significativa al 10% en hombres). Según los efectos marginales, la realización de ejercicio aumenta la probabilidad de percibir la salud como buena en casi un 11% en ambos casos, y el consumo de fruta en el caso de las mujeres aumenta la probabilidad de percibir la salud como buena un 1,78% frente al 3,51% de los hombres.

En cuanto al consumo de alcohol, este afecta positivamente a ambos sexos, aunque con mayor influencia en los hombres con un 10,19% en comparación con el 6,96% de las mujeres ambos con una significación del 1%.

Por el contrario, cuando hablamos de “obesidad” aunque afecta negativamente a ambos sexos, observamos una mayor influencia negativa en las mujeres, con un efecto marginal negativo del 4,08%, siendo significativo al 1%, mientras que en el caso de los hombres no es significativo y su efecto marginal es del 2,11%. Al realizar la comparación por género y observando los factores relacionados con el sistema sanitario, todos afectan negativamente a la posibilidad de percibir la salud como buena, tanto en hombres como en mujeres. El acudir los individuos a consulta al menos una vez al mes, observamos que es significativo para un nivel de significación del 1% para ambos sexos. En las mujeres la probabilidad de percibir la salud como buena disminuye un 10,4% frente al 8,9% que disminuye en los hombres. Cuando los motivos de falta de asistencia son debidos a listas de espera, para una significación del 1% en ambos casos disminuye la probabilidad de percibir la salud como buena en torno al 12%.

Mientras que si tratamos los afectados por problemas de transporte en el caso de las mujeres disminuye la probabilidad de percibir buena salud un 8,5% para el 5% de significación frente al 4,6% de los hombres que no es significativo. Y en último lugar, cuando los individuos están afectados por problemas económicos para una significación del 1% la probabilidad de percibir buena salud disminuye para ambos sexos un 9%.

La bondad de ajuste de ambos modelos es buena, y presenta valores similares. Dependiendo de las medidas de bondad utilizadas arrojan resultados más positivos en unos casos al modelo de las mujeres y en otros al de los hombres, aunque dichas diferencias son mínimas. Teniendo en cuenta las predicciones en el caso de las mujeres se acierta un 71,27% y en los hombres un 70%. Si empleamos los modelos Akaike y BIC el mejor modelo sería el de los hombres, pero si tenemos en cuenta $PseudoR^2$, el modelo de las mujeres es mejor con un R^2 de 0,1987.

Tras este análisis en función del género vamos a proceder a realizar un estudio similar atendiendo a la zona en la que viven los individuos: rural frente a urbana. Para aportar información sobre la salud percibida de los individuos de dichas zonas y conocer las variables que afectan a dicha percepción de buena salud.

4.3.3 Modelo comparativo zona rural y zona urbana

Con el objetivo de estudiar la presencia de diferencias en los factores que determinan la salud del individuo dependiendo de si residen en zona urbana o no urbana, se segmenta la muestra objeto de estudio en estos dos grupos y se estiman modelos incorporando los tres bloques de variables.

TABLA 4.3.3.1: MODELO COMPARATIVO ZONA RURAL Y ZONA URBANA

	Zona rural		ZONA URBANA	
	Odds ratio	Efecto marginal	Odds ratio	Efectos marginales
Características sociodemográficas				
Mujer	0,94	-0,011978	0,81***	-0,0399583
Entre 66 y 80	0,95	-0,0095548	0,77***	-0,0487888
Mayor 80	0,56***	-0,1110662	0,51***	-0,1263721
Estudios secundarios	1,32**	0,05225	1,32***	0,0535393
Estudios terciarios	1,55**	0,0823729	1,48***	0,0745347
Ocupaciones intermedias	1,17	0,0297147	1,17***	0,03002
Directivos	1,8***	0,1115404	1,44***	0,0692687
Desempleados	0,93	-0,0133618	0,81	-0,0408464
Trabajadores	1,44**	0,0684835	1,15	0,0270485
Incapacitados	0,23***	-0,27501	0,18***	-0,3220364
Factores de salud				
Enfermedad crónica	0,11***	-0,4245202	0,17***	-0,3343168
Consumo medicamentos	0,45***	-0,1524249	0,37***	-0,1870073
Fuma	0,9	-0,0199399	0,86**	-0,0277631
Consumo alcohol	1,69***	0,0995975	1,57***	0,0853542
Frecuencia ejercicio	2,32***	0,1597474	1,75***	0,1058821
Obesidad	0,85	-0,0305239	0,84***	-0,0322813
Consumo fruta	1,22	0,037646	1,15*	0,0263558
Factores sistema sanitario				
Consulta médica	0,63***	-0,0868933	0,59***	-0,1000229
Lista espera	0,48***	-0,1380985	0,51***	-0,1268745
Problema transporte	1,12	0,021941	0,54***	-0,1168025
Noasisteco	0,65**	-0,0824763	0,6***	-0,0970683
Medidas de Bondad				
-log likelihood	1301,8763		4033,066	
AIC	2647,753		8110,132	
BIC	2774,539		8261,666	
LR Chi-cuadrado	656,13		1970,66	
Prob> Chi-cuadrado	0		0	
Pseudo R2	0,2013		0,1963	
N	2.352		7.244	
Sensibilidad	64,38%		66,77%	
Especificidad	77,08%		74,28%	
Nº aciertos	1.661		5.101	
Clasificación correcta	70,62%		70,42%	

Niveles de significación: *p<0,1, **p<0,05, ***p<0,01

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA.

A continuación, vamos a pasar a comentar las diferencias existentes entre la zona rural y la urbana y como afecta cada una de las variables a la salud percibida en función del espacio/hábitat en el que habiten los individuos.

En relación al género, el colectivo de las mujeres tiene una menor probabilidad de reportar una buena salud percibida independientemente del espacio en el que vivan, en el caso de la zona rural sorprendentemente el género no es significativo mientras que en la zona urbana lo es al 1%. En la zona urbana las mujeres reportan un 4% menos de probabilidad que los hombres de tener buena salud, mientras que en la zona rural es sólo un 1%.

Los grupos de edad que se encuentran por encima de los 65 años (“entre66y80” y “mayor80”) también tienen una menor probabilidad de percibir su salud como buena teniendo en cuenta que la categoría de referencia son el colectivo de 50 a 65 años, siendo este efecto negativo más acusado en el grupo de mayor edad; En el grupo que habita en la zona urbana, las diferencias son menores entre los dos rangos de edad. La variable “mayor80” es significativa siempre al 1%, y “entre66y80” no es significativa en la zona rural y en la urbana lo es al 1%. Por lo que observamos en la zona urbana el avance de la edad tiene un efecto más significativo que en la zona rural, donde sólo es significativo el tramo de mayores de 80. Los efectos marginales correspondientes a los adultos mayores de 80 años alcanzan valores similares en torno al 11% menos de probabilidad de percibir su salud como buena en ambas zonas. Cuando nos fijamos en el grupo de entre 66 y 80 años, en la zona urbana tienen un 4,87% menos de probabilidades de percibir su salud como buena, y en la zona rural esta probabilidad no llega al 1%, haciendo que casi no existan diferencias entre este grupo y el de referencia.

Cuando hablamos del nivel de estudios, a mayor nivel de estos, mayor probabilidad de reportar una buena salud percibida, y los datos en ambos núcleos son similares. La mejora de la salud percibida en las personas con estudios secundarios es de un 5% de probabilidad y cuando los estudios son terciarios mejora hasta un 8%. Reflejando un nivel de significación del 5% en ambas categorías en la zona rural y un 1% en la urbana

Lo mismo que ocurría en el nivel educativo, ocurre en la clase social. A mayor categoría, mayor probabilidad de reportar buena salud, siendo la variable “ocupacionesintermedias” no significativa en el medio rural y las demás significativas al 1%. Los individuos pertenecientes a ocupaciones intermedias de ambas zonas tienen un efecto marginal del 3% de mejora en su probabilidad de percibir su salud como buena, mientras que los directivos presentan diferencias,

en el área urbana que alcanzan un 7% en la probabilidad de percibir su salud como buena, pero si nos desplazamos al área rural llegamos al 11%.

Una mejor situación profesional afecta de forma positiva a la probabilidad de manifestar una buena salud en ambas poblaciones. La variable “trabajadores” no es significativa en la zona urbana, pero si en la rural al 5%. Su probabilidad de percibir buena salud es superior a la categoría de referencia en ambas zonas, con un 2,7% en la urbana y más del doble en la rural. Desempleados e incapacitados presentan una menor probabilidad de reportar buena salud que la categoría de referencia que es jubilados, siendo desempleados nunca significativa e incapacitados significativa al 1%. Los incapacitados en ambas zonas perciben un 3% menos de probabilidades de percibir su salud como buena, y los desempleados cambian de un 1% en la zona rural a un 4% en la urbana.

En cuanto a factores de salud, el padecimiento de “enfermedad crónica”, el “consumo de medicamentos”, el hábito de “consumir tabaco” y la “obesidad” repercuten negativamente en la probabilidad de manifestar buena salud, resultando obesidad y el consumo de tabaco no significativas en el ámbito rural. Los efectos marginales de esas variables alcanzan valores similares en ambas zonas. Impactos positivos en la probabilidad obtienen el “consumo de alcohol”, “realización de actividad física” y “consumo de fruta”. Sorprende la diferencia de valor del Odds ratio en el caso de la práctica de deporte, muy superior en la zona rural. La variable consumo de fruta no es significativa en la zona rural pero si lo es en la urbana al 10%. Los valores de los efectos marginales de las tres variables son similares en el área rural y en el área urbana.

Al tratar los factores del sistema sanitario, la mayoría de las variables consideradas afectan negativamente a la probabilidad de reportar buena salud. La asistencia a consulta médica afecta negativamente a la probabilidad de tener una buena salud percibida en ambos colectivos (rural versus urbano), siendo menor la repercusión en la zona rural para el mismo nivel de significación, sus efectos marginales son en la zona rural de un 8,6% menos de probabilidad de percibir la salud como buena, frente al 10% de la zona urbana. La “falta de asistencia por lista de espera” afecta en mayor medida a la salud percibida de la zona rural que a la de la zona urbana al 1% de significación y con unos marginales de 13,8% en la zona rural y 12,6% en la urbana. En cuanto a la “falta

de asistencia por problemas económicos”, tiene una mayor influencia en la zona urbana, siendo su impacto negativo. Por último, trataremos la “falta de asistencia por problema de transporte”, que da lugar a resultados muy dispares. En la zona rural, afecta positivamente a la salud percibida buena, pero no es significativo, mientras que en la zona urbana afecta negativamente con una significación del 1%.

Cuando nos ponemos a observar las medidas de bondad obtenemos que tanto el modelo Akaike como el BIC nos indican que modelo rural arroja mejores resultados. La clasificación de ambos modelos clasifica correctamente en casi la misma proporción, 70,62% en la zona rural frente al 70,42% en la urbana. Y en último lugar, podemos establecer que ambos modelos son globalmente significativos pero el modelo rural aporta más información. Aunque todas las clasificaciones toman valores similares, es siempre un poco mejor el modelo de zona rural.

Una vez hemos completado el análisis rural versus urbano, vamos a proceder a recopilar las principales reflexiones asociadas a nuestros modelos.

4.4. Reflexiones

Una vez hemos concluido los análisis y hemos obtenido los resultados de cómo afectan a la variable dependiente el resto de variables incluidas en nuestros modelos, procederemos a comparar los resultados obtenidos con los alcanzados en otros estudios existentes, a parte de estos estudios se les ha hecho referencia previamente.

La primera variable que hemos considerado en nuestro estudio ha sido el género de los individuos. Al incluir esta, pretendíamos dar respuesta a la existencia o no de diferencias debidas al género en la percepción de la salud, nuestros modelos han confirmado la presencia de estas diferencias atribuyendo a la mujer una peor percepción. Estudios previos como García-Calvente et al. (2004, p. 71), explican esta peor percepción de la salud en las mujeres debido a las numerosas cargas que soportan en el hogar derivadas de necesidades familiares, que por costumbre social se otorgan a estas. También existe una mayor vulnerabilidad

en el sexo femenino por la mayor afección a enfermedades de tipo crónico que se produce entre las féminas, lo que es explicado por los autores Borrell et al. (2004, p. 3).

Tras fundamentar la peor percepción de la salud en las mujeres, decidimos observar cómo es el impacto del aumento de la edad dentro de nuestro grupo de personas mayores, que incluye a los individuos de 50 años en adelante. Cabía esperar que el envejecimiento afectase a la salud percibida de forma negativa, hecho que hemos podido constatar puesto que nuestros resultados atribuyen a los individuos de entre 66 y 80 años y a los mayores de 80 una peor salud percibida que la categoría de referencia que serían las edades comprendidas entre 50 y 65, efecto que se va incrementando a mayor edad. Este hecho lo explican diversos trabajos como Damian et al. (1999, p. 412) y Sanchez-Santos et al. (2011, p. 288) en la recopilación llevada a cabo por Morcillo Cebolla et al. (2014) que da a la edad una gran importancia en la salud percibida debido a la dependencia que comienzan a sufrir los individuos. Estos problemas son explicados por Rodríguez Ávila (2018, p. 88), que asocia la vejez de los individuos a deterioros en sus capacidades cognitivas y físicas. Otorgamos gran relevancia al deterioro de la salud percibida asociada a la edad, puesto que entre los factores sociodemográficos de nuestros microdatos esta variable adopta un efecto marginal elevado.

Seguidamente pasamos a hablar de los resultados obtenidos en relación con el nivel de estudios. Con este buscábamos contrastar si el hecho de poseer un nivel de estudio secundario o superior favorece a una buena salud percibida en los individuos. Y tal como hemos visto en el análisis econométrico, se cumple que el hecho de ascender en el máximo nivel de estudios cursados mejora la percepción de la salud, esta situación la explican autores como Girón Daviña (2010, p. 87) que obtiene unos resultados iguales a los del presente estudio e incluso puede fundamentar que el paso de un nivel secundario a uno terciario de estudios mejora la salud percibida.

Nuestros resultados avalan que se obtiene una mayor probabilidad de percibir la salud como buena en individuos que ocupan puestos más altos con respecto a los trabajadores semi y no cualificados que son nuestra categoría de referencia. La explicación a estos valores la aportan Borrell et al. (2004, p. 133) que establecen que el puesto de trabajo de las personas posee características

intrínsecas como son la mejor cobertura sanitaria, hábitos más saludables, más tiempo libre... que permiten a los individuos cuidarse y priorizar actividades de su agrado favoreciendo así una actitud positiva que incrementa la buena percepción de salud.

Seguidamente y también enlazada con los dos conjuntos de variables precedentes encontramos la situación profesional. Dentro de esta hemos obtenido diferentes resultados para cada una de nuestras variables. En primer lugar tenemos a los trabajadores, estos tal como esperábamos perciben su salud de forma positiva, hecho que autores previos habían recogido en sus trabajos como es el caso de Artazcoz et al. (2004, p. 61) y Barroso et al. (2015, p. 19) y que se debe al hecho de que poseer un trabajo da lugar a satisfacción laboral que según Bello Gómez et al. (2010, p. 171) y Girón Daviña (2010, p. 190) es el principal motivo para percibir la salud como buena en cuanto a la ocupación laboral. En esta misma categoría encontramos la variable desempleados, que de forma coherente con la explicación otorgada al empleo, cabe esperar que la falta de este puesto de trabajo da lugar a una menor probabilidad de percibir la salud como buena, tal como confirman nuestros resultados. Autores previos a nuestro estudio fundamentan la mala percepción de la salud en los desempleados con problemas psicológicos que se producen derivados de la situación de inactividad (González González & Wong, 2014, p. 90). En último lugar dentro de esta categoría encontramos a las personas que están incapacitadas. Esta categoría es la que mayor influencia tiene en la salud percibida dentro del grupo ocupacional. Los individuos que padecen una discapacidad, perciben su salud de forma negativa por los impedimentos que esta produce y las situaciones de depresión que se derivan de la imposibilidad de poder realizar tareas que efectuaba con anterioridad, tal como explican Katz & Yelin (2001, p. 1199).

Una vez hemos concluido con las características sociodemográficas del modelo, procedemos a la fundamentación de los factores de salud.

Dentro de este grupo la variable que mayor influencia ejerce sobre la salud percibida es la enfermedad crónica, la cual, por cómo se define esperábamos una influencia negativa en la percepción de la salud y así ha sido, aportando el valor del efecto marginal más negativo de todo nuestro estudio y cumpliendo con lo enunciado por Menéndez et al. (2005, p. 359), que explica el padecimiento de las enfermedades crónicas con una estrecha relación existente de estas con la

discapacidad. En segundo lugar dentro de los factores de salud se halla la variable de consumo diario de medicamentos recetados, que basándonos en la explicación de Carrera-Lasfuentes et al. (2013, p. 533) la ingesta de estos se encuentra asociada a una enfermedad y es por ello, que se percibe una influencia negativa en la probabilidad de percepción de buena salud frente a individuos que no precisan de este tipo de medicamentos.

Tras estas, pasamos a comentar el consumo de sustancias nocivas para la salud como son el tabaco y el alcohol.

El tabaco en nuestro estudio de acuerdo con la explicación de Lanas & Serón (2012, p. 699) influye de forma negativa en la salud percibida de los individuos por las numerosas contraindicaciones que posee dicha sustancia. Mientras que cuando hablamos de alcohol esperábamos un efecto negativo del mismo por la presencia de etanol en su composición pero hemos obtenido una influencia positiva en la probabilidad de percibir la salud como buena y autores como García-laguna et al. (2012, p. 192) aportan luz a este hecho. Un consumo moderado de vino al día puede tener efectos favorables para la salud por la presencia de sustancias que actúan como antioxidantes, y disminuyen la coagulación.

Seguido de estas, estudiamos la frecuencia de realización de actividad física en los individuos. En el análisis previo de las variables vaticinamos que esta aportaría una influencia positiva sobre la percepción de buena salud en los individuos, y los resultados de nuestro estudio lo corroboran. La realización de ejercicio con frecuencia aporta la mayor influencia positiva en la percepción de la salud de los individuos. Esto se debe según autores como Alvarez-Pitti et al. (2020, p. 173.e1) a los efectos positivos que tiene este hábito sobre la prevención de enfermedades y la mejora de la salud de los individuos.

La siguiente variable que vamos a comentar es la obesidad, esta tiene una influencia negativa en la salud percibida de los individuos, esto se debe según Hernández-Cortés & Londoño Pérez (2013, p. 749) a los problemas que lleva asociados como son la inseguridad, baja autoestima, problemas derivados de malos hábitos alimenticios como colesterol y enfermedades cardiovasculares.

Por último cabe mencionar que una buena salud se relaciona con unos buenos hábitos alimenticios, y por este motivo hemos incluido la variable de consumo de fruta que aporta una probabilidad positiva a la percepción de buena salud ya que

ayuda a mantener una dieta equilibrada y según Moñino et al. (2016, p. 281) un buen consumo de fruta mejora la salud.

Posteriormente pasaremos a comentar los factores de servicio sanitario. Todas estas categorías por su definición se esperaba una influencia negativa en la salud percibida de los individuos.

Dentro de este grupo aparece en primer lugar la frecuencia con que los individuos acuden a consulta médica, el hecho de precisar estos servicios nos indica que el sujeto posee una necesidad y necesita control por parte de un profesional, por lo que es normal que su influencia sobre la salud percibida sea negativa de acuerdo con la explicación de Aguilar-Palacio et al. (2016, p. 238).

Los tres motivos por falta de asistencia representan probabilidades negativas de percibir la salud como buena, siendo lista de espera el que afecta con mayor impacto a la percepción de la salud. Y son autores como Barriga Martín et al. (2013, p. 11), Osorio Ochoa et al. (2011, p. 31) y Saucedo Avila et al. (1997, p. 16) los que justifican esta influencia negativa en la insatisfacción de sus necesidades que les provoca intranquilidad.

En cuanto al género, en ambos modelos (mujer versus hombre) se mantiene la significación de los factores considerados con algunas excepciones. En el caso de las mujeres no es significativo el hábito de fumar, el consumo de fruta y el tener empleo, en sentido contrario la variable hábitos de transporte sólo es significativa para las mujeres, hecho que argumentaremos a continuación. En el caso de los hombres el tramo de edad de 66 a 80 no es significativo sobre la probabilidad de reportar buena salud, así como el encontrarse desempleado, padecer obesidad y poseer estudios terciarios.

Esta segmentación en base al género de los individuos nos permite identificar las variables que influyen en mayor medida en hombres y mujeres y de esta forma conocer cómo está determinada su salud percibida según las características y factores que afectan al individuo.

Las mujeres, cuando están en el intervalo de edad entre 66 y 80 años perciben su salud de forma más negativa que los hombres de esta misma edad, con casi 5% de diferencia, esto se debe a que las mujeres perciben su edad como peor porque presentan mayor discapacidad, toman más medicación y están más influenciadas por la depresión, como explican Benyamini et al. (2003, p. 401).

Este mismo hecho se observa cuando los individuos se encuentran en desempleo, ya que las mujeres ven mucho más afectada su salud cuando se hallan en esta situación profesional, frente a la casi irrelevancia de esta situación en los hombres. Las mujeres como explican Merino-Llorente & Somarriba-Arechavala (2019, p. 3) son más propensas a perder su empleo debido a las peores condiciones de trabajo que tienen, ya que la mayoría de los empleos temporales los desarrollan estas. Además se encuentran más afectadas por esta situación ya que el acceso al mercado de trabajo es más complicado como hemos explicado anteriormente por el “techo de cristal” que explican las autoras Garcia-Prieto & Gómez-Costilla (2017, p. 10). Otro determinante que afecta el doble a las mujeres que a los hombres de forma negativa es la falta de asistencia por problemas de transporte posiblemente debido a que estas presentan un menor acceso a vehículos como explican Ker & Tranter (1997, p. 13). Pero también hay variables que afectan en mayor medida de forma negativa a los hombres, como el hábito de fumar. Este hecho lo explican Wan et al. (2007, p. 427) y se debe a que los hombres fuman más que las mujeres, y prefieren los cigarrillos que contienen mayor cantidad de alquitrán y nicotina, los cuales son más perjudiciales para la salud.

Otro hábito que diferencia la percepción de la salud en función del género es el consumo de alcohol, que en nuestro estudio como hemos visto previamente influye de forma positiva en la buena salud percibida de nuestros individuos, pero esta influencia es mayor en los hombres, esto se debe a que el consumo de alcohol en hombres adultos es superior que en mujeres, esta explicación la fundamentan Schulte et al. (2009, p. 542).

En último lugar en cuanto a las diferencias por sexo, se encuentra la mejor percepción de la salud en las mujeres, tanto con estudios secundarios, como terciarios con respecto a la categoría de referencia (estudios primarios o inferiores). Y en los hombres no existe casi diferencia entre tener estudios secundarios y terciarios con respecto a la categoría de referencia. El impacto positivo en las mujeres en comparación con los hombres es del doble en los estudios secundarios y del triple en los terciarios. Esta diferencia entre sexos es argumentada por Ross et al. (2012, p. 1160) ya que las mujeres tienen menos recursos socioeconómicos de otros tipos (autoridad, ganancias, bienestar).

Además las oportunidades de lograr un trabajo a tiempo completo son menores, por ello explicábamos anteriormente la mayor influencia negativa del desempleo.

Por último, vamos a hablar de las diferencias existentes entre las áreas rurales y urbanas que hemos considerado en el estudio en función de la zona en que vivan los individuos. De este análisis, hemos obtenido que las personas que habitan áreas rurales tienen mayores probabilidades de percibir su salud como buena que los que viven en áreas urbanas, este resultado lo fundamenta el Servicio de Promoción de la Salud (2002) en la tranquilidad presente en dichas áreas, las relaciones sociales y el menor nivel de contaminación existente.

En el caso de la muestra segmentada hay diferencias en la configuración del estado de salud percibida en la zona rural, el género, el tramo de edad de 66 a 80, las ocupaciones intermedias, el desempleo, el hábito de fumar, el padecimiento de obesidad y los problemas de transporte dejan de ser significativas, mientras que en la zona urbana a diferencia de la zona rural, ese conjunto de variables es significativo a excepción del desempleo, y se incluye trabajadores entre las variables no significativas de la zona urbana.

Cuando hablamos del género de los individuos, observamos que afecta el hecho de ser mujer afecta de forma negativa en ambos grupos poblacionales, por el mayor padecimiento de enfermedades que tienen estas. En las zonas urbanas, la influencia en la salud percibida es más negativa debido a desórdenes mentales derivados de estas zonas como son la ansiedad, depresión, fatiga... que explica Harpham (1994, p. 233), mientras que en las zonas rurales la mala valoración de la salud de las mujeres se debe al gran número de tareas que tiene que desarrollar la mujer sin reconocimiento de su labor y realizando grandes esfuerzos físicos, como explica Talens (1999, p. 13–16).

De un modo muy similar afecta la variable edad, aunque en el caso de la zona rural podríamos decir que casi no tiene efecto negativo el paso del rango de referencia (50-65 años) a la siguiente (66-80), mientras que en la zona urbana observamos la tendencia que venimos observando en los análisis previos, en los que el envejecimiento afecta de forma negativa a la edad, como explican Rojas Ocaña et al. (2006, p. 8) debido a la pérdida de energía y a la disminución de la independencia.

En el sentido contrario influye la categoría directivos, en la cual ambas zonas perciben su salud como buena, pero esta influencia es mayor en la zona rural, porque el hecho de desempeñar estudios superiores y alcanzar un puesto superior permite aprovechar las oportunidades del sector y dar lugar a nuevas actividades económicas que fomentarán la vida rural y de este modo la mejor percepción de la salud por parte del individuo (Millán Jiménez, 2002, pp. 4–5). La realización de ejercicio físico afecta también de forma positiva en ambas zonas, pero en mayor medida en la zona rural, y debemos destacar en esta el gran valor de su Odds ratio. La obtención de estos resultados se debe a que las personas que habitan en las zonas rurales realizan más actividad física que los de zonas rurales, y esto como ya hemos visto favorece la mejora de la salud percibida, esta fundamentación se basa en Sicras-Mainar et al. (2008, p. 264). Por último, hablaremos de los dispares resultados que hemos obtenido en la variable de acceso al sistema sanitario debido a problemas de transporte. En esta, los habitantes de las zonas rurales ven afectada su salud percibida de forma positiva, mientras que en el área urbana esta percepción es negativa, esto puede deberse a las grandes distancias existentes en las zonas urbanas para acceder a los servicios sanitarios como explican Olivet et al. (2008, p. 22). Otra posible razón es el mal uso que se hace de los servicios médicos ya comentado anteriormente y que tiene mayor peso en las zonas urbanas por la densidad de población existente.

Con esto podemos dar por concluido el análisis de los resultados de nuestro modelo logístico y proceder a desarrollar las conclusiones de este trabajo.

5. CONCLUSIONES

En este trabajo se ha realizado un estudio econométrico sobre los determinantes de la salud de los individuos para conocer las características que favorecen la buena percepción de la salud. Para ello hemos utilizado los datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud del año 2017 que es la versión más reciente de la que se tienen datos.

Los procedimientos estadísticos llevados a cabo se han obtenido con el programa Stata en su versión 14, que nos ha permitido realizar un análisis Logit sobre la salud percibida de los individuos en relación con determinantes sociodemográficos, factores de salud y del sistema sanitario que les afectan.

Con la selección de la muestra que hemos obtenido escogiendo a los individuos de 50 años o más hemos podido establecer las características que más influyen en la salud percibida de estos.

Los resultados muestran que ser mujer, tener más de 65 años, padecer enfermedades de tipo crónico y tomar medicamentos diariamente hacen que disminuya la probabilidad de tener buena salud.

Cuando se tiene mayor nivel de estudios, clase social más alta y se desempeña una actividad ocupacional, la posibilidad de percibir buena salud aumenta a medida que se asciende dentro de estos grupos con respecto a la categoría de referencia. Para poder alcanzar los niveles más elevados de estas variables, deben realizarse estudios superiores que permitan el acceso a los puestos que tal como hemos visto fomentan en mayor medida la buena salud. Estas desigualdades derivadas del nivel económico de los individuos deben evitarse fomentando el acceso a enseñanzas.

No podemos obviar la necesidad de un buen sistema sanitario, puesto que es clave para mantener la buena salud de la población. En nuestro análisis, las variables de falta de asistencia médica y de consulta han resultado negativas para la percepción de buena salud, por ello es necesario el impulso de inversiones y mejoras en el sistema sanitario para que la población pueda obtener mejor acceso y por tanto optar a una mejor salud.

Tener un estilo de vida saludable (no fumar, practicar deporte, comer sano y tomar pequeñas cantidades de alcohol) favorecen la percepción de la salud como buena. Estos hábitos implican un beneficio en sí mismos, al mismo tiempo

que evitan padecer obesidad, que como hemos visto anteriormente es uno de los principales problemas que afectan a la sociedad actual. Para lograr adquirir hábitos de vida saludables relacionados con la realización de ejercicio físico en el tiempo libre es necesario promover este tipo de conductas a través de actividades deportivas fomentadas desde organismos públicos y a las que tengan acceso todos los miembros de la población sin restricción económica.

En cuanto al consumo de sustancias perjudiciales para la salud como es el tabaco, y teniendo como precedente el éxito que ha supuesto la prohibición de fumar en locales cerrados tanto de uso público como privado, que estén abiertos a cualquier persona, eliminando así un gran número de fumadores pasivos; es recomendable promover campañas de concienciación social para reducir el consumo de tabaco y así mejorar la salud puesto que es uno de los determinantes que mayor impacto negativo tiene en la percepción de esta.

Algo similar ocurre atendiendo al género, la presencia de gaps en la salud autopercibida de las mujeres con menor probabilidad de manifestar una buena salud debería ser tenida en cuenta para el diseño de programas de acción en materia sanitaria, así como de las diferencias apreciadas en la significación de ciertos factores que deberían conducir al diseño de acciones, tales como programas de apoyo a la conciliación de la vida familiar. Estas medidas deben ofrecerse para conciliar tanto los estudios superiores como el trabajo, puesto que como hemos visto anteriormente los estudios y el poseer un empleo son fundamentales para percibir una buena salud y afectan de forma positiva a las mujeres, pero las cargas familiares que suelen tener impiden su desarrollo profesional en muchos casos.

También, el hecho de vivir en zonas rurales hemos obtenido que favorece la buena percepción de la salud por la calidad de vida que se disfruta en ellas, además de constatar que en el entorno rural la salud autopercibida no se explica con los mismos factores que en la zona urbana, ello hace que se deban aplicar políticas diferenciadas en función del tamaño de la población en donde se reside. Y derivado de la buena salud que se percibe en las zonas rurales, debemos fomentar la vida en estas mejorando las infraestructuras de fomento, así como los servicios culturales, educativos y sanitarios que son importantes para lograr una buena salud percibida como hemos visto en este trabajo.

Como punto final debemos concienciarnos de la influencia que ejercen todos y cada uno de estos factores en la salud de los individuos.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., & Rabanaque, M. J. (2014). "Salud percibida y nivel educativo en España: tendencias por comunidades autónomas y sexo (2001-2012)." *Gaceta Sanitaria*, 29(1), 37–43.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.07.004>
- Aguilar-Palacio, I., Carrera-Lasfuentes, P., Solsona, S., Sartolo, M. T., & Rabanaque, M. J. (2016). "Utilización de servicios sanitarios en ancianos (España 2006-2012): influencia del nivel de salud y de la clase social." *Atencion Primaria*, 48(4), 235–243. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.01.016>
- Aguilar-Palacio, I., Gil-Lacruz, M., & Gil-Lacruz, A. I. (2013). "Salud, deporte y vulnerabilidad socioeconómica en una comunidad urbana." *Atencion Primaria*, 45(2), 107–114.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656712004131?token=70D281E7B8C10932CF57157A8BCD400FA626C109E1A92538A77274F8AE3F8D46E66C93C6EB9B3F6923FFBCD3A81ADDE0>
- Allan A., N., Wachholtz M, D., & Valdés R, A. (2005). "Cambios en la ocupación de los adultos mayores recientemente jubilados." *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 1–13.
<https://auroradechile.uchile.cl/index.php/RTO/article/view/103/86>
- Alonso Cabrera, G., F Gómez, L., & Mateus, L. C. (2004). "Actividad física y etapas de cambio comportamental en Bogotá." *Colombia Médica*, 35(2), 82–86.
https://www.researchgate.net/publication/43561497_Actividad_física_y_etapas_de_cambio_comportamental_en_Bogota
- Alvarez-Pitti, J., Casajús Mallén, J. A., Leis Trabazo, R., Lucía, A., López de Lara, D., Moreno Aznar, L. A., & Rodríguez Martínez, G. (2020). "Exercise as medicine in chronic diseases during childhood and adolescence." *Anales de Pediatría*, 92(3), 173.e1-173.e8. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.01.010>
- Artazcoz, L., Moya, C., Vanalocha, H., & Pont, P. (2004). "La salud de las personas adultas." *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 56–68.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400011
- Atchley, R. C. (1977). "The leisure of the elderly." *The Humanist*, 37(5), 14–19.
- Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J. R., Abanades Herranz, J. C., García Marín, N., & Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). "Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años." *Revista Española de Salud Pública*, 683–699.
- Barajas Gutiérrez, M. A., & Martín, E. R. (1998). "Calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria." In *Rev Esp Salud Pública* (Vol. 72).
- Barriga Martín, L. A., Brezmes Nieto, M. J., García Herrero, G. A., & Ramírez Navarro, J. M. (2013). "Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia."
- Barroso, C., Abásolo, I., & Cáceres, J. J. (2015). "Análisis del efecto de factores socioeconómicos en el estado de salud autopercebido por la población española."
- Bass, S. A., Caro, F. G., & Chen, Y.-P. (1993). "Achieving a productive aging society."
- Becerra, S. (2016). "Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima." *Revista de Psicología (Peru)*, 34(2), 239–260.

- <https://doi.org/10.18800/psico.201602.001>
- Bedregal G, P., Quezada V, M., Torres H, M., Scharager G, J., & García O, J. (2002). "Necesidades de salud desde la perspectiva de los usuarios." *Revista Medica de Chile*, 130(11), 1287–1294. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872002001100013>
- Bello Gómez, S., Feal Rodríguez, P., Fernández Lamas, A., Pilleiro Pillado, G., & Romeu Ces, T. (2010). "Ocupación y salud" (Vol. 7). <http://www.revistatog.com/suple/num6/gallegas.pdf>
- Benyamini, Y., Blumstein, T., Lusky, A., & Modan, B. (2003). "Gender Differences in the Self-Rated Health-Mortality Association: Is It Poor Self-Rated Health That Predicts Mortality or Excellent Self-Rated Health That Predicts Survival?" (Vol. 43, Issue 3). <https://academic.oup.com/gerontologist/article/43/3/396/901187>
- Beyer, H. B., & Beyer, H. (1999). "Educación y desigualdad de ingresos: una nueva mirada."
- Blázquez Abellán, G., López-Torres Hidalgo, J. D., Rabanales Sotos, J., López-Torres López, J., & Val Jiménez, C. L. (2016). "Alimentación saludable y autopercepción de salud." *Atencion Primaria*, 48(8), 535–542. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.12.001>
- Borrell, C., & Benach, J. (2006). "La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña." *Gaceta Sanitaria*, 20(5), 396–406. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112006000500010&script=sci_arttext&tlng=en
- Borrell, C., García-Calvente, M. del M., & Martí-Boscà, J. V. (2004). *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social*. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400002
- Borrell, C., Malmusi, D., Artazcoz, L., Diez, E., Rodríguez-Sanz, I. P. y. M., Campos, P., Merino, B., Ramírez, R., Benach, J., Escolar, A., Esnaola, S., Gandarillas, A., Gómez, A., La Parra, D., Peiró, R., Segura, J., & Solanillas, J. R. (2012). "Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España." *Gaceta Sanitaria*, 26(2), 182–189. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>
- Butler, R. (2000). "Productive aging: live longer, work longer."
- Caballero González, D. E., Meralys, L., Gelis, M., Efigenia, M., & Cruz, S. (2012). "Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos."
- Cantarero-Prieto, D., Pascual-Sáez, M., & Blázquez-Fernández, C. (2018). "What is happening with quality of life among the oldest people in southern european countries? An empirical approach based on the SHARE data." *Social Indicators Research*, 140(3), 1195–1209. <https://doi.org/10.1007/s11205-017-1828-5>
- Carrera-Lasfuentes, P., Aguilar-Palacio, I., Clemente Roldán, E., Malo Fumanal, S., & Rabanaque Hernandez, M. J. (2013). "Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo." *Atencion Primaria*, 45(10), 528–535. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.05.006>
- Castillo, I., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2007). "Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género" (Vol. 16, Issue 2).
- Cockerham, W. C. (1981). "Medical sociology." In *International Review of Modern Sociology* (Vol. 11).
- Coma, A., Martí, M., & Fernández, E. (2003). "Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud." *Atención*

- Primaria*, 32(4), 208–215. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(03\)79254-3](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(03)79254-3)
- Cumming, E., & Henry, W. (1991). “Growing old: The process of disengagement.” *Ageing and Society*, 11(2), 217–220. <https://doi.org/10.1017/s0144686x00004025>
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1993). “Estrategias europeas para la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población.”
- Damian, J., Ruigomez, A., Pastor, V., & Martin-Moreno, J. M. (1999). “Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home.” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(7), 412–416. <https://doi.org/10.1136/jech.53.7.412>
- De La Cruz Sánchez, E., & Pino Ortega, J. (2019). “Estilo de vida relacionado con la salud.”
- Del Pozo Iribarría, J. A., Ruiz, M. A., Pardo, A., Martín, R. S., & Antonio Del Pozo Iribarría, J. (2002). “Efectos de la duración del desempleo entre los desempleados.” In *Psicothema* (Vol. 14, Issue 2).
- Desesquelles, A. F., Egidi, V., & Salvatore, M. A. (2009). “Why do Italian people rate their health worse than French people do? An exploration of cross-country differentials of self-rated health.” *Social Science and Medicine*, 68(6), 1124–1128. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.12.037>
- Dixon, J. B. (2010). “The effect of obesity on health outcomes.” In *Molecular and Cellular Endocrinology* (Vol. 316, Issue 2, pp. 104–108). *Mol Cell Endocrinol.* <https://doi.org/10.1016/j.mce.2009.07.008>
- Domingo-Salvany, A., Bacigalupe, A., Carrasco, J. M., Espelt, A., Ferrando, J., & Borrell, C. (2013). “Propuestas de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011.” *Gaceta Sanitaria*, 27(3), 263–272. <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv27n3/especial1.pdf>
- Dubos, R. J. (1995). “*Man Adpting*.” Springer Berlin.
- Ellulu, M. S. (2017). “Obesity, cardiovascular disease, and role of vitamin C on inflammation: a review of facts and underlying mechanisms.” *Inflammopharmacology*, 25(3), 313–328. <https://doi.org/10.1007/s10787-017-0314-7>
- Fernández-Abascal Teira, H. (2020). “*Apuntes de Econometría MAEF*.”
- Fernández-Ballesteros, R., Molina, M.-A., Schettini, R., & Santacreu, M. (2013). “The Semantic Network of Aging Well.” *Springer Publishing Company*, 79–107. <https://doi.org/10.1891/0198-8794.33.79>
- Fernández-Mayoralas, G., Schettini, R., Sánchez-Román, M., Rojo-Perez, F., Agulló, M. S., & Forjaz, M. J. (2018). “The role of gender in ageing well a systematic review from a scientific approach.” *Prisma Social*, 21, 149–176.
- Fernández, S. C., Ajuria, A. F., Del Amo González, M. D. P. L., & Martín, J. J. M. (2017). “Diferencias por sexo de la salud percibida antes y durante la crisis económica (2007 y 2011).” *Revista Espanola de Salud Publica*, 91, 1–12.
- Fuentes Trigo, P. (2010). “*El problema del sedentarismo en la sociedad actual*.” *Revista Digital*. <https://www.efdeportes.com/efd141/el-sedentarismo-en-la-sociedad-actual.htm>
- García-Calvente, M. del M., Mate-Rodríguez, I., & Eguirguren, A. P. (2004). “*El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad*.”
- García-Laguna, D. G., García-salamanca, G. P., Tapiero-paipa, Y. T., & C, D. M. R. (2012). “*Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios*.” 2, 182–198.
- García-Prieto, C., & Gómez-Costilla, P. (2017). “Gender wage gap and education: a

- stochastic frontier approach.” *International Journal of Manpower*, 38(3), 504–516.
<https://doi.org/10.1108/IJM-11-2015-0186>
- García, A. M. (2010). “Mercado laboral y salud. Informe SESPAS 2010.” In *Gaceta Sanitaria* (Vol. 24, Issue SUPPL. 1, pp. 62–67). Elsevier Doyma.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.07.002>
- Garciga Ortega, D. O., Surí Torres, C., & Rodríguez Jorge, R. (2015). “Consumption of legal drugs and lifestyle in medical students.” In *Revista Cubana de Salud Pública* (Vol. 41, Issue 1). <http://scielo.sld.cu>
- Girón Daviña, P. (2010). “*Los determinantes de la salud percibida en España*” [Universidad Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/11024/1/T32155.pdf>
- Global Forum for Health Research, & World Health Organization. (2004). “*The 10/90 (ten ninety) report on health research 2003-2004.*”
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44386>
- González de Gago, J. (2010). “Teorías de envejecimiento.” *Tribuna Del Investigados*, 11(1–2), 42–66. <http://europepmc.org/article/AGR/IND87098312>
- González González, C., & Wong, R. (2014). “Impacto de la salud: análisis longitudinal del empleo en edad media y avanzada en México.” *Papeles de Población*, 20(81), 89–120. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252014000300005
- Gonzalo, E., & Pasarín, M. I. (2004). “La salud de las personas mayores.” *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl.1), 69–80. <https://doi.org/10.1157/13062253>
- Greene, W. H. (1999). “*Econometric Analysis.*”
- Grønbaek, M. (2009). “The positive and negative health effects of alcohol-and the public health implications.” *Journal of International Medicine*, 265, 407–420.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2009.02082.x>
- Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. (2000). “Una propuesta de medida de la clase social.” *Atención Primaria*, 25(5), 350–361.
<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656700785180>
- Guil Bozal, A. (2008). “Mujeres y ciencia:techos de cristal.” *Eccos Revista Científica*, 10(1), 213–232.
- Harpham, T. (1994). “Urbanization and mental health in developing countries: A research role for social scientists, public health professionals and social psychiatrists.” In *Sm. Sci. Med* (Vol. 39, Issue 2).
- Havighurst, R. J. (1961). “Successful Aging.” *The Gerontologist*, 1(1), 8–13.
<https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/1/1/8/551930?redirectedFrom=fulltext>
- Hernández-Cortés, L. M., & Londoño Pérez, C. (2013). “Imagen corporal, IMC, afrontamiento, depresión y riesgo de TCA en jóvenes universitarios.” *Anales de Psicología*, 29(3), 748–761. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.175711>
- IMSERSO. (2019). “Información estadística del sistema para la autonomía Y atención a la dependencia.” *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*, 3–9.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). “*Esperanza de vida.*”
https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
- Jiménez-Martín, S. (2016). “*Estudios sobre la Economía Española-2016/06 Consumo de medicamentos y copago farmacéutico.*”
- Jürges, H. (2007). “True health vs response styles: Exploring cross-country differences in self-reported health.” *Health Economics*, 16(2), 163–178.
<https://doi.org/10.1002/hec.1134>
- Katz, P. P., & Yelin, E. H. (2001). “Activity loss and the onset of depressive symptoms:

- Do some activities matter more than others?" *Arthritis & Rheumatism*, 44(5), 1194–1202. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200105\)44:5<1194::AID-ANR203>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200105)44:5<1194::AID-ANR203>3.0.CO;2-6)
- Ker, I., & Tranter, P. (1997). "A wish called Wander: reclaiming automobility from the motor car." *World Transport Policy and Practice*, 3, 11–16.
- Laframboise, H. L. (1973). "Health policy: breaking the problem down in more manageable segments." *Canadian Medical Association Journal*, 108, 388–393. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1941185/pdf/canmedaj01661-0123.pdf>
- Lanas, F., & Serón, P. (2012). "Rol del tabaquismo en el riesgo cardiovascular global." *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(6), 699–705. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70371-1](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70371-1)
- Lindeboom, M., & Kerkhofs, M. (2002). "Health and work of the wlderly subjective health measures, reporting errors and the endogenous relationship between health and work." www.iza.org
- Lobera, J., Cristina, S., & Sainz, G. (2014). "Identidad, significado y medición de las amas de casa." 16(1), 213–226. <https://doi.org/10.5565/rev/qpsicologia.1193>
- López-Torres Hidalgo, J., Navarro Bravo, B., Párraga Martínez, I., Andrés Pretel, F., Rabanales Sotos, J., & Simarro Herraéz, M. J. (2013). "El estado de salud de las personas mayores que sufren insomnio." *Gaceta Sanitaria*, 27(1), 47–52. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911112000611?token=16A2147D004F08E72D20D95FAEEA62DE28EAD154F2E73994A12931C449FD0A793F73CF1F641D77CE543D59014D4D6F1B>
- López Giménez, M. R., Montero López, M. P., Mora Urda, A. I., & Romero Collazos, J. F. (2014). "Hábitos de alimentación, salud y género en personas mayores." *European Journal of Investigation in Health*, 4(1), 31–40. <https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/62/49>
- Lorenzo, T., Millán-Calenti, J. C., Lorenzo-López, L., Sánchez, A., & Maseda, A. (2013). "Predictores de mala salud autopercebida en una población de personas mayores." *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 48(6), 272–275. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.04.002>
- Lostao, L., Regidor, E., Calle, M. E., Navarro, P., & Domínguez, V. (2001). "Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en españa entre 1987 y 1995/97." *Revista Espanola de Salud Publica*, 75(2), 115–128. <https://doi.org/10.1590/S1135-57272001000200004>
- Luperon, J. M., & López, G. (2014). "Los niveles de obesidad y sedentarismo en la población estudiantil de la facultad de ciencias, jurídicas, sociales y de la educación de la Universidad Técnica de Babahoyo." *Revista Digital*. https://www.researchgate.net/publication/311627141_Los_niveles_de_obesidad_y_sedentarismo_en_la_poblacion_estudiantil_de_la_facultad_de_ciencias_juridicas_sociales_y_de_la_educacion_de_la_Universidad_Tecnica_de_Babahoyo
- Manor, O., Matthews, S., & Power, C. (2000). "Dichotomous or categorical response? Analysing self-rated health and lifetime social class." *International Journal of Epidemiology*, 29(1), 149–157. <https://doi.org/10.1093/ije/29.1.149>
- Martín, U., Domínguez-Rodríguez, A., & Bacigalupe, A. (2019). "Desigualdades sociales en salud en población mayor: una aportación desde la salud pública al debate sobre el retraso de la edad de jubilación en España." *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 82–84. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.10.010>
- Martínez, E. L., & Saldarriaga, L. R. (2011). "Hábito de fumar y estilo de vida en una población urbana." In *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* (Vol. 29, Issue 2).

- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León Díaz, E. M., Marín, C., & Alfonso, J. C. (2005). “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe.” *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 17(5–6), 353–361. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000500007>
- Merino-Llorente, M. C., & Somarriba-Arechavala, N. (2019). “European part-time workers’ health and well-being in times of crisis. The case of female part-timers.” *Hacienda Pública Española/ Review of Public Economics*, 38.
- Millán-León, B. (2010). “Factores asociados a la participación laboral de los adultos mayores mexiquenses.” *Papeles de Población*, 64, 93–121. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-74252010000200005&script=sci_arttext
- Millán Jiménez, M. A. (2002). “*Las mujeres en la agricultura y la ganadería.*” https://www.nodo50.org/mujeresred/rural_pdf/upa.pdf
- Miranda Camarero, M. V. (2014). “Revisión y reflexión sobre la sanidad pública española.” In *Enfermería Nefrológica* (Vol. 17, Issue 2, pp. 445–447). Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. <https://doi.org/10.4321/s2254-28842014000200001>
- Moñino, M., Rodrigues, E., Tapia, M. S., Domper, A., Vio, F., Curis, A., París, F., Martínez, N., Sénior, A., Galeano, H., Gamboa, C., Alvarado, P. E., Estradas, J. J., Rey, J., Barnat, S., Ferreira, D., Carballo, S., Di Sogra, L., Dudley, P., ... Jensen, M. (2016). “Evaluation of activities promoting fruits and vegetables consumption in 8 countries members of the Global Alliance for Promoting Fruit and Vegetable Consumption “5 a day” - AIAM5. *Revista Espanola de Nutricion Humana y Dietetica*, 20(4), 281–297. <https://doi.org/10.14306/renhyd.20.4.242>
- Moral, P. A. P., Gascón, M. L. G., & Abad, M. L. (2014). “The social determinants of health: Inequalities and exclusion in XXIst century societies.” *Revista Internacional de Sociologia*, 72(EXTRA 1), 71–91. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
- Morcillo Cebolla, V., de Lorenzo-Cáceres Ascanio, A., Domínguez Ruiz de León, P., Rodríguez Barrientos, R., & Torijano Castillo, M. J. (2014). “Desigualdades en la salud autopercibida de la población española mayor de 65 años.” In *Gaceta Sanitaria* (Vol. 28, Issue 6, pp. 511–521). Ediciones Doyma, S.L. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.05.008>
- Murillo, S. (1996). “*El mito de la vida privada : de la entrega al tiempo propio.*” Siglo XXI de España.
- Observatorio de Salud y Medio Ambiente de Andalucía. (2006). “*Urbanismo, Medio ambiente y Salud.*”
- Olivet, M., Aloy, J., Prat, E., & Pons, X. (2008). “Oferta de servicios de salud y accesibilidad geográfica.” In *Medicina clínica* (Vol. 131). [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(08\)76470-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(08)76470-4)
- Organización Mundial de la Salud. (1948). “*Official Records of the World Health Organization.*” https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85573/Official_record2_eng.pdf;jsessionid=2AD4B13DFADCB1F93C45A4BC59350CE7?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (1985). “*Informe del director regional para Europa sobre los acontecimientos regionales de importancia.*”
- Organización Mundial de la Salud. (2015a). “*Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.*” www.who.int
- Organización Mundial de la Salud. (2015b). “OMS | Carga mundial de morbilidad.”

- WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). “OMS | Mortalidad.” WHO.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). “*Términos principales: envejecimiento saludable.*” <https://www.who.int/ageing/sdgs/en/>.
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). “*Indicadores de salud: Aspectos conceptuales y operativos (Sección 2).*” https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-2&Itemid=0&showall=1&lang=es
- Osorio Ochoa, D. P., Serna Serna, K., & Vélez Palomino, G. C. (2011). “*Inasistencia del paciente con insuficiencia renal crónica a su tratamiento de hemodiálisis en la unidad renal de Fresenius Medical Care.*”
- Palència, L., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., B. Rocha, K., Isabel Pasarín, M., & Borrell, C. (2013). “Trends in social class inequalities in the use of health care services within the Spanish National Health System, 1993-2006.” *European Journal of Health Economics*, 14(2), 211–219. <https://doi.org/10.1007/s10198-011-0362-7>
- Paredes Díaz, R., Orraca Castillo, O., Marimón Torres, E. R., Casanova Moreno, M. C., & Véliz Martínez, D. M. (2015). “Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña.” *Revista de Ciencia Médicas*, 19(1), 46–55. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-31942015000100008&script=sci_arttext&tlng=en
- Peiró, S., An Librero, J., Ridao, M., & Bernal-Delgado B Y Grupo, E. (2010). “Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud.” *GACETA Sanitaria*, 24, 6–12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.06.008>
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., Mercader, I., Soler Flores, F. J., Barragán, A., Calzadilla, Y., & Gázquez, J. J. (2015). “Salud percibida y salud real: prevalencia en las personas mayores de 60 años.” *Enfermería Universitaria*, 12(2), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.03.002>
- Pérez Díaz, J. (2010). “*El envejecimiento de la población española.*”
- Pérez Porto, J., & Merino, M. (2017). “*Definición zona rural.*” <https://definicion.de/zona-rural/>
- Pilar, M., López, S., Evelia, M., García, A., & Dresch, V. (2006). “Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres.” In *Psicothema* (Vol. 18). www.psycothema.com
- Pinillos-Franco, S., & Somarriba-Arechavala, N. (2019). “A proposal for a synthetic health indicator in the European Union: an analysis of gender health inequalities.” *Applied Research in Quality of Life*, 14(4), 1019–1033. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9637-9>
- Prentice, A. M. (2001). “Fires of life: the struggles of an ancient metabolism in a modern world.” *Nutrition Bulletin*, 26(1), 13–27. <https://doi.org/10.1046/j.1467-3010.2001.00100.x>
- Ramos Veiguela, D., Ávila Álvarez, A., Arriaza Loureda, R., Vizcaíno Cela, M., & De Rosende Celeiro, I. (2018). “Explorando las actividades diarias y la participación social: un estudio en personas con una condición de salud del aparato locomotor.” *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 26(3), 513–526. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1661>
- Real Academia Española. (2020). “*mortalidad* | *Definición* | *Diccionario de la lengua española* | *RAE* ”. <https://dle.rae.es/mortalidad>

- Regidor, E., David Martínez, /, Astasio, P., Ortega, P., María, /, Calle, E., & Domínguez, V. (2006). “Asociación de los ingresos económicos con la utilización y la accesibilidad de los servicios sanitarios en España al inicio del siglo XXI.” *Gaceta Sanitaria*, 20(5), 352–359. <https://doi.org/10.1590/S0213-91112006000500003>
- Rivera, B., Casal, B., & Currais, L. (2013). “Healthy Immigrant Effect: Trayectoria de salud de la población inmigrante a partir de la ENSE 2011-2012.” *Estudios de Economía Aplicada*, 31(2), 339–357. www.revista-eea.net,
- Rodríguez Ávila, N. (2018). “Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad.” *Horizonte Sanitario*, 17(2), 87–88. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592018000200087
- Rodríguez, D. (2001). “Trabajo femenino, ¿salario para el trabajo doméstico?” *Colectivo Atabal*. <http://www.scielo.org.mx/scieloOrg/php/reflinks.php?refpid=S0188-7742200700020000800005&pid=S0188-77422007000200008&lng=en>
- Rojas Ocaña, M. J., Toronjo Gómez, A., Rodríguez Ponce, C., & Rodríguez Rodríguez, J. B. (2006). “Autonomía y estado de salud percibido en ancianos institucionalizados.” In *GEROKOMOS* (Vol. 17, Issue 1).
- Roqué I Figuls, M., Salvà, A., Bolívar, I., & Rivero, T. (2012). “Tendencias en salud percibida y dependencia de la población mayor española: evolución entre los años 1993 y 2006.” *Medicina Clínica*, 139(7), 284–289. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.06.021>
- Ross, C. E., Masters, R. K., & Hummer, R. A. (2012). “Education and the Gender Gaps in Health and Mortality.” *Demography*, 49(4), 1157–1183. <https://doi.org/10.1007/s13524-012-0130-z>
- Salas Cabrera, J. (2015). “*Estilos De Vida Saludables : Un Derecho Fundamental En La Vida.*” 26(2), 37–51.
- Sampedro Díaz de Greñú, B. (2016). “*Determinantes de la salud: una perspectiva de género.*” <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/21685/TFG-E-252.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sánchez-López, M. del P. (2013). “*La salud desde la perspectiva de género.*” <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4071.6243>
- Sanchez-Santos, M. T., Zunzunegui, M. V., Otero-Puime, A., Cañas, R., & Casado-Collado, A. J. (2011). “Self-rated health and mortality risk in relation to gender and education: A time-dependent covariate analysis.” *European Journal of Ageing*, 8(4), 281–289. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0198-0>
- Sánchez, I., Moreno, C., Rivera, F., & Ramos, P. (2015). “Tendencias en el consumo de alcohol en los adolescentes escolarizados españoles a lo largo de la primera década del siglo xxi.” *Gac Sanit*, 29(3), 184–189. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.01.004>
- Santillana, A. (1964). “Criterios De Clasificación De La Población En Rural Y Urbana.” *Rev. de Economía Política*, (36), 71–83. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2497079>
- Sarabia Cobo, C. M. (2009). “Envejecimiento exitoso y calidad de vida: Su papel en las teorías del envejecimiento.” *Gerokomos*, 20(4), 172–174. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005
- Saucedo Avila, M. E., Cortés Rosales, M. E., Salinas García, F., & Berlanga Cisneros, C. (1997). “*Frecuencia y causas de deserción de los pacientes que asisten a*

- consulta subsecuente de la División de Servicios Clínicos del Instituto Mexicano de Psiquiatría.*”
http://www.anomaliascongenitas.org/app/webroot/blog/?page_id=9
- Schulte, M. T., Ramo, D., & Brown, S. A. (2009). “Gender differences in factors influencing alcohol use and drinking progression among adolescents.” *Clinical Psychology Review*, 29(6), 535–547. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.003>
- Selivanova, A., & Cramm, J. M. (2014). “The relationship between healthy behaviors and health outcomes among older adults in Russia.” *BMC Public Health*, 14(1), 1183–1196. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1183>
- Servicio de Promoción de la Salud. (2002). *“La Promoción de la Salud en el Medio Rural: Necesidades y Demandas Expresadas por las Mujeres.”*
www.madrid.org/sanidad
- Sicras-Mainar, A., Peláez De Loño, J., Castellá-Rosales, A., & Rodríguez-Darriba, M. (2008). “Influencia de los factores sociodemográficos en la actividad física habitual de la tercera edad: un estudio piloto.” *Atención Primaria*, 40(5), 264–265. <https://doi.org/10.1157/13120022>
- Sigerist, H. E. (1941). “*Medicine And Human Welfare.*” 695.
<https://doi.org/10.1136/bmj.2.4219.695-a>
- Smith, K. B., Humphreys, J. S., & Wilson, M. G. A. (2008). “Addressing the health disadvantage of rural populations: How does epidemiological evidence inform rural health policies and research?” *Australian Journal of Rural Health*, 16(2), 56–66. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2008.00953.x>
- Södergren, M., Mcnaughton, S. A., Salmon, J., Ball, K., & Crawford, D. A. (2012). “*Associations between fruit and vegetable intake, leisure-time physical activity, sitting time and self-rated health among older adults: cross-sectional data from the WELL study.*” <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-551>
- Solar, O., & Irwin, A. (2007). “*A conceptual framework for action on the social determinants of health.*”
https://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Solé-Auró, A., Martín, U., & Rodríguez, A. D. (2020). “Educational inequalities in life and healthy life expectancies among the 50-plus in Spain.” *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(10).
<https://doi.org/10.3390/ijerph17103558>
- Soria Trujano, R., & Mayen Aguilar, A. A. (2017). “Depresión y hábitos de salud en mujeres empleadas domésticas y amas de casa.” *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 95–114.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art7.pdf>
- Spijker, J., & Gumà, J. (2018). El efecto de la crisis económica sobre la salud en España según el nivel educativo y la relación con la actividad: ¿importa también la duración de la crisis? *Salud Colectiva*, 14(4), 655–670.
<https://doi.org/10.18294/sc.2018.1297>
- Talens, C. (1999). “*El colectivo invisible.*”
- Thielke, S., & Diehr, P. (2012). “Transitions among Health States Using 12 Measures of Successful Aging in Men and Women: Results from the Cardiovascular Health Study.” *Journal of Aging Research*, 1–9.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3485538/>
- Townsend, E. (1997). “Occupation: Potential for personal and social transformation.” *Journal of Occupational Science*, 4(1), 18–26.

- <https://doi.org/10.1080/14427591.1997.9686417>
- Urbanos-Garrido, R. M. (1995). "Análisis de las desigualdades sociales: una guía para la intervención pública." *International Journal*.
- Urbanos-Garrido, R. M., & González López-Valcárcel, B. (2013). "Desempleo y salud: Un análisis de la repercusión de la crisis económica sobre la salud de los españoles." *Estudios de Economía Aplicada*, 31(2), 303–326. www.revista-eea.net,
- van Oyen, H., Cox, B., Jagger, C., Cambois, E., Nusselder, W., Gilles, C., & Robine, J. M. (2010). "Gender gaps in life expectancy and expected years with activity limitations at age 50 in the European Union: Associations with macro-level structural indicators." *European Journal of Ageing*, 7(4), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s10433-010-0172-2>
- Velasco, M. S. (2004). "Rendimientos privados de las inversiones en educación superior a partir de ecuaciones de ingresos" (Issue 2).
- Vélez Galárraga, R., López Aguilà, S., & Rajmil, L. (2009). "Género y salud percibida en la infancia y la adolescencia en España." *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 433–439. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.01.014>
- Vicente Pardo, J. M. (2014). "La valoración de la profesión, del trabajo, de la ocupación, y de las tareas en el procedimiento de valoración de la capacidad laboral en materia de seguridad social." In *Medicina y Seguridad del Trabajo* (Vol. 60, Issue 237).
- Vierci, G., Pederzani, C., Cabrera, G., Duarte, N., & Ferro, E. (2013). "Frecuencia de hábitos alimentarios vinculados al riesgo de desarrollar cáncer en funcionarios públicos de Asunción." *Memorias Del Instituto de Investigaciones En Ciencias de La Salud*, 11(2), 55–64.
- Wan, L., Friedman, B. H., Boutros, N. N., & Crawford, H. J. (2007). "Smoking status affects men and women differently on schizotypal traits and cognitive failures." *Personality and Individual Differences*, 44, 425–435. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.09.002>
- Wilcock, A. (1993). "A theory of the human need for occupation." *Journal of Occupational Science*, 1(1), 17–24. <https://doi.org/10.1080/14427591.1993.9686375>