

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA, FISIOTERAPIA
Y PODOLOGÍA**

Departamento de Enfermería



**LOS DETERMINANTES DE LA SALUD
PERCIBIDA EN ESPAÑA.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

Pedro Girón Daviña

Bajo la dirección del doctor

José Luis Pacheco del Cerro

Madrid, 2010

ISBN: 978-84-693-7633-1

© Pedro Girón Daviña, 2010

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA,
FISIOTERAPIA Y PODOLOGÍA**

Departamento de Enfermería



**LOS DETERMINANTES DE LA SALUD
PERCIBIDA EN ESPAÑA**

Tesis Doctoral

Doctorando: Pedro Girón Daviña
Director: Dr.D. José Luis Pacheco Del Cerro

Madrid, 2009

Agradecimientos

Quiero expresar toda mi gratitud al director de esta tesis, José Luis Pacheco del Cerro. He recibido todo su apoyo desde nuestras primeras conversaciones hasta el día de hoy y ha realizado un seguimiento profundo y constructivo de esta investigación.

A Teresa Pérez y Carmen Nieto, compañeras de trabajo y fatiga en el campo de la Bioestadística, con las que he desarrollado mi interés investigador y que me han incentivado a realizar esta tesis doctoral.

A mis amigas M^a José Alcón, Julia Amador y M^a Jesús López en las que siempre encontré palabras de animo y confianza.

Sin embargo detrás de las personas están instituciones que han colaborado en mi formación y en mi tarea investigadora. Por ello quiero mostrar mi agradecimiento a la Escuela Universitaria de Enfermería, Fisioterapia y Podología y al Departamento de Estadística e Investigación Operativa III que me han permitido cursar el Postgrado de Investigación y Cuidados y convivir con un equipo de profesores con los que me he formado como investigador y docente.

Asimismo, no quisiera olvidarme del Instituto Nacional de Estadística y el Ministerio de Sanidad y Consumo que siempre han mostrado una actitud receptiva a las cuestiones planteadas con la Encuesta Nacional de Salud de 2006.

Por último, quiere dedicarle a mi compañera y a mis hijos, Cecilia y Ramón, el fruto de esta investigación, ya que han estado alentándome desde el primer día.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. CONCEPTO, MEDIDA Y MODELOS DE SALUD	9
1.1 INTRODUCCIÓN	9
1.2 REVISIÓN DE LOS CONCEPTOS DE SALUD.....	10
1.3 DETERMINANTES DE LA SALUD.....	15
1.4 INDICADORES DE SALUD.....	23
1.5 LA SALUD PERCIBIDA	28
CAPÍTULO 2. LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD	31
2.1 INTRODUCCIÓN	31
2.2 LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA.....	31
2.3 LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE 2006 (ENS-2006)	34
2.3.1 Objetivo General y Específicos	34
2.3.2 Ámbito de la encuesta.....	35
2.3.3 Diseño muestral de la encuesta.....	35
2.3.4 Cuestionarios de la encuesta y recogida de información.....	37
CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	39
3.1 INTRODUCCIÓN	39
3.2 HIPÓTESIS Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	39
3.3 ANTECEDENTES DE LA SALUD PERCIBIDA	40
CAPÍTULO 4. MODELOS Y METODOLOGÍA ESTADÍSTICA	51
4.1 INTRODUCCIÓN	51
4.2 LA MUESTRA Y SU DISEÑO.....	52
4.3 MODELO ESTADÍSTICO	53
4.3.1 El modelo logístico binario	56
4.3.2 El modelo logístico de respuesta ordenada.....	58
4.4 METODOLOGÍA ESTADÍSTICA	62
4.5 LAS VARIABLES A ESTUDIO	64
CAPÍTULO 5. MODELOS EMPÍRICOS DE SALUD PERCIBIDA PARA TODA LA POBLACIÓN	79
5.1 INTRODUCCIÓN	79
5.2 MODELO GENERAL DE SALUD PERCIBIDA	80
5.2.1 Análisis multivariante de la SPP.....	80
5.2.2 Análisis de los factores que explican la SPP y la SPMP.....	87
5.3 MODELOS DE SALUD PERCIBIDA EN FUNCIÓN DE LA EDAD	93
5.3.1 Modelo de la SPP para las personas de 16 a 49 años de edad.....	93
5.3.2 Factores que explican la SPP y la SPMP en las personas de 16 a 49 años de edad.....	100
5.3.3 Modelo de la SPP para las personas de 50 o más años de edad.....	106
5.3.4 Factores que explican la SPP y la SPMP en las personas de 50 o más años de edad.....	113
5.4 CONCLUSIONES.....	119
CAPÍTULO 6. MODELOS EMPÍRICOS DE SALUD PERCIBIDA PARA COLECTIVOS ESPECÍFICOS DE LA POBLACIÓN	123
6.1 INTRODUCCIÓN	123
6.2 MODELO GENERAL DE SALUD PERCIBIDA PARA LAS PERSONAS DE 65 O MÁS AÑOS DE EDAD.....	124
6.2.1 Análisis multivariante de la SPP para las personas de 65 o más años de edad.....	125
6.2.2 Factores que explican la SPP y la SPMP para las personas de 65 o más años de edad.....	132
6.3 MODELO DE SALUD PERCIBIDA PARA LAS PERSONAS QUE TRABAJAN.....	137
6.3.1 Modelo de la SPP para las personas que trabajan	137
6.3.2 Factores que explican la SPP y la SPMP para las personas que trabajan.....	144
6.4 MODELOS DE SALUD PERCIBIDA PARA VARONES Y MUJERES.....	150
6.4.1 Modelos de la SPP para varones y mujeres	151
6.4.2 Factores que explican la SPP y la SPMP en los varones y en las mujeres.....	159
6.5 CONCLUSIONES.....	168

CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	173
7.1 INTRODUCCIÓN	173
7.2 LA SALUD PERCIBIDA POSITIVA (SPP)	173
7.3 LA SALUD PERCIBIDA POSITIVA (SPP) Y LA SALUD PERCIBIDA MUY POSITIVA (SPMP)	183
CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	187
A. CONCLUSIONES.....	187
B. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	191
REFERENCIAS	193
ANEXOS	201
ANEXO 1.	202
ANEXO 2.	217

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. 1. Continuo salud-enfermedad. Aspectos subjetivos y objetivos.	14
Figura 1. 2. Continuo salud-enfermedad. Correlación de los aspectos subjetivo y objetivo con la salud y la enfermedad.....	15
Figura 1. 3. Modelo tradicional o triadaecológico.....	17
Figura 1. 4. Modelo de determinantes de salud de Lalonde.....	19
Figura 1. 5. Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud de Dever.....	20
Figura 1. 6. Modelo de determinantes de salud de Tarlov.....	21
Figura 1. 7. Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead (1992).	22
Figura 3. 1. Evolución de la SPP en el periodo 1987-2006 para la población de 16 o más años de edad.	42
Figura 3. 2. Evolución de la SPP por género en el periodo 1987-2006 para la población de 16 o más años de edad.	43
Figura 3. 3. Estado de salud percibido para la población de 16 o más años de edad.	45
Figura 3. 4. Comportamiento de la SPP según género y edad para la población de 16 o más años.	45
Figura 3. 5. Distribución por grupos de edad según la SPP y la SPN de los individuos para la población de 16 o más años.	46
Figura 3. 6. Distribución por grupos de edad según la SPP y la SPMP de los individuos para la población de 16 o más años.	48
Figura 5. 1. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 16 años o más (I).....	82
Figura 5. 2. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 16 años o más (II).	83
Figura 5. 3. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población de 16 años o más.....	84
Figura 5. 4. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de hábitos de vida. Modelo para la población de 16 años o más.	85
Figura 5. 5. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población de 16 años o más.....	86
Figura 5. 6. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 16 a 49 años (I).	95
Figura 5. 7. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 16 a 49 años (II).	96
Figura 5. 8. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población de 16 años a 49 años.	97
Figura 5. 9. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de hábitos de vida. Modelo para la población de 16 a 49 años.	98
Figura 5. 10. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población de 16 a 49 años.	99
Figura 5. 11. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 50 años o más (I).....	108
Figura 5. 12. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 50 años o más (II).	109
Figura 5. 13. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población de 50 años o más.....	110
Figura 5. 14. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de hábitos de vida. Modelo para la población de 50 años o más.	111

Figura 5. 15. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población de 50 años o más.....	112
Figura 6. 1. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 65 años o más (I).....	127
Figura 6. 2. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 65 años o más (II).	128
Figura 6. 3. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población de 65 años o más.....	129
Figura 6. 4. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de estilo de vida. Modelo para la población: 65 años o más.	130
Figura 6. 5. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población de 65 años o más.....	131
Figura 6. 6. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población ocupada (I).	139
Figura 6. 7. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población ocupada (II).	140
Figura 6. 8. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población ocupada.	141
Figura 6. 9. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de estilo de vida. Modelo para la población ocupada.	142
Figura 6. 10. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población ocupada.	143
Figura 6. 11. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más (I).....	152
Figura 6. 12. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más (II).	154
Figura 6. 13. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más (III).	155
Figura 6. 14. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más.....	156
Figura 6. 15. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de estilo de vida. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más.	157
Figura 6. 16. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más.....	158
Figura 7. 1. SPP en las comunidades autónomas según el colectivo analizado.	178
Figura 7. 2. Factores que influyen en la SPP según el colectivo analizado.	182

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 5. 1. Factores que benefician la SPP en la población general y por grupos de edad.	120
Cuadro 5. 2. Factores que benefician la SPMP en la población general y por grupos de edad.	122
Cuadro 6. 1. Factores que benefician la SPP en la población general y en los de 65 o más años.	169
Cuadro 6. 2. Factores que benefician la SPP en la población general y en la población que trabaja.	171
Cuadro 6. 3. Factores que benefician la SPP en la población general y en los colectivos de varones y mujeres.	172

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 3. 1. Evolución de la SPP para distintos países de la Unión Europea.	44
Tabla 4. 1. Distribución muestral de las variables de entorno social.	68
Tabla 4. 2. Distribución muestral de las variables independientes de morbilidad y discapacidad.	72
Tabla 4. 3. Distribución muestral de las variables de hábitos de vida.	74
Tabla 4. 4. Distribución muestral de las variables de uso de servicios sanitarios.	76
Tabla 5. 1. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 16 años o más.	90
Tabla 5. 2. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 16 a 49 años.	103
Tabla 5. 3. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 50 años o más.	116
Tabla 6. 1. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 65 años o más.	134
Tabla 6. 2. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población ocupada.	147
Tabla 6. 3. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de varones de 16 años o más.	162
Tabla 6. 4. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de mujeres de 16 años o más.	165

Introducción

Cualquier persona o colectivo humano se ha preocupado en algún momento de su vida por su estado de salud, si bien es cierto que esta preocupación ha tenido connotaciones diferentes según la sociedad y cultura en la que se haya inmerso. De hecho, hasta mediados del siglo XX la salud se consideraba como la ausencia de enfermedad y limitaciones, mientras que en la década de los cuarenta, con los cambios socio económicos, culturales y epidemiológicos, empieza a gestarse un nuevo concepto de salud que irá más allá y que finalmente se concretó en la definición de salud establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta Fundacional de abril de 1946, en la que se afirma que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”. A esta definición de salud se han ido incorporando otras dimensiones, como la capacidad de funcionar o la salud como un fenómeno continuo y dinámico a lo largo del tiempo, hasta llegar a instaurarse la idea de que la salud es un fenómeno multidimensional. Así pues, se constata que la noción de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia desde el paradigma médico-biológico hasta un concepto más global e integral que incorpora el paradigma socioecológico (Frutos y Royo, 2006).

Unido a la evolución del concepto de salud, en todas las sociedades y países, se ha desarrollado una búsqueda de las causas o factores que la favorecen, independientemente del concepto de salud asumido en cada momento. A partir de la segunda mitad del siglo XX, junto al desarrollo de la idea de la salud como un fenómeno multidimensional, se plantea el estudio de los determinantes de la salud como un conjunto de factores o características que influyen en la salud individual y que interactuando con distintos niveles de organización determinan el estado de salud de la población. Entre los diversos modelos de determinantes de la salud desarrollados hasta el siglo XX, causa un gran impacto en el mundo sanitario el modelo holístico de Laframboise (1973), modelo que un año después desarrolló el Ministro de Sanidad y Bienestar de Canadá, Marc Lalonde. Este modelo establece que la salud de un

colectivo o población es el resultado de la interacción de un conjunto de factores o variables que pueden agruparse en cuatro categorías o determinantes que son: la biología humana, el medio ambiente, los estilos de vida y el sistema de cuidados de salud. El modelo de Laframboise ha tenido gran influencia a lo largo del siglo XX, fundamentalmente en los avances en el campo de la Salud Pública y en el surgimiento y desarrollo de ámbitos como el de la investigación en promoción de salud y educación para la salud. A pesar del desarrollo posterior de nuevos modelos de determinantes de salud (Dever (1976), Tarlov (1989), Dahlgren y Whitehead (1991), etc.), el modelo de Laframboise es considerado actualmente como un marco de trabajo adecuado para analizar los problemas y el diseño de las políticas de salud.

En este marco de un concepto de salud como un fenómeno integral y del estudio de sus determinantes, los gobiernos y los organismos de salud, encargados de mejorar la salud de los individuos y de la población, han buscado instrumentos y pautas que les permitiesen adoptar las mejores decisiones sobre los programas y servicios sanitarios que debían priorizar. Así pues, para tomar las mejores decisiones sobre salud se considera necesario disponer de análisis sobre diversos aspectos como los problemas de salud de los ciudadanos y de los colectivos humanos, las prevalencias de ciertas enfermedades que varían con el tiempo y entre los grupos sociales así como sus consecuencias, los factores de riesgo de la salud en función de las características sociales, económicas y culturales, etc. El estudio de todos estos fenómenos requiere de información adecuada que permita alcanzar de forma operativa una medición de la salud de los individuos, es decir, es necesario disponer de lo que se conoce, en términos generales, como Indicadores de Salud.

Entre los indicadores de salud pueden distinguir dos tipos: los objetivos y los subjetivos. Los primeros se basan en información obtenida mediante registros o censos sanitarios basados en información objetiva (índices de mortalidad, esperanza de vida, etc.) y los segundos se obtienen mediante encuestas o registros basados en la percepción o autovaloración del individuo registrado o encuestado. Concretamente, el indicador de salud percibida se

obtiene a partir de encuestas en las que se incorpora la siguiente pregunta (con distintas matizaciones): “¿cómo diría usted que es su estado de salud?” Al entrevistado se le proporciona una batería de respuestas que le permiten graduar su estado de salud de “Muy bueno” a “Muy malo”. A partir de estas respuestas se ha construido el indicador de Salud Percibida Positiva (SPP) que cuenta con el reconocimiento internacional y está presente en los sistemas de indicadores de salud de la mayoría de los países. La relevancia del indicador de salud percibida, sobre todo, en países desarrollados, se debe a dos razones fundamentales: en primer lugar, además de los indicadores de mortalidad y morbilidad, son necesarios otros indicadores que proporcionen información adicional sobre la salud de la población en un contexto de aumento de las enfermedades crónicas y descenso de la mortalidad; en segundo lugar, la salud percibida es un indicador que adopta un enfoque multidimensional (físico, emocional, social, etc.) y que está asociado con características sociodemográficas y con otros indicadores como la mortalidad y la morbilidad (Robine *et al*, 2000).

En España, en el contexto del sistema de información sanitaria, a través del Ministerio de Sanidad y Consumo y en colaboración con las comunidades autónomas, se dispone desde hace dos décadas de un sistema de indicadores de salud que ofrecen una visión del estado de salud y de la situación sanitaria a nivel estatal y en las diferentes comunidades autónomas, y que ha servido como instrumento para el diseño de las prioridades y la distribución de recursos que permitirían la mejora de la salud de la población y de los individuos. Además, estos indicadores se han ido actualizando en el tiempo (Indicadores de Salud 2005, La salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud, Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS, Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)) con el objetivo de homogeneizarlos con organismos supranacionales como la OMS, Eurostat y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

En España, al igual que en los países desarrollados, las encuestas de salud son uno de los instrumentos fundamentales para obtener información del estado de salud y morbilidad percibida de la población y completan la visión

obtenida a través de los registros de información sanitaria, en la medida en la que permite estudiar las relaciones entre las distintas dimensiones del estado de salud de la población como son los hábitos de vida, las características sociodemográficas o la utilización de servicios sanitarios. Como ya se ha comentado, el estudio de estas relaciones son muy importantes en un doble sentido: por una parte, ponen de manifiesto las desigualdades y diferencias en el estado de salud de distintos grupos sociales y por otra, ofrecen elementos de análisis que orientan la toma de decisiones en la planificación sanitaria, los programas de salud a desarrollar y la gestión de servicios sanitarios.

Entre las diversas encuestas de salud, en el contexto del sistema de información sanitario español, se encuentra la Encuesta Nacional de Salud (ENS), realizada desde 1987 con una periodicidad regular. Las investigaciones y estudios realizados mediante las diversas ENS en los últimos veinte años se han caracterizado por ser predominantemente descriptivos, es decir, describen el estado de salud percibido y su comportamiento en función de distintos indicadores de salud (morbilidad, incapacidad, conductas de vida y uso de servicios sanitarios) y características sociodemográficas (sexo, edad, clase social, nivel de estudios, zona geográfica o comunidad autónoma). Entre estos estudios se distinguen los que han analizado toda la población y los que se han llevado a cabo sobre colectivos específicos, en particular el colectivo de personas de 65 o más años de edad, (informes SESPAS (2000 y 2004), Artazcoz *et al* (2004), Rodríguez-Sanz *et al* (2006), Del Llano Señaris (2007), entre otros). En todos estos trabajos se pone de manifiesto una relación entre la mayoría de los factores considerados (indicadores de salud y características sociodemográficas) con la salud percibida.

En la literatura española también pueden encontrarse estudios que mediante modelizaciones tratan de explicar de forma conjunta la influencia de diversos factores y características en el estado de salud percibido. Aunque muchos de estos estudios utilizan fuentes de información distintas a la ENS (Perula de Torres *et al* (1995), Azpiazu *et al* (2002), Oviedo-Joekeset *et al* (2005), Prieto-Flores *et al* (2008), entre otros) también los hay que utilizan los

datos de la ENS, entre los que destacan los trabajos de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2001) y Castro *et al* (2007).

Esta tesis plantea como hipótesis de trabajo que la salud percibida en España es un indicador multidimensional e integral de la salud que está vinculado a los factores que afectan a la salud objetiva, como por ejemplo la morbilidad o los estilos de vida, lo que le convierte en un indicador complementario a otras medidas de salud propias de los profesionales sanitarios.

El objetivo de esta tesis es analizar y modelar los distintos determinantes de la salud percibida de los españoles de 16 o más años de edad. Para ello se utiliza la ENS del año 2006, que además de ser la más reciente es la más completa al incorporarse por primera vez información sobre la salud mental, el trabajo reproductivo y el estrés en el trabajo. Las variables que reflejan los determinantes de la salud se han obtenido de los cuestionarios de hogares y adultos y se organizan en cuatro grupos: variables de entorno social, variables de morbilidad y discapacidad, variables de hábitos de vida y variables de uso de los servicios sanitarios.

La metodología estadística que se utiliza está basada en las técnicas de modelos de regresión múltiple con variable dependiente ordinal. Concretamente se aplican modelos logísticos de respuesta binaria y modelos logísticos de *odds* proporcionales parcial. Esta metodología permite conocer cuál es el efecto de cada una de las variables explicativas sobre la salud percibida, manteniendo constante el resto de las variables.

El análisis de los determinantes de la salud percibida que se desarrolla en esta tesis profundiza en tres aspectos:

- La sensibilidad de los determinantes de la salud percibida a los distintos grados de valoración positiva de la salud. Para ello se adoptan dos indicadores de salud: el indicador estándar de Salud Percibida Positiva (SPP) y un indicador de Salud Percibida Muy Positiva (SPMP).

- La relación específica entre edad y salud percibida
- Los determinantes de la salud percibida en distintos colectivos relevantes como las mujeres, los varones, los ocupados y los jubilados.

El presente trabajo de investigación ofrece tres aportaciones fundamentales: en primer lugar, se ofrece una exploración exhaustiva de las posibilidades de la ENS del año 2006 como instrumento de análisis del estado de salud de la población desde un enfoque multidimensional y considerando información de la que no se disponía hasta la realización de esta encuesta, tal como la salud mental, el trabajo reproductivo y el estrés en el trabajo. En segundo lugar, se aporta una metodología estadística para estudiar y caracterizar el estado de salud de la población, integrando distintos indicadores de valoraciones positivas de la salud. Y, en tercer lugar, los resultados obtenidos, a partir de las modelizaciones de la valoración del estado de salud percibido en función de múltiples factores, ofrecen un conocimiento necesario para elaborar estrategias de actuación sanitaria tanto a nivel general como en grupos y colectivos específicos.

El trabajo se estructura en ocho capítulos además de la presente introducción. En el primer capítulo se revisa el concepto y medida de la salud así como los modelos de salud. Para ello, en primer lugar se aborda el concepto de salud y su evolución a lo largo del tiempo. A continuación, se realiza una revisión de la evolución de los determinantes de la salud y los modelos de salud que han ido surgiendo en la literatura con el fin de establecer líneas de actuación operativas que mejoren la salud. Por último, se analizan y describen los distintos indicadores de salud que permiten establecer una medida de salud desde distintas facetas del individuo y de la población, prestando especial atención al indicador de salud autopercibida o salud percibida ya que este es el indicador que se utiliza en esta investigación.

El segundo capítulo presenta la Encuesta Nacional de Salud de España (ENS), como un instrumento para medir y mejorar la salud de la población y de los individuos. Inicialmente se describen sus objetivos y se analiza cómo estuvo y está sometida a continuas transformaciones en virtud de su finalidad y los

cambios sociales, culturales y económicos junto con la evolución de lo que entendemos por salud y sus factores asociados. Seguidamente, se describen los objetivos y metodología de la Encuesta Nacional de Salud de 2006/2007 (ENS-2006), que es la utilizada en este estudio.

En el tercer capítulo se presenta la hipótesis de trabajo y los objetivos de la investigación. También se expone una primera aproximación a los resultados fundamentales de la literatura sobre el caso español y algunos análisis preliminares del indicador de salud percibida y su evolución en España desde 1987 hasta el año 2006.

En el cuarto capítulo se presenta el diseño muestral de la ENS-2006 y las implicaciones que esto conlleva en la utilización de los métodos de inferencia. A continuación se examinan la metodología y los modelos estadísticos que se aplicarán en los análisis empíricos, y se finaliza con la exposición de las variables utilizadas.

En los dos capítulos siguientes se recogen los resultados de los distintos trabajos empíricos. El quinto capítulo presenta un modelo general de la salud percibida en función de los distintos factores que están asociados a ella y para los dos grados de valoración positiva de la salud. A continuación, se construyen dos modelos de la valoración de la salud percibida de las personas de 16 o más años en función del tramo de edad considerado (menor de 50 años o 50 años o más). Posteriormente, en el sexto capítulo, se presentan tres modelos de salud percibida, uno para los mayores de 64 años, otro para los ocupados y el otro distinguiendo entre varones y mujeres.

En el séptimo capítulo se justifican y explican los resultados obtenidos para los diferentes colectivos y para las dos valoraciones de salud percibida positiva (SPP y SPMP).

El último capítulo está dedicado a las conclusiones, en las que se recogen las principales aportaciones del presente estudio y se establecen propuestas de futuras líneas de investigación.

Introducción

El trabajo se cierra con un apartado dedicado a las referencias bibliográficas y dos anexos que recogen la información de análisis estadísticos univariantes y multivariantes realizados en los capítulos cinco y seis.

Capítulo 1. Concepto, medida y modelos de salud

1.1 *Introducción*

En todas las sociedades y culturas la salud es considerada como un bien básico al cual las personas tienen derecho, al igual que a otros bienes individuales o colectivos como la educación, la seguridad, la justicia o la libertad. A la salud, como a un bien que se aprecia, se dedican muchos recursos y esfuerzos por parte de las personas y las distintas instituciones para conservarla y mejorarla.

El objetivo de este capítulo es revisar el concepto y la medida de la salud así como los modelos de salud en el transcurso de la historia hasta nuestros días. El capítulo se estructura del siguiente modo: en el segundo epígrafe se revisa el concepto de salud, que ha ido cambiando a lo largo del tiempo y que difiere según culturas y sociedades. Entre los criterios utilizados en las distintas definiciones de salud destacan los cuatro siguientes: biológico, psicológico, sociológico y ético. Además de estos criterios, también se han tenido en cuenta criterios objetivos y subjetivos así como el propio carácter operativo o no de la definición de salud.

En el tercer epígrafe, se abordan las circunstancias o condiciones que determinan la salud y como estas han ido variando a lo largo del tiempo y en un proceso paralelo a la conceptualización de la salud. En particular, se examinan los modelos para explicar la salud y sus determinantes

A continuación, en el cuarto epígrafe, se analizan y revisan los diversos indicadores de salud considerando la información que aportan según las diferentes dimensiones de la salud y desde distintas facetas del individuo y de la población. Por último, en el quinto epígrafe, se presenta el indicador de salud percibida que será utilizado en este estudio, como una medida global de la salud y su asociación con otros indicadores de salud.

1.2 Revisión de los conceptos de salud

La evolución histórica del concepto de salud viene establecida no sólo por la capacidad de explicar este fenómeno, sino también por una dimensión social caracterizada por la variabilidad del valor que se le atribuye. Esta variación de la dimensión social se divide en dos aspectos, por una parte la interpretación antropológica de la salud y por otra los cambios sociales y económicos a lo largo de la historia.

Desde esta perspectiva, la epidemiología histórica distingue tres épocas en la relación entre salud, enfermedad y sociedad: una primera época, hasta finales del siglo XVIII, caracterizada por epidemias de enfermedades infectocontagiosas y una incapacidad de explicar las causas y mecanismos de producción de la enfermedad. Una segunda época, siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, caracterizada por el proceso de industrialización, el desarrollo económico y social y el desarrollo de enfermedades infectocontagiosas crónicas, junto con el nacimiento de la epidemiología y la prevención de salud. Por último, la tercera época, en el siglo XX, está caracterizada por las enfermedades sociales vinculadas a estilos de vida no saludables y la consideración de la salud como un fenómeno supranacional debido a los siguientes factores: el mayor conocimiento de la salud y sus causas; el desarrollo del conocimiento y la tecnología médica, lo que supone la posibilidad de prevenir enfermedades; los cambios en el sistema social que han provocado avances en los derechos de las personas; y la difusión del conocimiento debido al cambio de los medios de comunicación así como a la movilidad geográfica de las personas.

En el campo de la conceptualización, hasta mediados del siglo XX se consideraba que la salud era la ausencia de enfermedad y limitaciones, es decir, se adoptó un concepto de salud en términos negativos, de manera que la salud era toda situación en la que no estaba presente la enfermedad o la limitación. A partir de mediados del siglo pasado se pusieron de manifiesto algunas de las dificultades a la hora de hacer operativa esta definición. Estas dificultades se debían fundamentalmente a que para definir la salud desde una perspectiva negativa, hay que establecer el límite entre lo “normal” y lo

patológico, es decir, entre lo que es enfermedad y lo que no lo es, lo cual no está exento de problemas. Es más, es probable que en muchas ocasiones no sea posible establecer un límite claro, de hecho, para poder establecer una línea entre lo que es “normal” y lo que no lo es, debemos tener un concepto claro de lo que es “normal”, lo cual resulta realmente difícil, máxime si tenemos en cuenta que la idea de lo que es “normal” varía con el tiempo y el espacio, en la medida que está condicionada por los valores morales y culturales de una sociedad. También se puso de manifiesto la limitación de esta definición debido a que no tiene en cuenta aspectos que cada vez son más relevantes en las sociedades modernas, como es la relación entre salud y bienestar.

Siguiendo a Piedrola Gil *et al* (2003), al amparo de las dificultades operativas que presentaba el concepto “negativo” de salud, en los años cuarenta del siglo XX comenzó a gestarse una perspectiva de la salud que trascendía el binomio salud-enfermedad, surgiendo la idea de salud en un sentido positivo, de manera que se considera sano al individuo o colectivo que siente bienestar en ausencia de enfermedad. Así, en el año 1941, Sigerist definió la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como algo positivo, es decir, como una aceptación optimista de las responsabilidades que el individuo tiene a lo largo de su vida. Posteriormente, Dubos da un paso más y propone un concepto de salud bidimensional, al diferenciar entre bienestar físico y mental. Este autor llega a plantear que la salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona desarrollar sus actividades en el ambiente en el que viven a lo largo del mayor tiempo posible. Esta idea bidimensional de la salud fue ampliada por Herbert Dunn que incorporó la dimensión social al concepto de salud, considerando que la salud tiene tres dimensiones: orgánica o física, psicológica y social. La incorporación de la dimensión social en el concepto de salud fue adquiriendo cada vez más importancia y en el año 1945 Stampar presentó una definición de salud que incorporaba de manera sencilla las tres dimensiones, al definir la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades. Esta definición ha sido admitida universalmente y recogida por la OMS en su Carta Fundacional del 7 de abril de 1946.

La definición de salud de 1946 de la OMS pone de manifiesto que salud y enfermedad no son palabras antónimas. Es decir, si la enfermedad es la “alteración más o menos grave de la salud”¹, debemos tener presente que la salud no sólo es la ausencia de enfermedad. A partir de esta definición de salud podemos extraer dos ideas claras: en primer lugar, la salud implica bienestar, siendo éste un concepto subjetivo; y en segundo lugar, la salud traspasa el ámbito de lo meramente físico y psicológico para llegar a lo social, lo cual implica que el propio concepto de salud está inmerso en un entorno social, en una cultura y valores y en un sistema sanitario que pueden condicionarlo.

Sin embargo, esta definición de la OMS ha sido criticada fundamentalmente por tres motivos. El primer motivo se debe a que equipara bienestar a salud, lo que es utópico, y no del todo exacto, ya que la naturaleza de la salud hace que existan muchas zonas grises entre el “completo bienestar” y la falta de salud, es más, es muy posible que el “completo bienestar” sea un estado idílico que no pueda ser alcanzado por los individuos. En segundo lugar, es una definición estática, ya que sólo considera que un individuo con salud goza de un completo bienestar físico, mental y social. En contraposición a esta idea puede considerarse que la salud es un fenómeno continuo, pudiendo establecerse distintos “grados” de salud. Por último, es una definición subjetiva ya que no puede medirse de forma objetiva y no considera la capacidad para “funcionar” de los individuos, aspecto que cada vez tiene una mayor relevancia y que es conocido en la actualidad como discapacidad.

En los años sesenta se inicia un cambio al vislumbrar la salud no como algo estático, si no como un fenómeno dinámico. En el año 1960 Sigerist adopta esta perspectiva dinámica y afirma que el individuo está determinado por la naturaleza, la cultura y los hábitos y que la salud se hace presente mediante un ritmo constante e inalterado que sólo es interrumpido por la enfermedad. También Rogers y Fodor consideran que la salud es un continuo en el que aparecen graduaciones intermedias que van desde la salud óptima hasta la muerte.

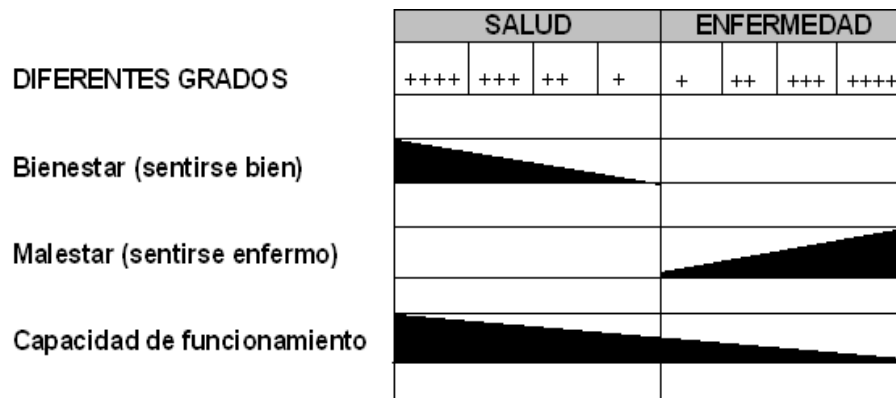
¹ Primera acepción del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

Asimismo, la relación de factores socioambientales con la salud permite adoptar definiciones de salud en relación al medioambiente. En particular, se encuentra el concepto “ecológico” que considera a la salud como la capacidad del individuo para adaptarse a su entorno y funcionar. Desde esta perspectiva, Wyllie, resumiendo sus propias ideas y las de otros autores afirma que la salud es “el continuo y perfecto ajuste del hombre a su medio ambiente, y la enfermedad el continuo y perfecto desajuste del hombre a su medio ambiente”. La declaración de Estocolmo del año 1972 es la primera vez que desde un organismo mundial se manifiesta la preocupación por el medioambiente y el deterioro de las condiciones medioambientales que tienen graves consecuencias para la salud. A partir de esta idea se propone que la salud debe entenderse en el marco de las interacciones entre el hombre y el ambiente (San Martín (1988)).

En 1975 Milton Terris plantea una definición de salud que pretende superar las críticas establecidas a la definición de la OMS, expuesta anteriormente. Plantea que hay distintos grados de salud así como de enfermedad (figura 1.1), en particular, la salud tiene dos vertientes, una subjetiva y otra objetiva; la subjetiva está asociada al bienestar (el individuo se siente bien en diferentes grados) y la objetiva viene establecida por la capacidad de funcionar (capacidad de trabajar, estudiar y vivir en diferentes grados). Asimismo, la enfermedad también tiene una vertiente subjetiva y otra objetiva, la subjetiva es el malestar (sentirse mal en diferentes grados) y la objetiva es la capacidad de funcionar (limitación de la capacidad de funcionar en diferentes grados). De acuerdo con este planteamiento transforma la definición de salud de la OMS estableciendo que la salud es “un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad para funcionar y no únicamente la ausencia de enfermedad o incapacidad”.

Esta definición, tiene la virtud, al igual que la definición de la OMS, de ser holística, es decir, tiene en cuenta lo físico, mental y social, y pone de manifiesto la importancia para el concepto de salud de las “limitaciones” de los individuos para desarrollar sus actividades

Figura 1. 1. Continuo salud-enfermedad. Aspectos subjetivos y objetivos.



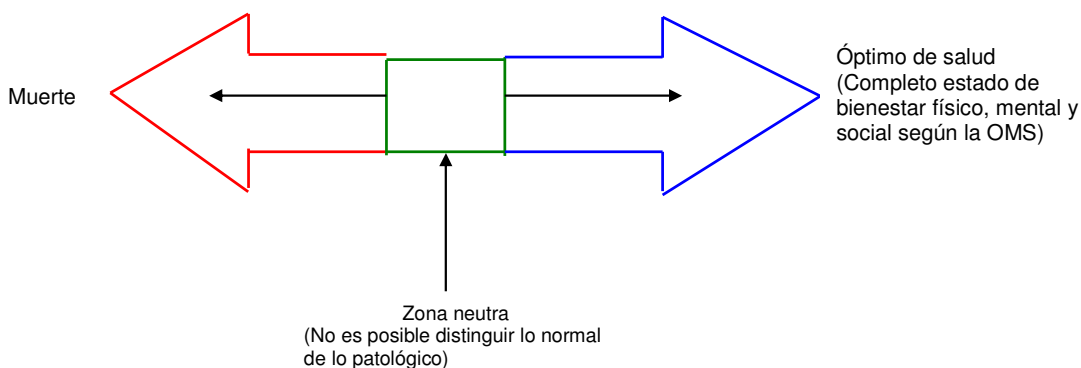
Fuente: Terris (1987).

Además, Terris establece de forma explícita que la salud y la enfermedad forman un continuo en el que la enfermedad se situaría en un polo negativo y en cuyo extremo estaría la muerte, mientras que la salud se situaría en un polo positivo y en medio de ambos polos habría una zona neutra donde no es posible separar lo patológico de lo normal, además en ambos polos pueden diferenciarse distintos grados de enfermedad y salud (figura 1.2). Tanto la salud como la enfermedad están influenciadas por diversos factores (sociales, culturales, económicos, etc.) que actúan sobre la zona neutra provocando una evolución hacia la salud o enfermedad en distintos grados. Con este planteamiento se pone de manifiesto la idea de que la salud es un continuo de situaciones y no únicamente un estado “pleno”, superando el carácter idílico de salud al que hace referencia la definición de la OMS. Además, este carácter continuo de la salud supone un avance en su análisis conceptual y se trata de una definición operativa.

Salleras Sanmartí (1990) afirma que en el carácter continuo de la salud, la muerte no es evitable por razones biológicas y el estado óptimo de salud es difícilmente alcanzable, por lo que considera necesario sustituir esos estados por muerte prematura y elevado nivel de bienestar con capacidad de funcionar, ya que el primero se puede evitar y el segundo se puede alcanzar en grados altos de salud positiva. Además, establece que las diferentes graduaciones de estos dos estados están muy influenciadas por las condiciones sociales en que

viven los individuos. Desde esta perspectiva establece el concepto dinámico de salud, afirmando que “la salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y la capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos los individuos y la colectividad”.

Figura 1. 2. Continuo salud-enfermedad. Correlación de los aspectos subjetivo y objetivo con la salud y la enfermedad.



Fuente: Colomer Revuelta y Alvarez-Dardet Díaz (2001).

En los últimos veinte años del siglo XX se han ido proponiendo distintas matizaciones del concepto de salud que recogen los diferentes aspectos enumerados anteriormente. En particular, la OMS matiza su propia definición, abandonando definiciones maximalistas y utópicas e incorporando el concepto dinámico de salud, al proponer como objetivo, de la “Estrategia salud para todos en el año 2000” (Ministerio de Sanidad y Consumo (1986)), que los habitantes de todos los países tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar de forma activa en la vida social de la comunidad donde viven. En todas las concepciones de salud se consideran aspectos subjetivos (bienestar físico, mental y social), objetivos (capacidad para funcionar) y aspectos sociales (adaptación al medio y trabajo socialmente productivo).

1.3 Determinantes de la salud.

En todas las épocas y civilizaciones siempre ha sido un tema de preocupación el conjunto de condiciones o circunstancias que determinaban la

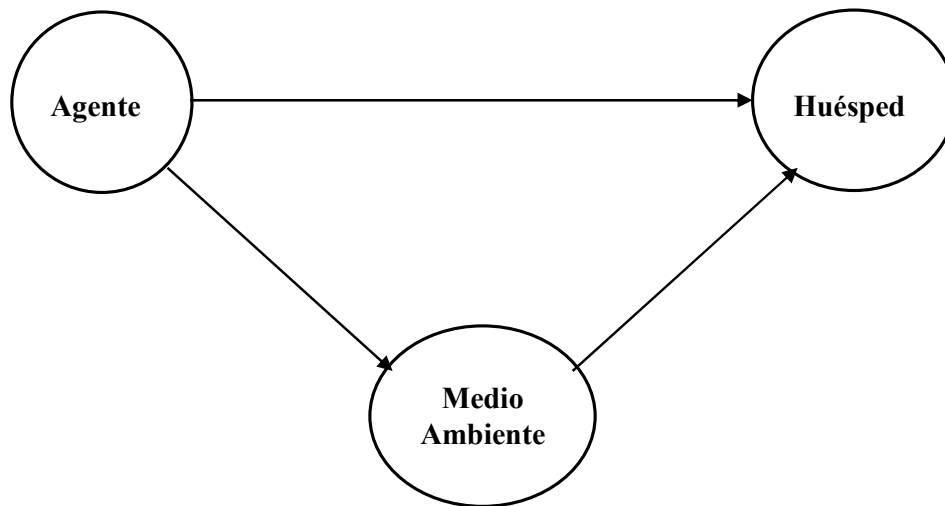
salud, independientemente del concepto de salud asumido en cada momento. A partir de la segunda mitad del siglo XX se establece un concepto integral de salud que se enmarca en los determinantes de salud, es decir, el conjunto de factores o características que influyen en la salud y que interactuando en distintos niveles de organización determinan el estado de salud individual y de la población.

Los determinantes de la salud han estado sometidos a los diversos avatares de la historia de la especie humana, variando a lo largo del tiempo su contribución a la salud. En las culturas más antiguas se consideraba que la pérdida de salud era debida a causa del castigo de los dioses, de la religión o causas naturales (calor-frío, luz-oscuridad, etc.). En la era de la Escuela Hipocrática los determinantes de la enfermedad eran debidos a características internas (raza, sexo y edad) y externas (mala alimentación, venenos, aire corrompido, etc.). Asimismo, Galeno establecía que las causas de enfermedad se dividían en tres tipos: externas (trastornos alimentarios, sexuales o emocionales, venenos, etc.), internas (edad, sexo, constitución, etc.) y conjuntas que serían el resultado de aplicar las primeras sobre las segundas. En las siguientes épocas, hasta finales del siglo XIX, se consideraban los determinantes de la salud desde la perspectiva de un modelo biológico en el cual se mantenía que en el medio externo existen organismos agresores que causan un efecto (la enfermedad) en el huésped que es el individuo.

A finales del siglo XIX, en el que las principales causas de muerte y enfermedad en los países desarrollados eran las enfermedades infecciosas, surgió una nueva concepción de determinantes de la salud a través del modelo ecológico o triadaecológico (figura 1.3) que establecía que la enfermedad era consecuencia de la relación entre tres elementos: el agente, el huésped y el medio ambiente. El agente de la enfermedad está caracterizado por factores biológicos, físicos y químicos, el huésped de la enfermedad está delimitado por elementos intrínsecos que influyen en la susceptibilidad del individuo ante la acción de los agentes, y por último, el medio ambiente está formado por elementos extrínsecos que influyen en el huésped mediante la acción del agente, de forma que la interacción entre los tres elementos provoca la

aparición de la enfermedad. Sin embargo, en los países desarrollados, con el cambio de patrón de las principales causas de muerte (Transición Epidemiológica) consistente en la sustitución de las enfermedades infecciosas por las enfermedades crónicas, surge la necesidad de crear un nuevo marco de determinantes de la salud más integrador y que sea capaz de incorporar los factores que afectan a estas enfermedades.

Figura 1. 3. Modelo tradicional o triadaecológico.



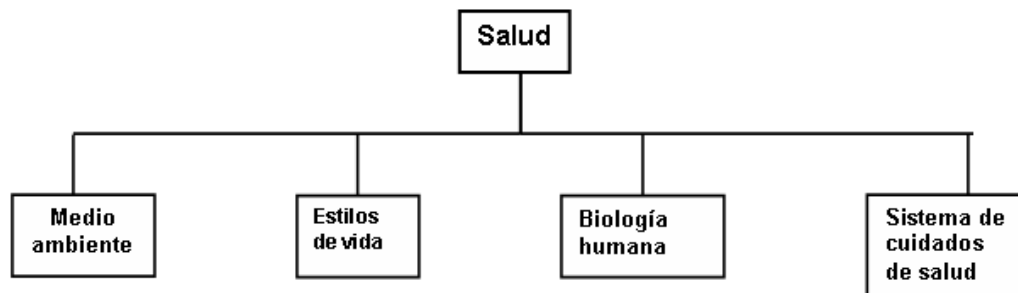
Fuente: Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz (2001).

En la década de los años setenta del siglo XX, con el desarrollo de la conceptualización de la salud, surgen distintos modelos para explicar la salud y sus determinantes, entre ellos destaca el modelo holístico de Laframboise (1973) y que un año después fue desarrollado por el Ministro de Sanidad y Bienestar de Canadá, Marc Lalonde, en el documento “A new perspective on the health of Canadians”. Laframboise era Director General de la División de Planificación de la Salud y Bienestar Social en Canadá y en 1973 publicó el artículo “Health policy: breaking the problem down into more manageable segments”, en el cual explicaba la necesidad de contar con segmentos o campos de salud más manejables a la hora de analizar los problemas y el diseño de las políticas de salud. Lalonde desarrolla las ideas de Laframboise en un modelo que, además de conceptualizar la salud como algo más que

enfermedad, establece que la salud de un colectivo o población es el resultado de la interacción de un conjunto de factores o variables que pueden agruparse en cuatro categorías o determinantes (figura 1.4):

- a) La biología humana: condicionada por las características de la especie humana, la constitución física, el desarrollo y envejecimiento, la carga genética y los factores hereditarios. Este grupo de factores han sido considerados, hasta finales del siglo XX, como aquellos que presentaban menor capacidad de modificación, sin embargo, con los avances de la ingeniería genética y su implicación en el desarrollo preventivo de las enfermedades crónicas, se dota al conjunto de factores asociados a la biología humana de una mayor responsabilidad como causa de salud.
- b) El medio ambiente: formado por sus factores de insalubridad, entendiéndolos en su sentido más amplio, como son la contaminación del medio por factores físicos, químicos, biológicos y psicosociales. La acción individual o colectiva de cada uno de ellos origina un gran número de patologías, por tanto, el control de sus efectos reduce la proporción de enfermedad y mortalidad.
- c) Los estilos de vida y conductas de salud: el consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, la inadecuada alimentación y determinadas conductas de riesgo pueden influir negativamente en la salud. Además, el ser humano se expone voluntariamente a estos factores y puede ejercer sobre ellos un control o un uso adecuado.
- d) El sistema de cuidados de salud: entendiendo que está constituido por los recursos materiales, económicos y humanos, medios tecnológicos y servicios de forma que mediante la eficacia, efectividad y accesibilidad pretenden producir salud desde la enfermería y la medicina. Entre los productores de salud, aparte de los citados anteriormente, se consideran los cuidados odontológicos, la optometría, la psicopatología y la podología.

Figura 1. 4. Modelo de determinantes de salud de Lalonde.



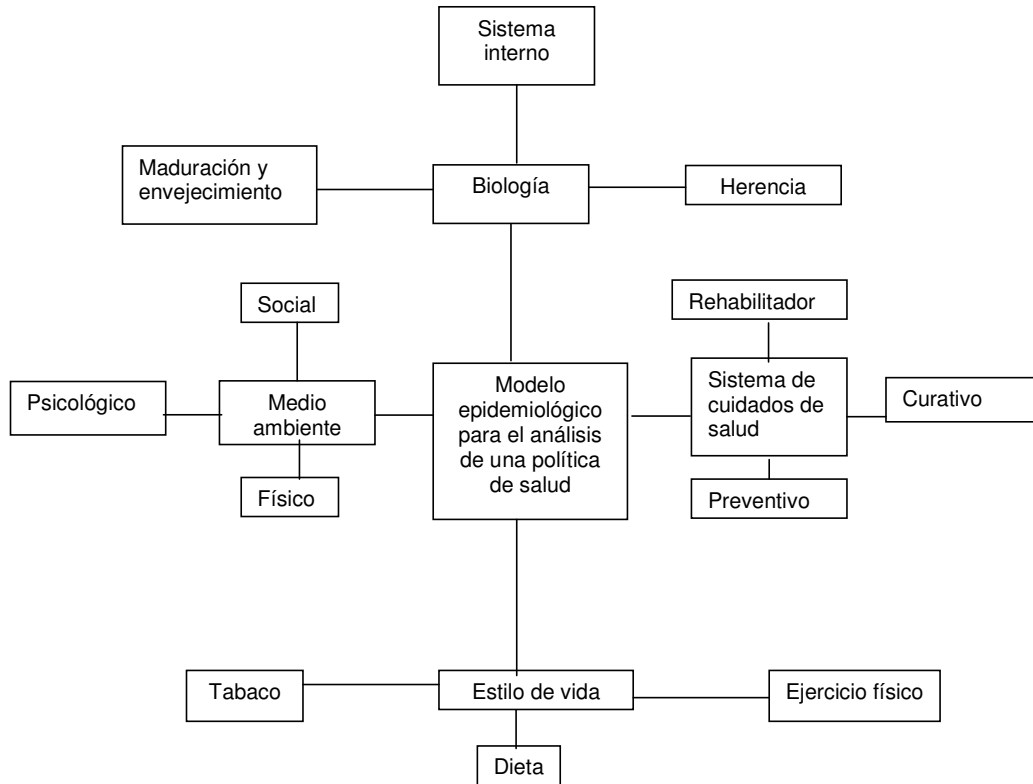
Fuente: Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz (2001).

Estos conjuntos de determinantes de la salud no son disjuntos, es más, a veces es difícil separarlos y asignarlos a un único grupo, de hecho suelen estar interrelacionados, como por ejemplo, la clase social del individuo y ciertos hábitos saludables o factores de riesgo. El modelo de Lalonde supone relaciones causales en las que varias causas pueden producir varios efectos simultáneamente, aunque ninguna por si sola es suficiente para originar un determinado efecto; es decir, se establece el tránsito de un modelo causal determinístico a un modelo causal probabilístico que pretende ser integrador, al tratar de incluir todos los determinantes conocidos de la salud.

A pesar de que el modelo de Lalonde tuvo su impacto en el desarrollo y orientación de las políticas sanitarias en la mayoría de los países desarrollados y en la elaboración de la estrategia de “Salud para todos en el año 2000” de la OMS, también tuvo sus críticas y modificaciones en el devenir de los años. Así, en 1974 Blum propuso un modelo de ambiente de salud en el que establece una priorización de los cuatro grupos de determinantes de la salud en función de su importancia relativa, asignándole máxima importancia al medio ambiente, a continuación los estilos de vida y la biología humana, y por último el sistema de cuidados de salud o sistema sanitario; además, en este modelo los cuatro grupos de factores se relacionan y se modifican entre sí mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Dever (1977) desarrolla el modelo de Lalonde describiendo con mayor detalle los componentes de cada categoría o grupo, dando lugar al modelo epidemiológico para el análisis de políticas de

salud (figura 1.5). En éste modelo se mantiene que los cuatro grupos de terminantes son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos estén en equilibrio.

Figura 1. 5. Modelo epidemiológico para el análisis de políticas de salud de Dever.



Fuente: Colomer Revuelta y Álvarez-Dardet Díaz (2001).

En las propuestas de modelos de determinantes, analizadas hasta ahora, no se consideran de forma explícita factores sociales, económicos y políticos en la producción o creación de salud. Sin embargo, en 1986, en la declaración de la Carta de Ottawa, la salud de la población y de las comunidades se centra en los determinantes sociales y económicos de la salud, dando origen al nacimiento y desarrollo de modelos de determinantes de salud que asumen estos factores. Así, en 1989, Tarlov estableció los determinantes de salud en cinco niveles, desde el más individual y dependiente del campo sanitario hasta el más generalizado e independiente. Además, considera la atención sanitaria como una estrategia reparadora de salud, no

como un determinante de salud. En particular, considera los siguientes determinantes (figura 1.6):

Nivel 1. Determinantes biológicos, físicos y psíquicos.

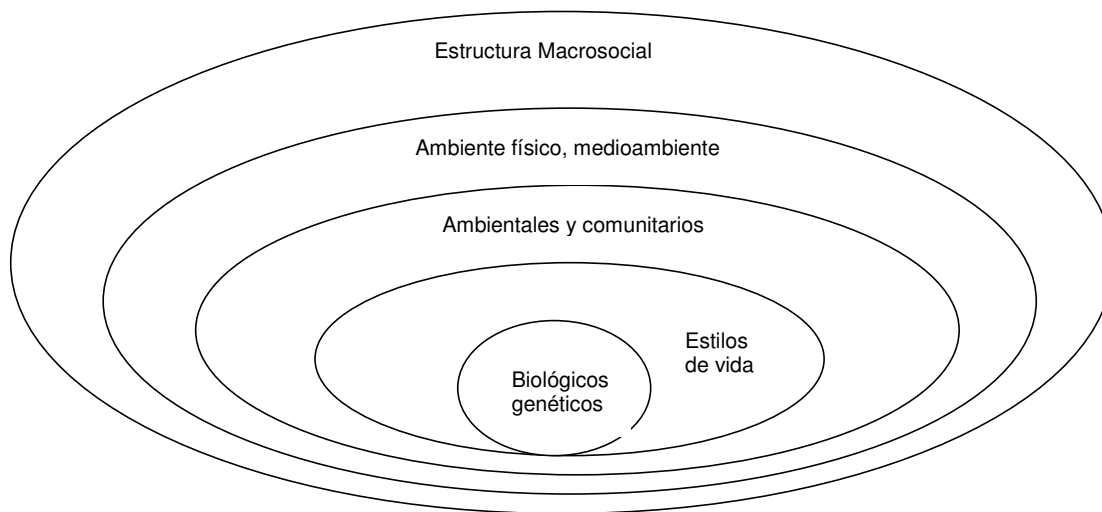
Nivel 2. Determinantes de estilo de vida.

Nivel 3. Determinantes ambientales y comunitarios.

Nivel 4. Determinantes del ambiente físico, climático y contaminación medioambiental.

Nivel 5. Determinantes de la estructura macrosocial, política y percepciones poblacionales.

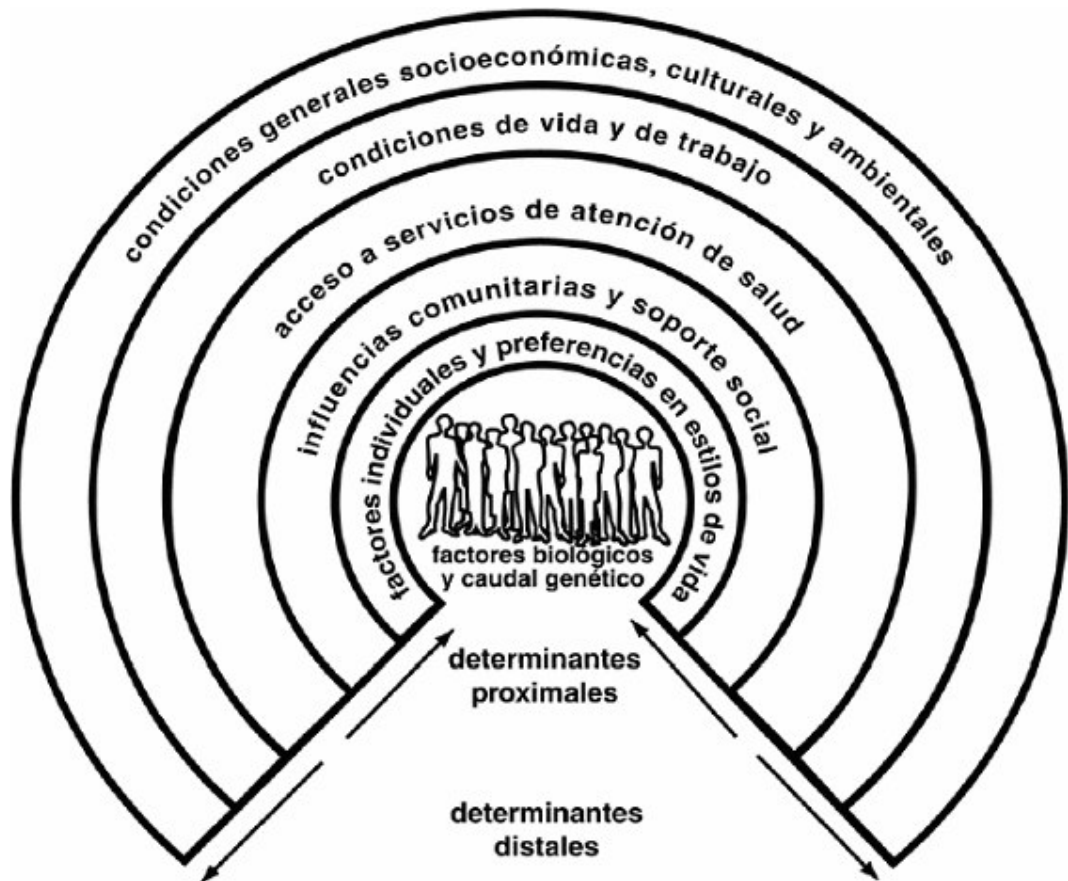
Figura 1. 6. Modelo de determinantes de salud de Tarlov.



Fuente: Piédrola Gil *et al* (2003).

Posteriormente, en 1999, Tarlov modificó su modelo de determinantes de la salud incluyendo la atención sanitaria y en consecuencia distinguiendo los siguientes determinantes de la salud: genética y biología, conductas de salud, cuidados médicos, las características de la sociedad y la ecología en su conjunto.

Figura 1. 7. Modelo de determinantes de salud de Dahlgren y Whitehead (1992).



Fuente: Evans et al (2001).

También en el campo de desarrollo de los determinantes sociales, aparece en 1992, el modelo de capas de Dahlgren y Whitehead (figura 1.7) en el que los individuos están en la base del modelo con sus características y factores genéticos que ejercen influencia sobre sus condiciones de salud. Por encima de la base está la primera capa constituida por los estilos de vida de los individuos, es decir, los comportamientos individuales elegidos libremente. Por encima de esta capa se encuentra otra formada por las redes sociales y comunitarias que constituyen el conjunto de relaciones solidarias y de confianza entre grupos que establecen la cohesión social de la población. En un nivel superior se encuentran las condiciones de vida y trabajo de las personas, las cuales proporcionan acceso a distintos servicios como salud, educación, condiciones de habitabilidad, etc.; de forma que las personas con

desventaja social corren mayor riesgo de acceder a peores servicios y condiciones de trabajo. En el último nivel están situados los macro-determinantes relacionados con las condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales de la sociedad y que poseen gran influencia sobre las capas inferiores del modelo.

En definitiva, los determinantes de la salud han surgido a partir de la segunda mitad del siglo XX teniendo como máximo exponente el modelo de Lalonde, a partir del cual se han ido desarrollando e incluyendo conjuntos de factores o categorías que han hecho evolucionar los determinantes de salud en función de los cambios sociales y las políticas de salud de los países y organismos supranacionales. Este desarrollo de los determinantes de salud es paralelo a la evolución de la Salud Pública en el siglo XX y al surgimiento y desarrollo de ámbitos como promoción de la salud, investigación en promoción de salud y educación para la salud.

Los determinantes de la salud están unánimemente reconocidos y actualmente son objeto de tratamiento y estudio en distintos foros (mundiales, regionales, nacionales, etc.). Así, la OMS en el año 2005 ha puesto en marcha la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, también en el marco de la Unión Europea, en el año 2002 se puso en marcha un programa de acción comunitaria en el ámbito de la Salud Pública; por último, en España tanto las autoridades sanitarias estatales como autonómicas están implicadas y coordinadas en el desarrollo de los determinantes de salud.

1.4 Indicadores de salud

Con el fin de mejorar la salud de los individuos y de la población, los gobiernos y los organismos supranacionales de salud deben tomar decisiones en cuanto a qué programas y servicios sanitarios deben priorizar y en consecuencia dotarlos de recursos y financiación. Para poder tomar decisiones sobre la salud es necesario disponer de una información consistente sobre las diferencias de salud entre distintos colectivos humanos o sociales, la prevalencia o incidencia de ciertas enfermedades que varían con el tiempo y entre los grupos sociales así como sus consecuencias, analizar los factores de

riesgo de la salud en función de las características sociales, económicas y culturales, etc. Es decir, es necesario medir la salud de las poblaciones, analizar y valorar los distintos problemas de salud y su magnitud para poder tomar decisiones racionales y realizar una asignación de recursos que sea eficiente.

Los indicadores de salud son un conjunto de datos o instrumentos relacionados con la salud de la población y mediante los cuales se evalúa. Estos instrumentos de valoración de la salud se caracterizan porque aportan informaciones parciales sobre algunas de las diferentes dimensiones de la salud. De forma similar a lo que ocurrió con el concepto de salud y sus determinantes, los indicadores de salud han estado en continuo cambio y desarrollo en función de los cambios culturales, económicos y sociales, con el fin de abarcar distintas dimensiones de la salud (Ware (1987), Patrick y Bergner (1994)) y que puedan ser utilizados para comparar diferentes poblaciones. Así, organismos como la OMS, la OMS para la región europea, Eurostat, y la OCDE han ido revisando los distintos indicadores y creando nuevos instrumentos que nos proporcionan información de la salud, llegando a crear a nivel europeo el compendio internacional de indicadores de salud (ICHI). En particular, en España, en el marco del sistema de información sanitaria, entre la administración estatal y las autonómicas, se dispone de un sistema de indicadores de salud que ofrecen una visión de la salud y de la situación sanitaria a nivel estatal y autonómico. Además, estos indicadores se han ido actualizando en el tiempo desde la perspectiva nacional y supranacional. Así, en 2005, el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó los indicadores de salud en el contexto europeo y el sistema sanitario español. Posteriormente, en marzo de 2007 se han establecido los Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS), tomando como referencia el proyecto “European Community Health Indicators” (ECHI) llevado a cabo por la Comisión Europea, lo cual ha permitido establecer un listado de 110 indicadores que aportan información sobre la salud y el sistema sanitario español y cuya filosofía es ir desarrollándolos y transformándolos con el fin de obtener la mayor y mejor información sobre la salud.

Cuando se consideran los indicadores de salud es necesario delimitar el campo de información que nos proporcionan, ya que hay indicadores que proporcionan información del sistema sanitario, información clínica del individuo, información demográfica y poblacional e información del estado de salud. En este estudio nos centraremos en describir estos últimos indicadores aunque en el estudio empírico consideraremos también indicadores demográficos y sanitarios.

Entre los indicadores de salud referidos al estado de salud podemos distinguir tres grupos: indicadores de mortalidad, indicadores de morbilidad e indicadores generales del estado de salud. Veamos cada grupo.

- a) Indicadores de mortalidad: entre este conjunto de indicadores se encuentran el número de defunciones, la tasa de mortalidad general, la tasa de mortalidad por distintas causas de muerte, las tasas de mortalidad prematura por distintas causas, etc. Estos indicadores tienen la limitación, sobre todo en los países desarrollados, de que en el siglo XX y en la actualidad son poco sensibles para detectar problemas o cambios en el estado de salud, es decir, las tasas de mortalidad no sufren importantes variaciones anualmente, pero eso no quiere decir que el estado de la población sea mejor ni peor. Esto supone que para obtener información más apropiada de estas tasas hay que calcularlas por edad y sexo y considerar como un indicador que proporciona mayor información la mortalidad prematura por distintas causas, ya que tarde o temprano todas las personas morimos pero no necesariamente hay que morir de forma prematura, si no es debido a determinadas causas (enfermedades, accidentes, etc.). Estos indicadores se obtienen a partir de registros continuos o censos.
- b) Indicadores de morbilidad: entre este conjunto de indicadores se encuentran todos aquellos que nos permiten conocer la incidencia y la prevalencia de las diferentes enfermedades, asimismo incluye los indicadores que proporcionan información sobre las

discapacidades o limitaciones de las actividades cotidianas. El problema que presentan estos indicadores es que las fuentes de datos sobre incidencia y prevalencia de la mayoría de las enfermedades y de las discapacidades son escasas ya que sólo existen registros continuos para algunas enfermedades (VIH/Sida, cáncer, registros hospitalarios-datos CMBD), en aquellos casos en que no existen registros continuos las mejores fuentes de datos de morbilidad provienen de estadísticas realizadas para otros fines o para temas de salud (encuestas de discapacidades, encuestas de morbilidad hospitalaria, encuestas de salud y hábitos sexuales, encuestas nacionales de salud, registro de accidentes de circulación, estudios epidemiológicos específicos, exámenes de salud en colectivos específicos, etc.).

- c) Indicadores generales del estado de salud: estos indicadores surgen en los países desarrollados como consecuencia del descenso de la mortalidad en los últimos cincuenta años, el aumento de la población de edad más avanzada y el predominio de las enfermedades crónicas, los indicadores de mortalidad y morbilidad se han mostrado insuficientes (no innecesarios) para explicar el estado de salud y su evolución. Por otra parte, debido al carácter multidimensional e integral del concepto de salud en las últimas décadas, se hace necesario introducir nuevos indicadores que recojan otras facetas de la salud. Los indicadores generales del estado de salud se pueden considerar globales o estratificados por sexo o edad. Entre los principales indicadores según organismos como OMS para la región europea, Eurostat, OCDE y Ministerio de Sanidad y Consumo de España, destacan los siguientes:

- La esperanza de vida (EV) es el indicador básico para medir la salud de una población. Se define como el número medio de años que espera vivir, a una edad determinada, un miembro de una cohorte de edad si se mantienen las

actuales tasas de mortalidad observadas. Este concepto fue propuesto por Sanders (1964) y Sullivan (1971) lo hizo operativo desarrollando un método de cálculo ampliamente aceptado. Este indicador recoge, además del impacto de la mortalidad en la población, algunos elementos referidos a las condiciones de salud de la población. Es decir, mediante los indicadores de salud esperada podemos conocer el número de años (medios) que un individuo espera vivir en determinadas condiciones de salud. La importancia de este indicador está en la capacidad de valorar simultáneamente la evolución de la mortalidad, morbilidad y discapacidad y en consecuencia la capacidad de plantearse distintos escenarios de salud. Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas y la discapacidad presentan mayor prevalencia a edades avanzadas, a pesar de los aumentos en la esperanza de vida, se han propuesto algunos indicadores como la esperanza de vida libre de incapacidad o la esperanza de vida en salud percibida que pretenden recoger la esperanza de vida desde la perspectiva de ausencia de discapacidad o limitación y desde la percepción que tiene el individuo de su salud. Los indicadores de esperanza de vida se obtienen a partir de las tasas de mortalidad y a partir de registros y encuestas.

- La salud percibida: es otro indicador general del estado de salud, que por su importancia en el desarrollo de esta tesis se aborda en el siguiente apartado.
- Indicador de riesgo de mala salud mental: es una medida asociada a problemas o desordenes psiquiátricos y proporciona el porcentaje de personas adultas, en España mayores de 15 años, que presentan riesgo de mala salud mental. Para ello utiliza el "General Health Questionnaire

(GHQ-12)” (Goldberg, 1972) que es un cuestionario validado con 12 ítems que miden la posible presencia de experiencias depresivas, ansiedad, otros desordenes mentales y la asociación de discapacidades a estos problemas. Además, el GQH-12 incluye una medida aproximada de la calidad de vida y de la funcionalidad social, ya que hay ítems que abordan la funcionalidad social. Este indicador se utiliza en la práctica clínica y en las encuestas sobre el estado de salud

- Otros indicadores del estado de salud: existen otros indicadores del estado de salud, no menos importantes que los anteriores, tales como la limitación para la realización de las actividades de la vida diaria de las personas que pretenden informar sobre las limitaciones que una persona puede tener en el desempeño de las actividades diarias en su entorno real como consecuencia de un problema de salud, así como el tipo de problema y el grado de severidad. En general se suele diferenciar o estratificar por grupos de edades ya que las actividades varían, un caso concreto es el de las personas mayores de 64 años a las que se les pregunta si pueden realizar por si mismos una serie de actividades concretas o si necesitan ayuda, dando lugar a indicadores de dependencia funcional. Estos indicadores se suelen utilizar generalmente en encuestas de salud o en colectivos específicos en los que se aborda su estado de salud.

1.5 La salud percibida

Entre los indicadores generales de salud mencionados anteriormente, se encuentra el indicador de salud percibida al que prestamos una atención especial en este apartado, puesto que este indicador es el utilizado en el análisis empírico de esta tesis.

La salud percibida es una medida global, a diferencia de otros indicadores de salud como los de mortalidad y morbilidad, que incluye diferentes dimensiones de la salud: física, emocional, social y síntomas y signos biomédicos. Gracias a la naturaleza intrínseca de la salud, esta puede observarse como un fenómeno continuo, es decir, la salud no siempre es buena o mala; los individuos a lo largo de su vida experimentan que su salud se encuentra distribuida entre un continuo de estados que van de la salud excelente a la muerte. Es de esperar que los individuos realicen diversas transiciones entre los distintos estados de salud (en ambas direcciones: de mejor a peor y viceversa) para terminar en el estado final que es la muerte. Uno de los problemas de la naturaleza continua de la salud es la dificultad práctica de aproximarse de forma empírica a los infinitos estados de salud que puede experimentar un individuo a lo largo de su vida, lo cual hace necesario establecer umbrales que hagan operativa la definición. Una manera de resolver estas dificultades es utilizar la información disponible en algunas encuestas sobre el estado subjetivo de salud, también conocido como valoración subjetiva de la salud, salud percibida o salud autopercebida. Esta información se obtiene a partir de una pregunta genérica sobre la salud que suele expresarse en los siguientes términos: “¿cuál diría que es su estado de salud?”. Las posibles respuestas suelen ser: “Muy bueno”, “Bueno”, “Regular”, “Malo” y “Muy malo”. En la mayoría de las ocasiones la pregunta está referida a un periodo de tiempo concreto (por ejemplo, en los últimos doce meses) con el fin de que el individuo elabore una respuesta que resuma la salud en dicho periodo y no fije la respuesta por su situación de salud en el instante de la encuesta. Diversos organismos como la Oficina Regional Europea o el Ministerio de Sanidad y Consumo de España consideran, a partir del estado de salud percibido, un nuevo indicador resumen del anterior que se denomina “autovaloración negativa del estado de salud” y se define como la proporción de personas que señalan que su estado de salud es regular, malo o muy malo.

Hay numerosos trabajos que han mostrado una asociación entre la salud percibida y otros indicadores de salud como la enfermedad crónica, discapacidad, supervivencia en personas mayores, mortalidad, etc. (Ilder y Kasl (1995), Ilder y Benyamini (1997), Kaplan *et al* (1983), Simon *et al* (2005), etc.).

Sin embargo, también existe algún trabajo que pone en entredicho que mide la salud percibida (Krause y Jay (1994)) y la asociación entre salud percibida y el estado de salud real (Fielding y Li (1997), Castro *et al* (2007)). Asimismo la salud percibida ha sido asociada con clase social, nivel educativo, hábito de fumar, uso de servicios médicos y sexo (Zimmer *et al* (2000), Crossley y Kennedy (2002), Blaxter (1990), Fylkesnes y Forde (1992), Schnittker (2004), Wang *et al* (2006), Taghrif *et al* (2007)). Pero independientemente de las asociaciones citadas anteriormente, la autovaloración del estado de salud por parte de los individuos se considera como uno de los mejores indicadores globales de salud (Robine *et al* 2000), es decir, es un indicador que abarca las diferentes dimensiones de la salud (física, emocional, social, etc.) a la vez que refleja la insatisfacción de la población con los servicios y cuidados sanitarios. Este indicador se utiliza fundamentalmente en encuestas sobre el estado de salud (grandes poblaciones) y en censos de poblaciones pequeñas o colectivos muy específicos.

Capítulo 2. La Encuesta Nacional de Salud

2.1 *Introducción*

Para medir la salud y poder hacer una valoración de la misma a través de los indicadores de salud es necesario disponer de instrumentos operativos que permitan obtener la información necesaria. En este contexto, el sistema sanitario español cuenta con dos instrumentos fundamentales que son las encuestas y los registros sanitarios o censos. Mediante estos instrumentos se recoge información sobre la salud de la población a partir de la cual se elaboran diversos indicadores de salud, entre los que se encuentra el indicador de salud percibida. El indicador de salud percibida es utilizado en España desde mediados de los años ochenta y ha sido obtenido fundamentalmente a partir de las diferentes encuestas nacionales de salud.

Este capítulo tiene por objetivo presentar la Encuesta Nacional de Salud (ENS) de España, como un instrumento para medir y estudiar la salud de la población y de los individuos.

El capítulo cuenta con dos apartados, además de esta introducción. En el segundo apartado se describen los objetivos de la ENS y se analiza cómo estuvo y está sometida a continuas transformaciones en virtud tanto de su finalidad y los cambios sociales, culturales y económicos, como de la evolución del propio concepto de salud y los factores que la determinan. En el tercer apartado se describen los objetivos y metodología de la Encuesta Nacional de Salud del año 2006-2007 (ENS-2006), que es la utilizada para este estudio, por ser la más reciente.

2.2 *La Encuesta Nacional de Salud de España*

La ENS de España es realizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el marco del desarrollo de estrategias de salud que tiene como objetivo fundamental mejorar la salud de la población. Es una investigación de periodicidad bienal dirigida a las familias y los ciudadanos. La finalidad principal

de esta encuesta es obtener datos e información sobre el estado de salud de las personas y colectivos, y los factores que la afectan o la determinan desde la perspectiva de los ciudadanos. Es decir, el objetivo de la encuesta es conocer cuál es la visión o percepción que las personas tienen de su estado de salud y de los factores que influyen en ella.

Como todo elemento asociado al campo de la salud, la ENS de España estuvo y está sometida a continuas transformaciones en virtud de su finalidad y los cambios sociales, culturales y económicos junto con la evolución de lo que entendemos por salud y sus factores asociados. Así, el Ministerio de Sanidad y Consumo realizó la primera encuesta en el año 1987 (ENS-1987), cuyo trabajo de campo fue llevado a cabo por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) y que posteriormente siguió realizando con un carácter bienal desde el año 1993 a 1997, dando lugar a tres encuestas: ENS-1993, ENS-1995 y ENS-1997, las cuales pretendían actualizar los datos e ir introduciendo dimensiones o mejoras con el fin último de tener la mayor y mejor información. Por ejemplo, a partir de la ENS-1995 las encuestas se dividen en cuatro periodos u oleadas a lo largo del año para evitar potenciales variaciones estacionales en el comportamiento del uso de los servicios sanitarios y la morbilidad.

En el año 1999 no se realizó la ENS debido a que, por una parte, la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud junto con un grupo de expertos en salud llevó a cabo un análisis y revisión de las encuestas realizadas hasta la fecha, proponiendo diversas modificaciones que debían incorporarse a lo largo de la siguiente década. Entre las propuestas que se hicieron destacan las tres siguientes: la utilización de instrumentos de medición de la salud validados por distintos organismos internacionales como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), Eurostat y la Organización Mundial de la Salud (OMS); la actualización del diseño muestral de la encuesta de forma que se pudieran homogeneizar los datos de las encuestas anteriores; y la compatibilización y armonización de las encuestas de salud de España con las encuestas de salud llevadas a cabo en algunas comunidades autónomas y más tarde en todas ellas. Por otra parte, el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 1999 realiza, por encargo del

Ministerio de Sanidad y Consumo, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud, en la que se incluyen, en uno de los cuestionarios, las materias que se abordan en la ENS, lo cuál hacía desaconsejable realizar dos encuestas de salud en un mismo año, con materias similares. También se consideró que la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estados de Salud sería una fuente de información adicional que permitía profundizar y madurar en las posibles modificaciones de la ENS de cara al futuro.

En consecuencia, la ENS de Salud posterior a 1997 se llevó a cabo en el año 2001 a través del CIS. En este año, se plantean las cuatro siguientes modificaciones: obtener datos desagregados que permitan realizar estimaciones por comunidades autónomas; introducir algunas variables que posibilitan analizar la salud desde la perspectiva de género; incorporar información relacionada con el trabajo productivo o remunerado; y adoptar como criterios para construir la variable clase social los considerados por el CIS que están basados en la Clasificación Nacional de Ocupaciones, lo cual permite comparaciones de la ENS-2001 con otros estudios (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002).

A partir del año 2002 la ENS es incluida en el Plan Estadístico Nacional como una operación estadística y se firma el Acuerdo Marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y el INE en el que, en líneas generales, se establece que el Ministerio Sanidad y Consumo se responsabiliza de definir los objetivos, el ámbito de investigación y las variables; mientras que el INE llevará a cabo la realización del proyecto técnico, del diseño muestral, la preparación de los cuestionarios, la formación de entrevistadores, la recogida de los datos y el tratamiento informático hasta llegar a los ficheros finales de la Encuesta. Asimismo, se establece que la periodicidad de la ENS será bienal. Por lo tanto, las dos últimas ENS disponibles (ENS-2003 y ENS-2006) son fruto del marco de colaboración entre el INE y el Ministerio de Sanidad y Consumo y de las modificaciones propuestas a partir del año 1999 por el grupo de expertos en salud junto con la Subdirección General de Epidemiología, Promoción y Educación para la Salud.

2.3 La Encuesta Nacional de Salud de 2006 (ENS-2006)

Tras la presentación de resultados de la ENS del año 2003 (ENS-2003), el Ministerio de Sanidad y Consumo aborda una revisión de los cuestionarios de esta encuesta, en la que intervienen, además del Ministerio de Sanidad y Consumo, el INE y expertos tanto en salud como en encuestas de salud. El fin último de esta exploración y profundización de los cuestionarios es introducir ciertas modificaciones en el contenido de la encuesta fruto de los retos que aparecen en el campo de la salud, entre los que destacan: la adaptación de la encuesta a los requerimientos del Proyecto de la Encuesta Europea de Salud; la incorporación de determinantes de salud no considerados en encuestas anteriores (medioambiente físico y social); añadir nuevas dimensiones relacionadas con la salud como la salud mental; y potenciar la encuesta como un instrumento para la medición y detección de desigualdades de salud.

Como fruto de estas reflexiones y propuestas de modificaciones citadas anteriormente se elaboraron tres cuestionarios atendiendo a los tres grupos siguientes: el hogar, los menores (de 0 a 15 años) y los adultos (de 16 años o más). Todas estas modificaciones se incorporan en la última ENS disponible que está referida al bienio 2006 y 2007 y conocida como la ENS del 2006 (ENS-2006). A continuación, pasamos a describir con más detalle la metodología de esta última ENS.

2.3.1 Objetivo General y Específicos

El objetivo general de la ENS-2006 es obtener la información necesaria sobre la salud de la población desde la percepción del individuo, con el fin de mejorar la planificación y evaluación de las políticas y actuaciones en materia sanitaria.

Los objetivos específicos de la ENS-2006 son los siguientes (Ministerio de Sanidad y Consumo (2008a) e Instituto Nacional de Estadística (2008a)):

- Obtener información sobre la valoración del estado de salud general, física y psíquica que realizan los ciudadanos, así como identificar los principales problemas de salud que perciben.
- Conocer la utilización de los servicios de salud y su grado de acceso.
- Proporcionar información sobre los factores determinantes de la salud como factores medioambientales, físicos y sociales, y hábitos de vida con riesgo para la salud.
- Analizar la salud desde la perspectiva de género.
- Estudiar las desigualdades en salud.

2.3.2 Ámbito de la encuesta

La encuesta se realiza en todo el territorio del estado español. La investigación está dirigida al conjunto de personas que residen en viviendas familiares principales; en el caso de que una vivienda esté constituida por dos o más hogares, la encuestas se amplía a todos ellos, pero de manera independiente para cada uno de los hogares.

Desde la perspectiva del ámbito temporal, la recogida de la información de la encuesta se ha realizado a lo largo de un año, desde junio de 2006 hasta junio de 2007.

2.3.3 Diseño muestral de la encuesta

El tipo de diseño muestral utilizado es un muestreo polietápico estratificado con las siguientes etapas:

- Primera etapa: las unidades de primera etapa son las secciones censales. Para la selección muestral de estas unidades se ha utilizado como marco la relación de secciones censales utilizadas del Padrón Municipal de Habitantes del año 2006.
- Segunda etapa: las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales. Para la selección muestral de estas unidades se ha utilizado la relación de viviendas familiares principales en cada una

de las secciones censales seleccionadas para la muestra en la primera etapa.

- Tercera etapa: en cada vivienda familiar principal, seleccionada en la etapa anterior, se selecciona un adulto (persona de 16 años o más) para cumplimentar el Cuestionario de Adultos, y en el caso de que hubiese menores (personas de 0 a 15 años) también se selecciona un menor con el fin de que, en su caso, cumplimente el Cuestionario de Menores. Si en una vivienda familiar principal hubiese más de un hogar, se consideraran todos los hogares existentes de forma independiente, y en cada uno de ellos se seleccionará un adulto y un menor, en el caso de que hayan.
- Estratificación: los estratos se forman a partir de las unidades primarias según el tamaño del municipio al que pertenece la sección censal. Así, se consideran siete estratos en orden de mayor a menor número de habitantes de los municipios: Municipios de más de 500.000 habitantes, Municipio capital de provincia, con más de 100.000, de 50.000 a 100.000, de 20.000 a 50.000, de 10.000 a 20.000 habitantes y Municipios con menos de 10.000 habitantes (en todos los casos exceptuando a los dos primeros).

Acorde al diseño muestral descrito anteriormente, en cada comunidad autónoma se ha diseñado una muestra independiente que la representa, lo que permite obtener información representativa para cada una de ellas.

El tamaño muestral se ha determinado de forma que se puedan obtener estimaciones con un determinado grado de fiabilidad a nivel nacional y de comunidad autónoma. Se ha seleccionado una muestra de 31.304 viviendas familiares principales distribuidas en 2.236 secciones censales (en cada sección censal seleccionada se escogen 14 viviendas familiares principales), de forma que estas últimas se distribuyen entre las comunidades autónomas asignando una parte de forma uniforme y otra de forma proporcional al tamaño de la misma.

2.3.4 Cuestionarios de la encuesta y recogida de información

La ENS-2006 consta de tres cuestionarios que son los elementos fundamentales en la recogida de la información de la encuesta: el Cuestionario del Hogar, el Cuestionario de Adultos y el Cuestionario de Menores.

El Cuestionario del hogar pretende recoger información de características sociodemográficas de todos los miembros del hogar y algunas características del hogar encuestado tales como sus ingresos, las condiciones de la vivienda y su entorno físico (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b).

El Cuestionario de Adultos es un instrumento diseñado con el fin de recoger información de las personas de 16 y más años sobre distintas dimensiones y determinantes de la salud tales como: estado de salud y enfermedades crónicas, trabajo reproductivo, accidentes, restricción de la actividad, consumo de medicamentos, salud mental, estrés laboral, acceso y utilización de los servicios sanitarios, hábitos de vida y prácticas preventivas, agresiones, discriminación, características físicas y sensoriales, limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria, apoyo afectivo y personal y función familiar. Este cuestionario se lleva a cabo en todos los hogares para lo cual se selecciona aleatoriamente una persona entre todos los miembros del hogar mayor de 15 años. Se han realizado 29.478 entrevistas en este colectivo de ciudadanos (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008c).

El Cuestionario de Menores está diseñado con el fin de recoger información de las personas de 0 a 15 años sobre dimensiones y determinantes de la salud similares a las del Cuestionario de Adultos pero adaptadas a este colectivo de ciudadanos. Además, este cuestionario incorpora características propias de la población infantil tales como: tipo de lactancia en los primeros meses de vida, la calidad de vida relacionada con la salud e información sobre el tiempo que dedican a ver la televisión, los video-juegos e Internet. Este cuestionario se lleva a cabo en los hogares donde hay personas menores de 16 años para lo cual se selecciona aleatoriamente una persona entre todos los menores del hogar.

El método de recogida de información es el de entrevista personal directa a las personas de 16 y más años. En el caso de los menores de 16 años, la información es proporcionada por la persona que conozca mejor los aspectos referidos al estado de salud del menor, generalmente la madre, el padre o tutor del niño. Se han realizado 9.122 entrevistas en este colectivo de ciudadanos.

Capítulo 3. Hipótesis y Objetivos

3.1 *Introducción*

Una vez delimitado el marco teórico de la salud, sus determinantes y su medición, mediante el indicador de salud percibida a través de las encuestas nacionales de salud y en particular la ENS-2006, en este capítulo se presenta la hipótesis de trabajo y los objetivos que se persiguen en la tesis (epígrafe 3.2). A continuación se ofrece una primera aproximación a los resultados fundamentales de la literatura sobre el caso español, y la evidencia empírica de los análisis preliminares del indicador de salud percibida, como su evolución, la comparación de España con otros países de la Unión Europea o la relación entre la salud percibida y el sexo o la edad (epígrafe 3.3).

3.2 *Hipótesis y objetivos de la investigación*

La hipótesis de trabajo es:

La salud percibida en España es un indicador que posee un carácter multidimensional e integral de la salud y que está estrechamente relacionado con los distintos factores (morbilidad, incapacidad, estilos de vida, uso de recursos sanitarios, sociodemográficos y geográficos) que afectan a la salud objetiva, lo que le convierte en un indicador complementario a otras medidas de salud objetivas o propias de los profesionales sanitarios.

Asumiendo la hipótesis de trabajo, el objetivo general de esta tesis es:

Analizar y modelar los distintos determinantes de la salud de los españoles de 16 o más años, utilizando como indicador de salud la valoración de la salud percibida por los individuos.

Este objetivo general se divide en los siguientes objetivos específicos:

- a) Obtener un modelo general para las personas de 16 años o más que permita conocer los factores que explican la valoración de la salud percibida así como su importancia relativa.
- b) Analizar las diferencias entre los determinantes de la valoración de la salud percibida para distintos grupos de edad.
- c) Profundizar en los factores específicos que influyen en la salud percibida de las personas de 65 o más años de edad, los ocupados, los varones y las mujeres.
- d) Analizar cuáles son los elementos explicativos que diferencian la SPP y la SPMP en las personas de 16 o más años de edad y en los distintos colectivos considerados anteriormente.

3.3 Antecedentes de la salud percibida

En el apartado 1.5 del capítulo 1 se ha puesto de manifiesto que el indicador de salud percibida recoge distintas dimensiones de salud, muestra una relación estrecha con otros indicadores de salud y está asociado con características sociales y de hábitos de vida del individuo. En la revisión de la literatura se observa que las investigaciones realizadas mediante las diversas ENS en los últimos veinte años se han caracterizado por ser predominantemente descriptivos, es decir, describiendo el estado de salud y su comportamiento, mediante la valoración de salud percibida, en función de distintos indicadores de salud (morbilidad, incapacidad, conductas de vida y uso de servicios sanitarios) y características sociodemográficas (sexo, edad, clase social, nivel de estudios, zona geográfica o comunidad autónoma). Entre estos estudios se distinguen los que han analizado toda la población y los que se han llevado a cabo sobre colectivos específicos, en particular el colectivo de personas de 65 o más años, (informes SESPAS 2000 y 2004; Artazcoz *et al* (2004), Rodríguez-Sanz *et al* (2006); Del Llano Señaris (2007), entre otros). En todos estos trabajos se pone de manifiesto una relación entre la mayoría de los factores considerados (indicadores de salud y características sociodemográficas) con la salud mediante el indicador de salud percibida. También se han realizado, aunque en menor medida, estudios en que se ha analizado de forma conjunta la influencia de distintos indicadores y

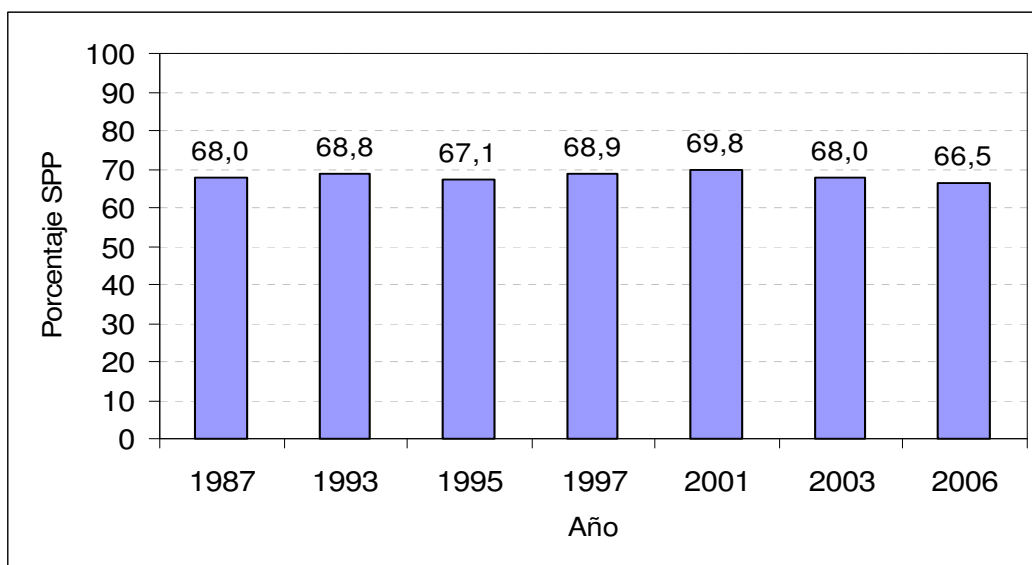
características en el estado de salud percibido aunque muchos utilizan fuentes de información distintas a la ENS o complementarias a la misma. Entre las investigaciones que usan la Encuesta Nacional de Salud de España destacan los trabajos de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2001) y Castro *et al* (2007). En el primero de estos estudios, a través de la ENS-1997, se llega a concluir que tanto los factores (de morbilidad, de conductas de vida y de uso de servicios sanitarios) como las características demográficas (excepto el sexo) influyen en ella con mayor o menor fuerza según el grupo de edad considerado y estableciendo que “la valoración de la salud reflejaría, fundamentalmente, la capacidad de la persona para desenvolverse en su vida cotidiana, más que el estado de salud objetivo o real”. En el segundo, Castro *et al* (2007), analiza la relación entre el estado de salud percibido, con la ENS del año 2003, e indicadores objetivos de salud a nivel nacional y autonómico (causas de mortalidad, morbilidad hospitalaria, accidentalidad laboral y el consumo de medicamentos), concluyendo que no existe relación entre el estado de salud percibido de las personas y su estado de salud real, entendiendo este último como el determinado por factores asociados a la mortalidad, la morbilidad hospitalaria, el consumo de medicamentos y la accidentalidad laboral.

El indicador de salud percibida, como se ha mencionado en el capítulo anterior, es una medida subjetiva de la salud que refleja la percepción que tienen los individuos sobre su propia salud, tanto desde el punto de vista del bienestar físico, emocional, psicológico o socio-cultural. En España, la medida de salud percibida, o información proporcionada por este indicador global de salud, se obtiene a través de las ENS mediante la pregunta “En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?”. La práctica habitual es que la información obtenida de estas cinco categorías se reduce a dos: la salud percibida positiva (SPP) o autovaloración positiva del estado de salud, que corresponde a las modalidades “Muy bueno” o “Bueno”; y su opuesta, la salud percibida negativa (SPN), también conocida como la salud percibida no positiva o autovaloración negativa del estado de salud, que agrupa a las modalidades “Regular”, “Malo” y “Muy malo”. La dicotomización de este indicador está en consonancia con la

práctica de las administraciones nacionales y europeas y con la mayor parte de la literatura sobre este tema, a la vez que facilita la aplicación de modelos estadísticos y su interpretación.

A la hora de estudiar la evolución de la salud percibida debemos de ser prudentes debido a los distintos cambios metodológicos que han sufrido las diferentes Encuestas Nacionales de Salud (sobre todo a partir del año 2003), aún a pesar de los esfuerzos realizados para mantener la homogeneidad de la serie. En la figura 3.1 se presenta la evolución en los últimos veinte años (desde el año 1987 hasta el 2006) de la SPP. Lo más destacable de la figura es que se aprecia una cierta estabilidad a lo largo del tiempo en la SPP, de hecho, el porcentaje de la población que declara tener una SPP a lo largo de estos años se encuentra entre el 66,5% y el 69,8%.

Figura 3. 1. Evolución de la SPP en el periodo 1987-2006 para la población de 16 o más años de edad.

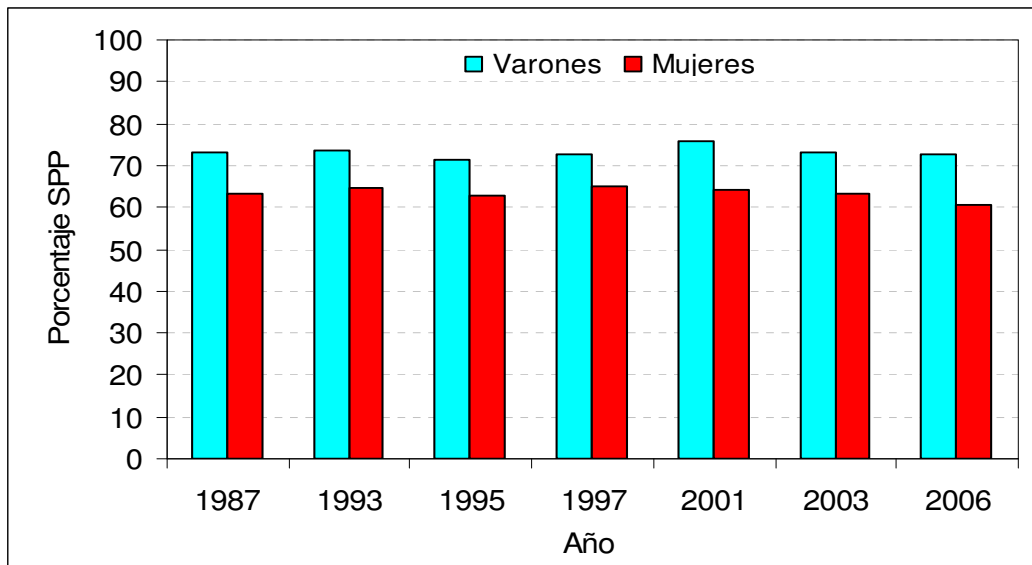


Fuente: ENS, diversos años.

Si estudiamos la evolución diferenciando por sexo (figura 3.2), se constata que, en todos los años, el porcentaje de mujeres que tienen SPP es inferior al de los varones, ya que la valoración de salud de éstos frente a las mujeres es mayor en aproximadamente 7 puntos porcentuales. Este comportamiento de la SPP entre varones y mujeres nos indica que las mujeres valoran peor la salud que los varones, ya que si consideramos otros indicadores de salud, como la esperanza de vida, se observa que con el paso

de los años ésta aumenta y es mayor en las mujeres que en los varones. (84 años para las mujeres y 77 para los varones, según las cifras del año 2005) lo cual indica que las mujeres, aunque tienen mayor esperanza de vida, tienen una peor percepción subjetiva de su salud.

Figura 3. 2. Evolución de la SPP por género en el periodo 1987-2006 para la población de 16 o más años de edad.



Fuente: ENS, diversos años.

La estabilidad del indicador de SPP viene corroborada por los datos procedentes del Panel de Hogares de la Unión Europea (PHOGUE). En la tabla 3.1, que proporciona información del periodo 1996 a 2001 para los distintos países de la Unión Europea, se observa que la valoración de la salud en la población española se mantiene prácticamente estable a lo largo del periodo considerado, mostrando valores muy próximos a los obtenidos a partir de la ENS. Si comparamos dos de los años en los que han coincidido el PHOGUE y la ENS observamos que en el año 1997 la SPP es del 67,9% según el PHOGUE y del 68,9%, según la ENS, lo que implica un punto más que el PHOGUE. Esta pauta vuelve a repetirse en el año 2001 en el que la SPP es el 68,8% en el PHOGUE y el 69,8% en la ENS (Instituto Nacional de Estadística. EUROSTAT (1991-2001), (2008b)).

También resulta interesante resaltar que la valoración positiva de la salud es superior en España a la del conjunto de la Unión Europea (de los 15) y

más concretamente, de países mediterráneos como Italia o Francia, aunque sucede lo contrario si hacemos la comparación con Grecia².

Tabla 3. 1. Evolución de la SPP para distintos países de la Unión Europea.

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
EU (15 países)	65,9	60,8	60,6	57,1	60,3	60,9
Bélgica	73,6	73,3	73,6	73,4	73,7	74,7
Dinamarca	76,4	77	76,7	77,9	76,2	75,3
Alemania	67,2	47,2	47,1	46,6	45,5	46,8
Grecia	75,4	73	75,9	76,1	76,5	77,2
España	67,6	67,9	68,7	69,9	70,6	68,8
Francia	59,8	59,1	57	58,2	58,1	58,1
Irlanda	81	81,8	81,3	82,4	82,7	82
Italia	59,4	59,7	59,4	58,7	58,2	60,3
Luxemburgo	68,1	-	-	-	-	-
Países Bajos	74	73,7	73,7	72,5	71,9	72,4
Austria	72,2	73,1	72,6	72,7	73,6	74,7
Portugal	48,1	47,1	47,1	47,5	46,8	47,5
Finlandia	59,9	61,6	61,3	61,3	61,9	61,4
Suecia	-	-	-	-	-	-
Reino Unido	71,4	68,9	68,7	45,6	67,8	68,2

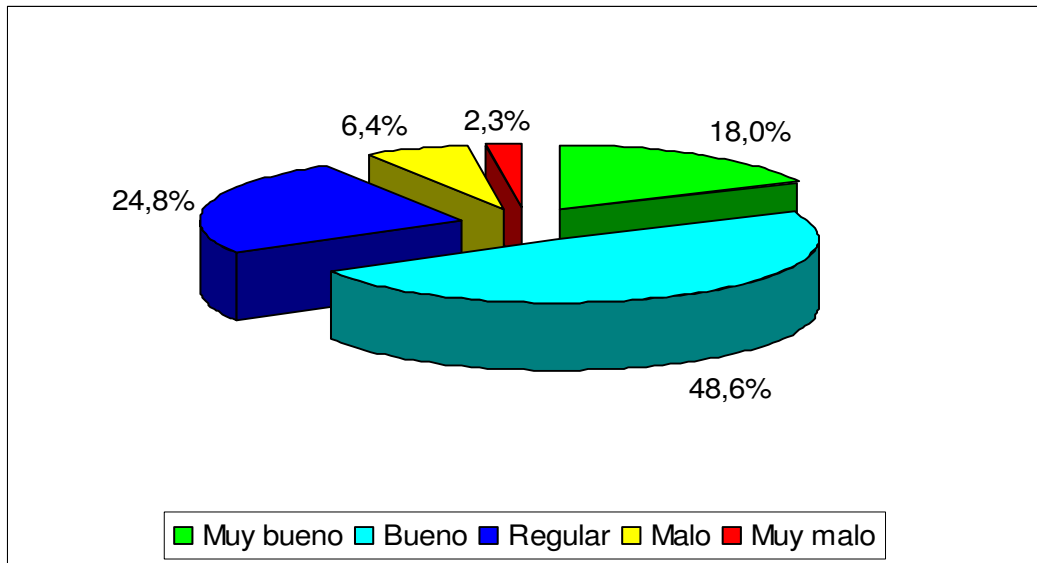
Fuente: PHOGUE, INE (2008b).

A continuación se profundiza en algunos aspectos del indicador de salud percibida tomando como base la ENS-2006. En primer lugar, la figura 3.3 muestra la distribución de la población mayor de 15 años según las cinco categorías de la pregunta de salud percibida. Se observa que entre los individuos de 16 o más años de edad el 66,5% valora positivamente su estado de salud, de forma que un 18% lo valora como “Muy bueno” y un 48,6% como “Bueno”. Entre los encuestados que no valoran positivamente su estado de salud, predominan los que la valoran como “Regular” (24,8%), tan sólo un 6,4% lo valoran como “Malo” y un 2,3% como “Muy malo”.

Asimismo, como se puede ver en la figura 3.4, que presenta el indicador de SPP por sexo y grupos de edad, la SPP decrece a medida que aumenta la edad, tanto en el caso de las mujeres como el de los varones, manteniéndose en todos los tramos de edad las diferencias por genero que se apreciaban para el total de la población. Es decir, las mujeres tienen una menor valoración de la SPP que los varones independientemente del tramo de edad en el que se analice este indicador.

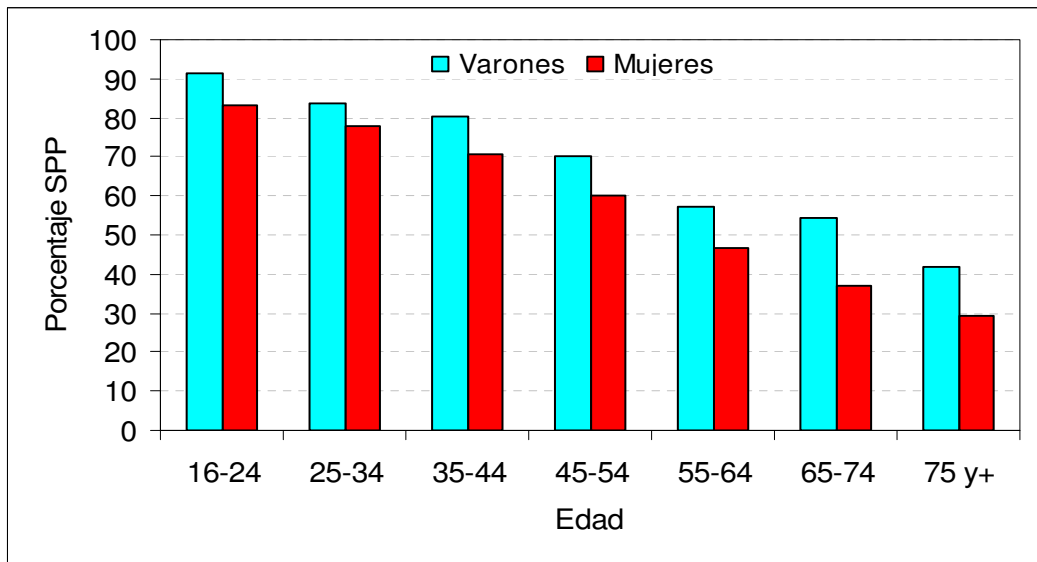
² Los datos proporcionados en la tabla 3.1 ofrecen la información del porcentaje de SPP para toda la población de 15 o más años en cada país y en la el conjunto de la Unión Europea de los 15.

Figura 3. 3. Estado de salud percibido para la población de 16 o más años de edad.



Fuente: ENS-2006.

Figura 3. 4. Comportamiento de la SPP según género y edad para la población de 16 o más años.

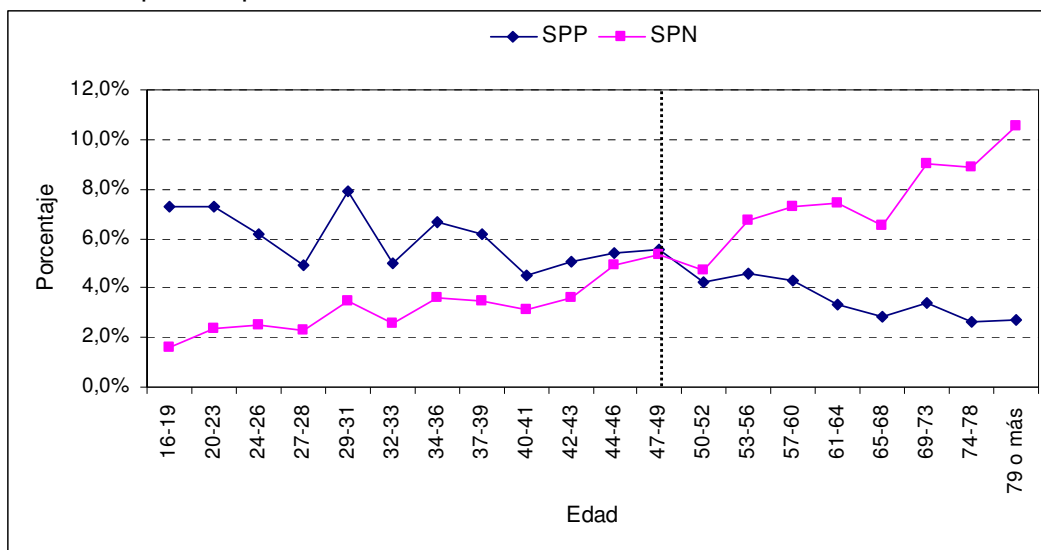


Fuente: ENS-2006.

Aunque la mayoría de los estudios que tratan de explicar los determinantes de la salud percibida indican que existe una relación negativa entre SPP y edad, es decir, que a mayor edad peor es la salud percibida por los individuos, no hay estudios que profundicen en si esta relación negativa es

monótona a lo largo de la edad o por el contrario existen saltos. Podría ser de interés realizar un estudio más minucioso de la SPP con relación a la edad, de forma que pudiéramos apreciar diferencias entre diversos colectivos demográficos que aconsejen realizar estudios específicos para distintos colectivos según los tramos de edad. Por otra parte, en la mayoría de los estudios de la valoración de la salud, la edad, aunque por su naturaleza es una variable continua, se agrupa en intervalos atendiendo a criterios sanitarios, sociológicos, etc. Para determinar los grupos de edad objeto de análisis es necesario observar el comportamiento de la valoración de la salud por tramos de edad. Con el fin de apreciar esta relación lo más nítidamente posible, en la figura 3.5 se representa la SPP y su complementaria (la SPN) para veinte grupos de edad iguales. La elección de los 20 grupos de edad se ha realizado después de hacer varias pruebas con distintos grupos de edad, incluso mediante percentiles, y comprobar que ésta es la forma más clara y sencilla de mostrar la relación entre salud percibida y edad.

Figura 3. 5. Distribución por grupos de edad según la SPP y la SPN de los individuos para la población de 16 o más años.



Fuente: ENS-2006.

En la figura 3.5, se pone de manifiesto que la SPP y la SPN se comportan de forma opuesta en relación con la edad, es decir, mientras la primera decrece con la edad la segunda crece, de forma que a partir del tramo de edad de 47 a 49 años el porcentaje de SPP es inferior al porcentaje de SPN.

Estos resultados parecen aconsejar que en el análisis de la SPP sería interesante diferenciar dos grupos de edad: los menores de 50 años y las personas de 50 o más años. Tampoco debemos olvidar que dentro del grupo de entrevistados de 50 años o más se encuentra el colectivo de los que tienen 65 años o más años, colectivo para el que sería aconsejable que recibiese un tratamiento diferenciado debido fundamentalmente a la razón sociológica de que los 65 años es la edad legal de jubilación en España. Aunque este colectivo ha recibido especial atención en la literatura sobre salud percibida, ya que se pueden encontrar diversos trabajos que centran su atención en el grupo de 65 o más años de edad (Aspiazu *et al* (2002), Séculi *et al* (2001), Fernández-Mayorales *et al* (2007), etc.); sin embargo, son muy escasos los estudios que analizan la salud percibida del colectivo de menores de 65 años de edad por separado (Artazcoz *et al* (2004), Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2001)).

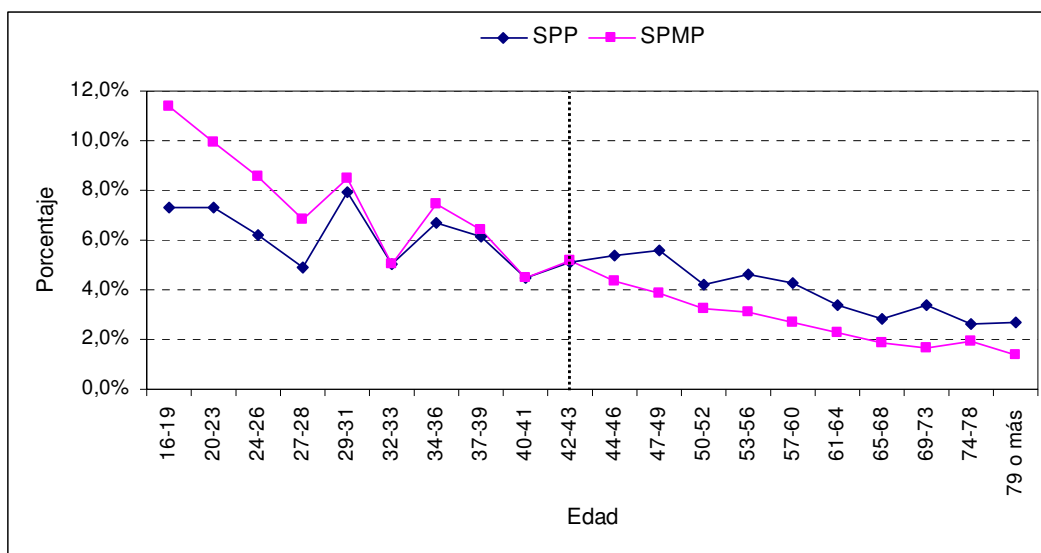
Asimismo, el hecho de que el porcentaje de SPP es diferente entre varones y mujeres, tanto en la ENS-2006 como en las ENS anteriores, plantea la necesidad de estudiar la SPP distinguiendo entre ambos, y analizar qué factores específicos están determinando la valoración del estado de salud en la población de mujeres y de varones. Es de hacer notar, que respecto a la influencia del sexo en la SPP, no existe un acuerdo unánime. Así, hay estudios que consideran que el sexo no afecta a la valoración del estado de salud (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2001), Fylkesnes y Forde (1992)), mientras otros afirman que el ser mujer lleva asociado una peor valoración del estado de salud (Rodríguez-Sanz *et al* (2006), Borrel *et al* (2004), Organización Panamericana de la Salud (2005)). De manera similar, hay estudios en los que se afirma que los que están trabajando u ocupados tienen una valoración más positiva del estado de salud de las personas (García Mainar (2000), Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2001), Artazcoz *et al* (2004)).

Evidentemente, como hemos visto en el capítulo anterior, la salud es un concepto con muchas facetas o dimensiones y en consecuencia no sólo tiene sentido plantearse la relación de la edad y el sexo con la autovaloración

del estado de salud sino que es necesario considerar otros factores como la enfermedad, la discapacidad, los hábitos de vida, sociales, económicos, etc. De hecho, en todos los estudios revisados se consideran factores de morbilidad, uso sanitario, hábitos de vida y socio-económicos.

En España, con la Encuesta Nacional de Salud, no existe ningún estudio que aborde las diferencias entre las valoraciones de estado de salud percibido “Muy bueno” y “Bueno” por lo que se considera una nueva definición de salud positiva que se denominará Salud Percibida Muy Positiva (SPMP) que se corresponde con la mejor valoración de la pregunta sobre el estado de salud percibido en el cuestionario de adultos.

Figura 3. 6. Distribución por grupos de edad según la SPP y la SPMP de los individuos para la población de 16 o más años.



Fuente: ENS-2006.

En la ENS-2006, como se mencionó anteriormente, un 66,5% de los individuos declara tener SPP, mientras que un 18,0% afirma tener SPMP. Si analizamos la relación de la edad con ambas valoraciones de salud positiva, se observa en la figura 2.6 que aunque ambas valoraciones de salud decrecen con la edad, el porcentaje de SPMP es mayor o igual que el de SPP entre los 16 y 43 años de edad, mientras que a partir de los 44 años de edad el porcentaje de SPP es mayor que el de SPMP. Por lo tanto parece necesario

plantearse si características como la edad u otras del individuo o su entorno están distinguiendo la SPP de la SPMP.

Capítulo 4. Modelos y metodología estadística

4.1 *Introducción*

En los capítulos anteriores se ha establecido el marco teórico de la conceptualización de la salud y su medición de forma operativa mediante el indicador de salud percibida (SPP o autovaloración positiva del estado de salud), entre otros indicadores, a través de las ENS y en particular de la ENS-2006. Ahora, con el fin de poder analizar y modelar los distintos factores y su importancia en el estado de salud percibida de los españoles de 16 o más años de edad, es necesario disponer un marco de trabajo empírico y una metodología estadística adecuada.

Este capítulo persigue dos objetivos: en primer lugar, establecer los modelos y la metodología estadística que se van a llevar a cabo en el estudio empírico; y en segundo lugar, definir las variables relevantes para el análisis y que son derivadas o transformadas de la base de datos de la ENS-2006. El capítulo se estructura en cuatro epígrafes, además de esta introducción.

En el primer epígrafe se plantea el diseño muestral de la ENS-2006 y las implicaciones que conlleva en la utilización de los métodos de inferencia. En el segundo epígrafe, se exponen los modelos estadísticos más apropiados para analizar los factores que influyen, de forma conjunta, en la autovaloración positiva de la salud de los individuos. En el tercer epígrafe, se describe la metodología estadística que se va a utilizar en el estudio empírico, considerando las distintas técnicas estadísticas, medidas de ajuste de los modelos, etc. En el último epígrafe, se presentan y explican las variables que se han considerado, a partir de la base de datos de la ENS-2006, como posibles candidatas a influir o determinar la autovaloración positiva de la salud de los individuos.

4.2 La muestra y su diseño

En el estudio empírico la muestra que se va a utilizar es la correspondiente a los individuos de 16 o más años de edad de la ENS-2006, la cual se ha obtenido mediante un diseño muestral polietápico estratificado.

Los diseños muestrales, como en nuestro caso, que constan de varias etapas y se combinan con estratificación se llaman diseños muestrales complejos o muestras complejas y se caracterizan porque las unidades muestrales no se seleccionan, necesariamente, independientemente unas de otras y además no todas las unidades muestrales tienen igual probabilidad de selección. En este sentido, las muestras complejas son el opuesto a las muestras aleatorias simples, ya que en estas últimas las unidades muestrales son seleccionadas independientemente unas de otras y todas tienen igual probabilidad de selección.

En este estudio, las unidades muestrales no son seleccionadas independientemente unas de otras ya que se escogen conglomerados (secciones censales) y en un mismo conglomerado las observaciones (individuos) están correladas, además, no todos los individuos tienen la misma probabilidad, puesto que, aunque a todos los adultos de la vivienda se les asigna la misma probabilidad, hay que tener en cuenta que las viviendas son seleccionadas (mediante muestreo sistemático) dentro de cada sección censal y éstas últimas son seleccionadas con probabilidad proporcional a su tamaño en cada estrato.

Por tanto, al realizar análisis de tipo descriptivo o inferencial con datos procedentes de una muestra obtenida mediante un diseño muestral complejo, tiene que tenerse en cuenta la estructura de los datos (Barroso *et al* (2002), Cañizares *et al* (2004)). En nuestro caso, hay que considerar que el diseño muestral presenta conglomerados y estratos y que las probabilidades de selección o inclusión de las últimas unidades muestrales (adultos de 16 o más años) no son iguales. Una vez que conocemos la probabilidad de selección de estas unidades muestrales, es necesario utilizar estas probabilidades para ponderar los datos y evitar así que las estimaciones obtenidas a partir de la

muestra estén sesgadas en sentido positivo o negativo. Este coeficiente de ponderación no es más que el inverso de la probabilidad de inclusión de cada unidad muestral, y se interpreta como el número de elementos de la población a los que representa cada observación muestral.

La información del diseño muestral referida a la estratificación y agrupación de observaciones en conglomerados es necesaria para obtener errores estándar, intervalos de confianza y p-valores correctos, ya que en otro caso los errores estándar pueden subestimarse y en consecuencia obtener intervalos de confianza más precisos y p-valores más bajos de lo que realmente son. En este sentido, se hace necesario considerar técnicas de estimación de la varianza, contrastes estadísticos y en general técnicas inferenciales que tengan en cuenta la estructura del diseño de la muestra con el único fin de garantizar que las estimaciones de los parámetros y sus errores estándar sean más precisos (Vittinghoff *et al*, 2005).

4.3 Modelo estadístico

Los modelos estadísticos empleados en la determinación de los factores que influyen en la valoración de la salud de los individuos están basados en las técnicas de modelos de regresión múltiple, utilizadas en situaciones donde hay diversos factores medibles o variables independientes, y a través de ellas se pretende explicar el comportamiento de una variable respuesta o dependiente. En nuestro estudio, la variable respuesta es el estado de salud percibido por los individuos, que se presenta en cinco modalidades “Muy bueno” “Bueno”, “Regular”, “Malo” y “Muy malo”. Por tanto, nuestra variable a explicar es categórica y de carácter ordinal.

En el ámbito de las ciencias de la salud existe un gran número de variables que se caracterizan por poseer un orden intrínseco. A veces, éstas pueden proceder de la categorización, por criterios prácticos, de una variable cuantitativa; en otras situaciones proceden de una variable cuantitativa subyacente difícilmente cuantificable, tal es el caso del estado de salud percibido por los individuos.

Puesto que nuestro objetivo es explicar la salud percibida en función de una variedad de factores considerados y dado que ésta es una variable respuesta ordinal, se hace necesario considerar las diferentes estrategias de análisis estadísticos, concretamente las técnicas de regresión en función de los factores o variables independientes:

1. Una primera solución es la de asignar valores a la variable respuesta ordinal y utilizar un modelo de regresión lineal múltiple. Esta opción presenta distintos inconvenientes, entre ellos que no se cumplan las hipótesis del modelo lineal, que las estimaciones de la variable respuesta puedan tomar valores fuera del rango de definición y que los resultados de las estimaciones difieran según las asignaciones numéricas de la variable respuesta (Sánchez-Cantalejo Ramírez (2000), Silva AyÇaguer y Barroso Utra (2004)).
2. Otra alternativa es dicotomizar la variable respuesta y plantear un modelo de regresión logística binaria. Como ya se mencionó en el capítulo anterior, la práctica habitual, en consonancia con las administraciones nacionales y europeas, es que la información obtenida de estas cinco categorías se reduce a dos categorías: la salud percibida positiva (SPP), que corresponde a las modalidades “Muy bueno” o “Bueno”; y su opuesta, la salud percibida negativa (SPN), que agrupa a las modalidades “Regular”, “Malo” y “Muy malo”. Esta estrategia, aunque no es necesariamente incorrecta, se debe utilizar con mucha precaución ya que el punto de corte elegido para la dicotomización influye en los resultados y desde el punto de vista estadístico la pérdida de eficiencia puede ser relevante frente a otras modelizaciones (Armstrong y Sloan, 1989).
3. Otra opción distinta a las anteriores es modelizar una regresión nominal “Modelo Multinomial Logit” sin considerar el carácter ordinal de la variable respuesta. En este caso el modelo es menos parsimonioso que otros modelos y presenta una baja eficiencia frente a estos, ya que se

desprecia la información del orden (Long (1997), Long y Freese (2006), Powers y Xie (2000)).

4. Una última estrategia son los modelos de respuesta ordinal. Ante los problemas y limitaciones planteados en los modelos citados anteriormente y la necesidad de tener en cuenta en la modelización el carácter ordinal de la variable respuesta, en el último cuarto del siglo XX se han desarrollado distintos modelos, entre los que destacan: el modelo logístico de razón de continuidad (Fienberg, 1980), el modelo logístico de *odds* proporcionales (McCullagh, 1980), el modelo logístico *stereotype* (Anderson, 1984) y el modelo logístico de *odds* proporcionales parcial propuesto por Peterson y Harrel en 1990 (Gameroff (2005), Long y Freese (2006)).

Para el análisis empírico de este estudio se han considerado dos modelos. Por una parte, el modelo logístico binario tomando como variable respuesta la SPP. Es importante resaltar que el punto de corte adoptado para dicotomizar la salud percibida es aceptado dentro de las distintas administraciones y en la mayoría de la literatura existente sobre este tema, y tiene la ventaja de que permite comparar los resultados con otros estudios. Por otra parte, para el estudio de la SPP y SPMP, se ha considerado la familia de modelos de respuesta ordenada, y en particular el modelo logístico de *odds* proporcionales (McCullagh, 1980), y el logístico de *odds* proporcionales parcial (Peterson y Harrel, 1990) debido a que son más parsimoniosos y eficientes que otros modelos y que tienen en cuenta el carácter ordinal de la variable respuesta, independientemente de que no podamos asegurar que las modalidades de dicha variable estén igualmente espaciadas.

A continuación se exponen las principales características de los modelos considerados.

4.3.1 El modelo logístico binario

Sea Y una variable respuesta que presenta *dos* categorías (buena salud y no buena salud) y sean $X = (x_1, x_2, \dots, x_k)$ un conjunto de variables explicativas o independientes medidas en n individuos

Sea $p = P(Y=1)$ la probabilidad de buena salud, el modelo de regresión logística binario es de la forma

$$p = \frac{\exp(\alpha_0 + X\beta)}{1 + \exp(\alpha_0 + X\beta)} = \frac{\exp\left(\alpha_0 + \sum_{i=1}^k x_i \beta_i\right)}{1 + \exp\left(\alpha_0 + \sum_{i=1}^k x_i \beta_i\right)}$$

o de forma equivalente

$$\text{logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \alpha_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$$

donde $\beta' = (\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k)$ es el vector de parámetros

Además, bajo la transformación *logit* se tiene que *logit*(p) es lineal en los parámetros asociados a las variables independientes.

La estimación de los parámetros se obtiene mediante el método de máxima verosimilitud. Este método genera estimadores que proporcionan los valores poblacionales que hacen más verosímiles los resultados en la muestra. Asimismo, para muestras grandes, dichos estimadores son insesgados, eficientes y se distribuyen normalmente.

Los parámetros surgen de maximizar el logaritmo de la función logística de verosimilitud, obtenida a partir de n observaciones independientes:

$$\ln L(Y/X, \beta) = \sum_{i=1}^n [Y_i \ln p_i + (1-Y_i) \ln(1-p_i)], \text{ con } p_i = P(Y_i=1)$$

Sin embargo, cuando se trabaja con muestras complejas, aunque la expresión del modelo es similar a la enunciada anteriormente, se tienen en cuenta los estratos y los conglomerados, en este caso los parámetros del

modelo son estimados a través del método de máxima verosimilitud mediante una aproximación del logaritmo de la función de verosimilitud que se llama función de pseudo-verosimilitud; esta función es una estimación de la función de verosimilitud poblacional que considera las distintas etapas del diseño muestral.

Para la interpretación de los parámetros hay que tener en cuenta que en los modelos de regresión logística los coeficientes β_i $i=1,\dots,k$ representan el cambio en el *logit* causado por un cambio unitario en X_i $i=1,\dots,k$, es decir, cómo varía la factibilidad del logaritmo a favor de que suceda el caso $P(Y_i=1)$ respecto a que no suceda $P(Y_i=0)$, al variar la variable independiente en una unidad (si ésta es continua) o al pasar a otra categoría (si ésta es cualitativa) manteniendo constantes el resto de las variables independientes.

Así el *odds ratio* para una variable independiente categórica en un modelo de regresión logística binaria múltiple, viene dado por la expresión:

$$OR = \frac{ODDS_{X_i=1}}{ODDS_{X_i=0}} = \frac{p_1/1-p_1}{p_0/1-p_0} = e^{\beta_1} \quad i=1,\dots,k$$

esta cantidad representa cuántas veces es mayor la probabilidad de estar en la categoría $Y=1$ respecto a $Y=0$ si se presenta la característica $X_i=1$ frente a $X_i=0$, manteniéndose constantes el resto de las variables regresoras, aunque en la práctica el *odds ratio* se interpreta como es de arriesgado $X_i=1$ para estar en $Y=1$

En el caso de una variable independiente continua el *odds ratio* en un modelo de regresión logística binaria múltiple viene dado por la expresión:

$$OR = \frac{ODDS_{X_i=A}}{ODDS_{X_i=B}} = \frac{p_A/1-p_A}{p_B/1-p_B} = e^{\beta_1(A-B)}, \quad i=1,\dots,k$$

esta cantidad representa cuántas veces es mayor la probabilidad de estar en la categoría $Y=1$ respecto a $Y=0$ al aumentar X_i de A a B , manteniéndose constantes el resto de las variables regresoras.

4.3.2 El modelo logístico de respuesta ordenada

Sea Y una variable respuesta (la salud percibida) que presenta c categorías ordenadas y sean $X=(x_1, x_2, \dots, x_k)$ un conjunto de variables explicativas o independientes medidas en n individuos. Sea $p = P(Y > j), j = 1, 2, \dots, c-1$

a) Modelo logístico de *odds* proporcionales o líneas paralelas.

Este modelo relaciona la variable ordinal, Y , con las $X=(x_1, x_2, \dots, x_k)$ variables independientes de la siguiente forma:

$$\text{logit}[P(Y > j)] = \ln\left(\frac{P(Y > j)}{1 - P(Y > j)}\right) = \alpha_j + X\beta, j = 1, 2, \dots, c-1$$

donde $\beta' = (\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k)$ es el vector de parámetros y $\alpha_j, j = 1, 2, \dots, c-1$ los términos independientes, verificándose que $\alpha_1 \leq \alpha_2 \leq \dots \leq \alpha_{c-1}$

de forma equivalente,

$$P(Y > j) = \frac{\exp(\alpha_j + X\beta)}{1 + \exp(\alpha_j + X\beta)}, j = 1, 2, \dots, c-1$$

La característica fundamental de esta modelización es que la relación entre las variables explicativas y la variable dependiente ordinal es independiente de la categoría considerada, ($\beta = \beta_j \forall j = 1, 2, \dots, c-1$). Esta característica es conocida en la literatura como la Hipótesis de *odds* proporcionales o líneas paralelas.

Además, posee la propiedad de ser invariante cuando se colapsan categorías adyacentes de la variable respuesta, ya que los coeficientes β no cambian, pero sí cambian los términos independientes.

La probabilidad de elegir cada una de las categorías de Y viene dada por la siguiente relación:

$$\begin{aligned} P(Y = 1 / X) &= F(\alpha_1 + X\beta) \\ &\vdots \\ P(Y = j / X) &= F(\alpha_j + X\beta) - F(\alpha_{j-1} + X\beta), j = 1, 2, \dots, c-1 \\ &\vdots \\ P(Y = c / X) &= 1 - F(\alpha_{c-1} + X\beta) \end{aligned}$$

siendo F la función de distribución logística con media 0 y varianza $\pi^2/3$

El *odds ratio* para este modelo es similar al de un modelo de regresión logística binaria, y viene dado por la expresión:

$$OR_{(>j/\leq j)}(X / x_i, x'_i) = \exp(\beta_i(x_i - x'_i)), i = 1, \dots, k$$

esta cantidad representa cuántas veces es mayor la probabilidad de estar en una categoría superior a j respecto a una inferior o igual a j si se presenta la característica x_i frente a x'_i , manteniéndose constantes el resto de las variables regresoras.

b) Modelo logístico de *odds* proporcionales parcial.

El gran atractivo del modelo anterior está en la facilidad de su interpretación, ya que tan sólo se necesita estimar un parámetro β por cada variable predictora (principio de parsimonia). En general, en el ámbito de la salud, hay características o variables para las cuales

no se cumple la hipótesis de *odds* proporcionales; en este caso las modelización y sus predicciones no son validas.

Peterson y Harrel (1990) propusieron una modificación del modelo de *odds* proporcionales, que se caracteriza porque permite que no se verifique la suposición de *odds* proporcionales para un subconjunto q ($q < k$) de las k variables explicativas.

La relación de la variable ordinal, Y , con las $X = (x_1, x_2, \dots, x_k)$ variables predictoras está modelizada de la siguiente forma:

$$\text{logit}[P(Y > j)] = \ln \left(\frac{P(Y > j)}{1 - P(Y > j)} \right) = \alpha_j + X\beta + t'\gamma_j, \quad j = 1, 2, \dots, c-1$$

donde $\beta' = (\beta_1, \beta_2, \dots, \beta_k)$ es el vector de parámetros, t es un vector ($q \times 1$) formado por las covariables que no asumen la hipótesis de *odds* proporcionales a priori o que va a ser contrastada; γ_j es un vector ($q \times 1$) de coeficientes de regresión asociados con las q covariables en t $\left(t'\gamma_j = \sum_{i=1}^q x_i \gamma_{ij} \right)$, $\gamma_c = 0$ y α_j son los términos independientes, verificándose que $\alpha_1 \leq \alpha_2 \leq \dots \leq \alpha_{c-1}$ de forma equivalente:

$$P(Y > j) = \frac{\exp(\alpha_j + X\beta + t'\gamma_j)}{1 + \exp(\alpha_j + X\beta + t'\gamma_j)}, \quad j = 1, 2, \dots, c-1$$

Este modelo coincide con el modelo de *odds* proporcionales en el caso en que $\gamma_j = 0 \quad \forall j = 1, 2, \dots, c-1$

La probabilidad de cada una de las categorías de Y viene dada por la siguiente relación:

$$\begin{aligned}
P(Y = 1 / X) &= F(\alpha_1 + X\beta + t'\gamma_1) \\
&\vdots \\
P(Y = j / X) &= F(\alpha_j + X\beta + t'\gamma_j) - F(\alpha_{j-1} + X\beta + t'\gamma_{j-1}), j = 1, 2, \dots, c-1 \\
&\vdots \\
P(Y = c / X) &= 1 - F(\alpha_{c-1} + X\beta + t'\gamma_{c-1})
\end{aligned}$$

siendo F la función de distribución logística con media 0 y varianza $\pi^2/3$

Para las variables que verifican la hipótesis de líneas paralelas el *odds ratio* es igual que para el modelo de McCullagh, es decir,

$$OR_{(>j/\leq j)}(X / x_i, x'_i) = \exp(\beta_i(x_i - x'_i)), i = 1, \dots, k$$

mientras que para las variables predictoras que no cumplan la hipótesis de líneas paralelas el *odds ratio* viene dado por:

$$OR_{(>j/\leq j)}(X / x_i, x'_i) = \exp((\beta_i + \gamma_{ij})(x_i - x'_i)), i = 1, \dots, q$$

La interpretación de estas cantidades es análoga al modelo de *odds* proporcionales.

Análogamente al modelo de respuesta binaria, los parámetros de estos modelos surgen de maximizar el logaritmo de la función logística de verosimilitud, obtenida a partir de n observaciones independientes:

$$\begin{aligned}
\ln L(Y / X, \beta) &= \sum_{i=1}^n [z_{1i} \ln p_1 + z_{2i} \ln p_2 + \dots + z_{ci} \ln p_c] \\
\text{con } p_j &= P(Y = j), Z = (z_1, z_2, \dots, z_c) / z_j = \begin{cases} 1 & \text{si } y = j \\ 0 & \text{en otro caso} \end{cases}, j = 1, 2, \dots, c
\end{aligned}$$

Cuando se trabaja con muestras complejas, la expresión del modelo es similar a la enunciada anteriormente pero teniendo en cuenta los estratos y los conglomerados, en este caso los parámetros del modelo son estimados a través del método de máxima verosimilitud mediante una aproximación de la función de verosimilitud que se llama función de pseudo-verosimilitud. Esta

función es una función de verosimilitud ponderada pero no es una verdadera función de verosimilitud poblacional, ya que no representa la función de distribución muestral de los datos de la población, pues ésta viene determinada por el diseño muestral considerado.

4.4 Metodología estadística

El estudio empírico que se va a realizar parte de la base de datos correspondiente a la muestra de los individuos de 16 o más años de la ENS-2006, la cual está contextualizada en un estudio observacional transversal.

Considerando los pesos muestrales de cada individuo derivados del diseño muestral se llevarán a cabo los siguientes pasos estadísticos:

- a) Análisis descriptivo unidimensional: las variables cuantitativas serán descritas mediante su media y desviación típica, mientras que las variables cualitativas, tanto de carácter nominal como ordinal, serán descritas por porcentajes. (Presentados en los Anexos para la población en general y para grupos específicos).
- b) Análisis de las variables explicativas candidatas a entrar en el modelo de regresión logística binario mediante regresiones logísticas para muestras complejas. Las estimaciones se realizarán teniendo en cuenta los pesos muestrales correspondientes a cada observación, y los errores estándar se obtendrán por el método de linealización de la serie de Taylor de primer orden. Se analizará la asociación de la variable explicativa con la variable dependiente mediante el estadístico de Wald ajustado, el p-valor asociado al estadístico y el *odds ratio* (*OR*). (Hosmer y Lemeshow (2000), Vittinghoff *et al* (2005)).
- c) Modelos de regresión logística multivariantes para muestras complejas para la SPP: Inicialmente se consideran como candidatas a formar parte del modelo todas las variables que en el análisis univariante presentaron una significación estadística ($p < 0.05$) o mostraron un cierto grado de relación con la SPP ($p < 0.20$) ya que, si

sólo se consideran las variables significativas podemos dejar de incluir en el modelo variables con una débil asociación con la SPP individualmente, pero que podrían ser influyentes en la SPP al considerarlas en conjunto con el resto de variables independientes (confusión o enmascaramiento). Se construyen modelos de regresión logística de efectos principales mediante el método de selección *backward*, controlando el efecto confusor entre las variables independientes. Esto significa que, se han ido eliminando del modelo, una a una, todas las variables no significativas estadísticamente y para las que no existen razones científicas de peso que lleven a la necesidad de ajustar por ellas. Antes de tomar la decisión de eliminar cualquiera de estas variables se evaluará su rol de variable confusora, de forma que se eliminará toda variable de confusión cuyo cambio entre el efecto ajustado (OR_a) y sin ajustar (OR) no es superior al 10 por ciento (Maldonado y Greenland, 1993), es decir

$$\left| \frac{OR - OR_a}{OR_a} \right| \leq 10\% .$$

El modelo resultante del proceso anterior se considera como el modelo de efectos principales y en este modelo se incluyen las variables que en el análisis univariante no presentaron una significación estadística, ya que ahora en presencia de otras variables sí pueden ser significativas. Con la incorporación de estas nuevas variables aplicamos, de nuevo, el método de selección *backward* de forma que eliminamos aquellas variables que no son significativas y no son confusoras. El resultado de este proceso da lugar al modelo final (Hosmer y Lemeshow (2000), Martínez-González *et al* (2006)).

- d) Bondad de ajuste: una vez obtenido el modelo final se evaluará cómo se ajusta el modelo a los datos, es decir se analizará el comportamiento entre las predicciones y los datos observados. Con tal fin se utilizará el test de Hosmer-Lemeshow para diseños muestrales complejos (Archer y Lemeshow, 2006) que es la técnica

más usual para verificar la bondad de ajuste. Este contraste consiste en observar cómo se desvían los valores observados respecto de los esperados según las predicciones del modelo de regresión logística ajustado agrupándolos en 10 categorías, correspondientes a los deciles o probabilidad de presentar el evento a estudio. El estadístico que valora las discrepancias globales se distribuye como una F de Snedecor de forma que si el ajuste es bueno el estadístico tomará valores pequeños, es decir, el test será no significativo. Se considerará un buen ajuste del modelo cuando el p-valor asociado al contraste sea mayor que 0.1 (Hosmer y Lemeshow, 2000).

- e) Modelos de regresión logística de *odds* proporcionales parcial multivariantes para los distintos niveles de salud percibida: con el fin de evaluar cómo las variables independientes afectan a las distintas valoraciones o categorías de salud percibida, SPMP y SPP, a partir de los modelos finales de SPP, se estimarán modelos de regresión logística de *odds* proporcionales. Para validar estos modelos se comprobará el test de *odds* proporcionales parciales o líneas paralelas, es decir, se contrastará que para las variables explicativas que verifican individualmente la hipótesis de líneas paralelas también la verifican en el modelo multivariante. Debe hacerse constar que la bondad del ajuste en estos modelos será una aproximación, ya que se evalúa la bondad del ajuste del modelo en cada categoría de la variable respuesta mediante el test de Hosmer-Lemeshow que ha sido diseñado para muestrales complejos.

4.5 Las variables a estudio

En este apartado se definen y describen las variables que se han considerado, a partir de los cuestionarios del hogar y para personas mayores de 16 años de la ENS-2006, por una parte se considera la autovaloración de salud percibida y sus dos modalidades de valoración positiva (SPP y SPMP), y por otra las posibles candidatas a influir o determinar la salud percibida positiva de los individuos.

A partir de las cinco posibles respuestas de los encuestados a la pregunta sobre su estado de salud se han definido dos variables dependientes. La primera toma el valor 1 cuando la valoración es “Muy bueno” o “Bueno” y 0 en otro caso (“Regular”, “Malo” y “Muy malo”) y hace referencia a la SPP frente a la SPN. La segunda variable dependiente que se ha definido toma tres valores: 2 cuando la respuesta es “Muy bueno”; 1 cuando es “Bueno” y 0 en otro caso (“Regular”, “Malo” y “Muy malo”) y permite diferenciar las dos valoraciones de salud percibida positiva (SPMP y SPP) a la que se ha hecho referencia en el capítulo anterior. Para el primer caso se aplican modelos binarios de regresión logística y en el segundo caso modelos de regresión logística ordenada de *odds* proporcionales parcial multivariantes.

Así como en la valoración de la salud percibida positiva se distinguen dos graduaciones, es necesario hacer notar que en la salud percibida negativa (SPN) no se distinguen valoraciones de salud percibida negativa ya que, entre las dos modalidades correspondientes a esta valoración es predominante la categoría “regular” (24,8 por ciento) y en el conjunto de las valoraciones de salud percibida las modalidades de “Malo” y “Muy malo” tienen un porcentaje muy bajo respecto a las demás (6,4 y 2,3 por ciento, respectivamente). Estos pesos de las modalidades de autovaloración de salud negativa desaconsejan desagregarla en distintos niveles de salud negativa desde el punto de vista estadístico, ya que los modelos estimados presentarían problemas de fiabilidad y precisión.

Las variables explicativas o independientes a considerar en el estudio se han obtenido de los cuestionarios del hogar y de adultos y se dividen en cuatro grupos: variables de entorno social, variables de morbilidad y discapacidad, variables de hábitos de vida y variables de uso de los servicios sanitarios. Las variables consideradas presentan en cada modalidad al menos un 5 por ciento, excepto para la variable comunidad autónoma, ya que en otro caso se han agregado modalidades o no se ha considerado la variable como posible variable independiente. En todas las variables en que la modalidad “No consta” (NC) es del 5 por ciento o superior se ha considerado esa modalidad a

efectos estadísticos pero no a efectos de interpretación de la influencia de esta categoría, de la variable, en la salud percibida positiva y sus graduaciones.

Las variables explicativas que son específicas de determinados colectivos (personas de 65 años o más, los ocupados, ser varón o mujer) serán presentadas y descritas cuando se estudien esos subgrupos de población.

a) Variables de entorno social: este conjunto de variables incluye características sociodemográficas y del hogar en que reside el entrevistado. Se consideran las siguientes:

- ✓ Edad del entrevistado
- ✓ Sexo del entrevistado: Varón, Mujer
- ✓ Clase social del entrevistado, o en su defecto del sustentador principal del hogar. Esta variable ha sido construida por el INE a partir de la información sobre la última ocupación del individuo o sustentador principal y teniendo en cuenta la agrupación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany *et al*, 2000). Las modalidades de la variable son:
 - Clase I: grandes empresarios, directivos y profesionales de segundo y tercer ciclo.
 - Clase II: pequeños empresarios y profesionales de primer ciclo.
 - Clase III: trabajadores administrativos, supervisores y trabajadores de seguridad.
 - Clase IV: trabajadores manuales cualificados y semicualificados.
 - Clase V: trabajadores no cualificados.
- ✓ Nivel de estudios: a partir de la información proporcionada por el cuestionario del hogar para la persona entrevistada se considera su nivel de estudios alcanzado, distinguiendo cuatro modalidades
 - Analfabeto o sin estudios: personas sin estudios o que no saben leer o escribir.

- Estudios primarios y secundarios de 1º ciclo: corresponde a las personas con estudios primarios o equivalentes y con enseñanza general secundaria de 1ª etapa.
 - Estudios secundarios de 2º ciclo y postsecundarios: aquellas personas con enseñanza profesional de grado medio, enseñanza general secundaria de 2ª etapa y enseñanzas profesionales superiores.
 - Estudios universitarios: personas con estudios universitarios, equivalentes de primer ciclo y equivalentes de segundo ciclo.
- ✓ Situación laboral: se considera si la persona entrevistada trabaja (ocupada) o no, se considera que no trabaja si está parado, es estudiante, es jubilado, se dedica a tareas del hogar u otras situaciones.
 - ✓ Comunidad autónoma de residencia: se consideran las 17 comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla, con lo que se tiene una representación geográfica de todo el estado Español.
 - ✓ Tipo de hogar según la persona encuestada: sí vive sola o con más personas.
 - ✓ Tipo de hogar según haya personas o no que necesitan cuidados: se distingue entre hogares sin y con personas que necesitan cuidados y en este segundo caso se plantea si el entrevistado se ocupa de estas personas o no.
 - ✓ Ocupación de las tareas del hogar: se plantea si el individuo entrevistado se ocupa de las tareas del hogar y en qué grado.
 - ✓ Función familiar: esta variable está basada en el cuestionario APGAR familiar (Smilkstein, 1978) que pretende evaluar el estado funcional de la familia. Consta de una escala *likert* de 5 ítems con tres categorías cada una, de forma que en cada ítem se obtiene una puntuación de 0 a 2 puntos según la categoría señalada. Para determinar la función familiar se suman las puntuaciones obtenidas en las 5 preguntas obteniendo una escala entre 0 y 10 puntos para valorar la situación familiar. Se considera que el

individuo tiene una buena situación familiar si la puntuación es entre 7 y 10 puntos, por el contrario, si la puntuación es inferior a 7 puntos se considera que el individuo tiene una situación familiar no buena, moderada si la puntuación es entre 4 y 6 puntos y grave si la puntuación es inferior a 4 puntos. Debido a que la disfunción grave, en la muestra, es inferior al 4% se ha agrupado con la disfunción moderada en la modalidad situación familiar no buena (Bellon *et al*, 1996).

- ✓ Discriminación en los últimos 12 meses: se le plantea al entrevistado si ha vivido alguna situación, en su entorno social y familiar, en que se haya sentido discriminado.

Tabla 4. 1. Distribución muestral de las variables de entorno social.

Variables de entorno social	
Edad	
Media(Desv. Típica)	46(18,5)
Mínimo/Máximo	16/104 años
Sexo	
Varón	49,1%
Mujer	50,9%
Clase social	
Clase I	8,4%
Clase II	9,3%
Clase III	23,0%
Clase IV	41,2%
Clase V	18,2%
Estudios	
Analfabeto o sin estudios	11,3%
Primarios y Secundarios de 1º ciclo	43,4%
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	28,3%
Universitarios	17,0%
Situación laboral	
Trabaja	51,6%
No trabaja	48,4%

Tabla 4.1. Distribución muestral de las variables de entorno social (continuación).

Variables de entorno social	
Comunidad Autónoma	
Andalucía	17,4%
Aragón	2,9%
Asturias	2,5%
Baleares	2,3%
Canarias	4,4%
Cantabria	1,3%
Castilla La Mancha	5,7%
Castilla y León	4,3%
Cataluña	16,0%
C. Valenciana	10,7%
Extremadura	2,4%
Galicia	6,4%
Madrid	13,5%
Murcia	3,0%
Navarra	1,3%
P. Vasco	4,9%
Rioja	0,7%
Ceuta y Melilla	0,3%
Tipo hogar	
Un miembro	7,0%
Dos o más miembros	93,0%
En el hogar hay personas que necesitan cuidados	
Sí y se ocupa	14,8%
Sí y no se ocupa	16,6%
No	68,6%
Se ocupa de las tareas del hogar	
Sí, sólo	29,5%
Sí, compartido	29,6%
No	40,9%
Función familiar	
Buena	87,8%
No buena	6,2%
NC	5,9%
Sentirse discriminado en los últimos 12 meses	
Sí	5,3
No	94,7

En la muestra de personas de 16 o más años de edad se observa que el 50,9% son mujeres y la edad media de los encuestados es de 46 años. El 59,4% son trabajadores manuales y el 17,7% pequeños o grandes empresarios y profesionales de tercer ciclo o inferior. Una de cada dos personas está ocupada y dos de cada cinco personas tienen estudios superiores a los obligatorios, en particular el 17% tiene estudios universitarios y el 11,3% es analfabeto o sin estudios. La mayoría de los encuestados residen en las comunidades autónomas de Andalucía, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana.

La mayoría de los hogares están formados por más de una persona, el 31,4% vive en hogares donde hay personas que necesitan cuidados y un 14,8% de los encuestados se ocupan de ellos. Aproximadamente tres de cada cinco personas se ocupan de las tareas del hogar, más concretamente, el 29,6% las comparte con otra persona. Por último, entorno a 9 de cada diez personas presentan una función familiar buena y un 5,3% afirma haberse sentido discriminado en los últimos doce meses en su entorno familiar o social.

b) Variables de morbilidad y discapacidad: este grupo de variables está formado por aquellas que recogen la presencia de enfermedad, limitación o discapacidad y alteraciones de la salud desde la perspectiva mental y física en determinados intervalos temporales. Se consideran las siguientes:

- ✓ Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses: esta variable está construida a partir de la información proporcionada por los entrevistados al preguntarles varias cuestiones referentes a problemas de salud. En primer lugar, para detectar si tiene alguna enfermedad de larga duración, se le plantea si ha padecido alguna vez o en los últimos 12 meses alguna enfermedad de las que se presentan en una lista de enfermedades o problemas de salud. La respuesta a estas cuestiones nos permite distinguir entre los que contestan que han sufrido al menos una enfermedad (aquellos que la han padecido alguna vez y la han padecido en los últimos 12 meses) y entre aquellos que no han sufrido enfermedad. En segundo lugar, entre los que afirman presentar una enfermedad, se analiza si la enfermedad ha limitado sus actividades habituales, dando lugar a subdividir el colectivo de los que están enfermos en los que tienen limitación en sus actividades habituales y los que no. Cuando se habla de enfermedad de larga duración se está entendiendo que es una enfermedad crónica, aunque el individuo no tenga constancia de que la misma ha sido confirmada por un médico o

no este tomando medicación de forma habitual para esa enfermedad.

- ✓ Estado de salud mental en las últimas semanas: esta información se obtiene a partir del cuestionario GHQ-12 (General Health Questionnaire-12 ítems) que es una versión abreviada del Cuestionario General de Goldberg (Goldberg (1972), Bowling (1994)). El GHQ-12 es un instrumento ampliamente utilizado para detectar trastornos psiquiátricos actuales, se centra en problemas temporales del funcionamiento normal y no en rasgos estables, y cubre alteraciones de adaptación asociadas con el estrés mental o malestar psicológico comparando su estado actual (el de las últimas semanas) con el habitual. El cuestionario consiste en una escala *likert* con 12 ítems con 4 categorías cada uno, de forma que a las 4 categorías de respuesta se les adjudicó el valor 0 (respuestas 1 y 2) ó 1 (respuestas 3 y 4). Se sumaron los valores obtenidos de las 12 preguntas y se consideró casos de riesgo de padecer un trastorno mental a las personas con puntuación ≥ 3 (mal estado de salud mental), en otro caso se consideró estado de salud mental bueno.
- ✓ Accidente en los últimos 12 meses: se le pregunta al entrevistado si en los últimos 12 meses ha tenido un accidente de cualquier tipo.
- ✓ Restricción de actividad en las últimas dos semanas: esta variable recoge la información correspondiente a si el entrevistado ha tenido que reducir o limitar sus actividades habituales, por lo menos la mitad de un día, por dolores, síntomas o estar en cama por motivos de salud.
- ✓ Limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana en los últimos seis meses: con esta cuestión junto con la anterior y la primera variable de este grupo de variables pretende mostrarse la presencia de limitaciones y discapacidades en la población a corto, medio y largo plazo. En particular, en esta variable se detectan las distintas discapacidades (físicas, mentales o ambas) en los últimos seis meses. Aunque las respuestas de limitación se

pueden considerar graves o no graves, ambas se han agrupado en una única modalidad debido a que las graves representan menos del 5 por ciento.

- ✓ Problemas auditivos o visuales en la actualidad: estas dos cuestiones plantean dos problemas específicos de salud en cuanto al cuidado o limitación de los sentidos del oído y de la vista independientemente del uso o no de prótesis auditivas, gafas o lentillas.

Tabla 4. 2. Distribución muestral de las variables independientes de morbilidad y discapacidad.

<i>Variables de morbilidad y discapacidad</i>	
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses	
Enfermedad con limitación	23,8%
Enfermedad sin limitación	47,8%
No enfermedad	28,4%
Estado de salud mental en las últimas semanas	
Bueno	73,0%
Malo	19,8%
NC	7,2%
Accidente en los últimos 12 meses	
Sí	10,4%
No	89,6%
Restricción de actividad en las últimas dos semanas	
Sí	14,8%
No	85,2%
Limitación para realizar las actividades de la vida cotidiana en los últimos seis meses	
Sí	23,2%
No	76,8%
Problemas auditivos en la actualidad	
Sí	11,3%
No	88,7%
Problemas visuales en la actualidad	
Sí	5,1%
No	94,9%

En relación con estas características se constata que el 28,4% de las personas no ha presentado en los últimos 12 meses un problema o enfermedad crónica, mientras que el 23,8% lo ha presentado con limitaciones en sus actividades. Aproximadamente tres de cada cuatro personas ha manifestado tener un buen estado de salud mental en las últimas semanas y uno de cada diez encuestados ha tenido un accidente en los últimos doce meses. Asimismo, uno de cada cinco ha presentado limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana en los últimos 6 meses, además, el 14,8%

ha tenido restricciones de actividad en las últimas 2 semanas. Finalmente, una amplia mayoría de los encuestados no presenta problemas auditivos o visuales.

c) Variables de hábitos de vida: este grupo de variables está constituido por aquellas que recogen costumbres, usos o hábitos arraigados en nuestra forma de vivir y que pueden producir alteraciones positivas o negativas de la salud a medio y a largo plazo. Se consideran las siguientes:

- ✓ Consumo de tabaco: esta información está referida a la actualidad (últimas ocho semanas) y distingue entre los “fumadores” (tanto ocasionales como habituales), los “exfumadores” y los que “nunca” han fumado.
- ✓ Consumo de alcohol: en esta variable se distingue entre los que no han consumido en los últimos doce meses y los que ha consumido alcohol de forma habitual u ocasional en los últimos doce meses. Para distinguir entre estos consumidores de alcohol se han tenido en cuenta los ítems de la encuesta de adultos que hacen referencia la periodicidad (diaria, semanal o mensual), el tipo de bebida y la frecuencia de consumo dentro de cada uno de los periodos considerados. Se considera consumidor ocasional a aquél que ha consumido cualquier tipo de bebida alcohólica con una periodicidad mensual o mayor, mientras que el consumidor habitual es aquél que consumió cualquier tipo de bebida alcohólica de forma diaria o semanal.
- ✓ Descanso suficiente con las horas que duerme: se recoge si el respondiente descansa lo suficiente con las horas que duerme independientemente del número de ellas.
- ✓ Actividad física en actividad principal: se pretende describir qué tipo de actividad física se realiza en la actividad principal (trabajo, centro enseñanza, hogar, etc.). Se distinguen tres modalidades: “Sentado la mayor parte de la jornada”, “De pie la mayor parte de la jornada sin realizar grandes esfuerzos” y “Desplazamientos frecuentes o realizando grandes esfuerzos”.

- ✓ Actividad física en el tiempo de ocio: realización de alguna actividad física como caminar, realizar gimnasia o practicar algún deporte en el tiempo libre o de ocio.
- ✓ Índice de masa corporal: se considera el Índice de Masa Corporal (IMC) de Quetelet para las personas de 18 años o más y para las de 16 y 17 años, se utiliza la variable derivada ASIMC en el cuestionario de adultos que es el IMC de Quetelet corregido para este colectivo de personas. Se han considerado cuatro modalidades para el índice de masa corporal: “Normopeso/Peso insuficiente”, “Sobrepeso”, “Obesidad” y “NC”. En esta última modalidad se incluyen todos los entrevistados que no contestan a uno de los ítems del cuestionario de adultos sobre peso o altura y aquellos individuos de 16 o 17 años para los que el IMC no consta.

Tabla 4. 3. Distribución muestral de las variables de hábitos de vida.

Variables de hábitos de vida	
Consumo de tabaco	
Fumador	29,5%
Exfumador	20,5%
Nunca	50,0%
Consumo de alcohol	
No consumo	31,4%
Consumo ocasional	20,2%
Consumo habitual	48,4
Descansa suficiente con las horas que duerme	
Sí	77,4%
No	22,6%
Actividad física en actividad principal	
Sentado la mayor parte de la jornada	32,7%
De pie la mayor parte de la jornada y sin realizar grandes esfuerzos	46,7%
Desplazamientos frecuentes o realizando grandes esfuerzos	20,6%
Actividad física en el tiempo de ocio	
Sí	60,6%
No	39,4%
Índice de masa corporal	
Normopeso/Peso insuficiente	44,0%
Sobrepeso	33,7%
Obesidad	13,8%
NC	8,5%

En las variables que configuran los estilos o hábitos de vida se observa que tres de cada diez individuos han consumido tabaco, aproximadamente

siete de cada diez ha consumido alcohol, el 50% de forma habitual. Por otra parte, tres de cada cuatro descansan suficiente con las horas que duermen, y tres de cada cinco realizan alguna actividad física en el tiempo de ocio. Además, casi un tercio de los encuestados ha permanecido sentado, la mayor parte de la jornada, en su actividad principal.

Por último, a partir de la información muestral se pone de manifiesto que e 13,8% de la población presenta obesidad y el 33,7% presenta sobrepeso.

d) Variables de uso de servicios sanitarios: este grupo de variables está constituido por los ítems del cuestionario de salud de adultos que recogen el uso de medios y profesionales sanitarios por parte de la población. No sólo se incluyen los servicios de gestión pública sino también los privados. Se consideran las siguientes variables:

- ✓ Tiempo desde que realizó la última consulta médica: se pretende recoger el tiempo transcurrido desde la última consulta médica por un problema o enfermedad con el médico de familia o similar. Se consideran tres intervalos de tiempo: “Cuatro semanas o menos”, “Más de cuatro semanas y menos de una año” y “Un año o más”. En esta última modalidad se incluyen los que nunca han acudido al médico, ya que representan menos del 5% de la muestra.
- ✓ Hospitalización en los últimos 12 meses: se considera que el entrevistado ha sido hospitalizado si ha tenido que ingresar en un hospital como paciente al menos una noche o si ha sido ingresado en un hospital de día para hacerse una intervención o tratamiento, que suponga permanecer en el hospital la mayor parte del día pero sin tener que pasar la noche.
- ✓ Urgencias en los últimos 12 meses: se plantea al entrevistado si ha utilizado algún servicio de urgencias en los últimos 12 meses por presentar algún problema o enfermedad.
- ✓ Tiempo desde que realizó la última consulta al dentista o estomatólogo: se pretende recoger el tiempo transcurrido desde

la última consulta por un problema o enfermedad bucal o dental. Se consideran tres intervalos de tiempo: “Tres meses o menos”, “Más de tres meses y menos de doce” y “Un año o más”. En esta última modalidad se incluyen los que nunca han acudido al dentista, puesto que representan menos del 5% de la muestra.

- ✓ Número de medicamentos consumidos en las dos últimas semanas: esta variable se obtuvo a partir de la pregunta consumo de medicamentos en las últimas dos semanas referido a 22 subgrupos o especialidades farmacéuticas consideradas en el cuestionario de adultos. Se consideran los medicamentos consumidos porque incluyen productos naturistas y homeopáticos (que no se incluyen como recetados) y porque los medicamentos consumidos recogen los recetados y los que se automedica el individuo. Se han formado cuatro modalidades de consumo atendiendo a la distribución de frecuencias de la variable cuantitativa número de medicamentos consumidos: “Ninguno”, “Uno”, “Dos” y “tres o más”.

Tabla 4. 4. Distribución muestral de las variables de uso de servicios sanitarios.

<i>Variables de uso servicios sanitarios</i>	
Tiempo desde que realizó la última consulta médica	
Cuatro semanas o menos	38,4%
Más de cuatro semanas y menos de un año	44,6%
Un año o más	17,0%
Hospitalización en los últimos 12 meses	
Sí	14,7%
No	85,3%
Urgencias en los últimos 12 meses	
Sí	29,5%
No	70,5%
Tiempo desde que realizó la última consulta al dentista o estomatólogo	
Tres meses o menos	17,5%
Más de tres meses y menos de doce	20,3%
Un año o más	62,2%
Número de medicamentos consumidos en las dos últimas semanas	
Ninguno	33,7%
Uno	29,1%
Dos	16,0%
Tres o más	21,2%

En este grupo de variables se constata que algo más de un tercio de la población ha realizado la última consulta médica en las últimas cuatro semanas anteriores a la encuesta, y un 17% hace un año o más. Sin embargo, el tiempo

transcurrido desde la última visita al dentista o estomatólogo es de un año o más para tres de cada cinco personas.

También se observa que, el 14,7% ha sido hospitalizado en los últimos doce meses mientras que, siete de cada diez personas no ha hecho uso del servicio de urgencias en este periodo. Para finalizar, se observa que dos tercios de la población ha consumido algún medicamento en las últimas dos semanas, en particular, el 37,2% ha consumido dos o más medicamentos.

Capítulo 5. Modelos empíricos de salud percibida para toda la población

5.1 Introducción

En los dos capítulos siguientes se presentan los resultados de los modelos empíricos que tratan de evaluar el efecto que tienen distintos factores sobre la salud percibida. Estos factores han sido clasificados en cuatro grandes grupos que son: características del entorno social, morbilidad y discapacidad, estilos de vida y uso de servicios sanitarios. En particular, en este capítulo se persiguen dos objetivos: en primer lugar, construir un modelo general, es decir, un modelo para el conjunto de la población de 16 o más años de edad, que establezca qué factores explican la valoración de la salud percibida (a este conjunto de la población nos referiremos como población general); y en segundo lugar, estudiar cómo afecta la edad de los individuos a la valoración de la salud percibida, es decir, trataremos de responder a la siguiente pregunta ¿son diferentes los factores que afectan a la salud percibida de los adultos (menores de 50 años) de los que afectan a las personas más mayores (de 50 años o más)?

El capítulo consta de tres apartados, además de esta introducción. En el segundo apartado se plantean los resultados del modelo general de SPP en función de los factores que lo explican y a partir de él se analiza si existen diferencias entre los factores que explican la SPP y la SPMP. En el tercer apartado, se presentan dos modelos de SPP en función de la edad de los individuos: el primero para las personas de 16 a 49 años de edad y el segundo para las personas de 50 o más años, ya que en estos tramos de edad la SPP y la SPN se comportan de forma opuesta en relación con la edad. Análogamente al segundo apartado, se analiza si existen diferencias entre los factores que explican la SPP y la SPMP para cada uno de los dos modelos. Por último, el capítulo finaliza con un apartado que recoge las conclusiones derivadas de los contenidos presentados en este capítulo.

Con el propósito de facilitar la lectura de los resultados de los distintos modelos se ha visto conveniente combinar su presentación mediante figuras y tablas. Así pues, se utilizarán las figuras para los modelos de SPP (obtenidos mediante regresión logística multivariante) y las tablas para los resultados de los modelos de SPP y SPMP (obtenidos mediante una regresión logística multivariante de líneas paralelas parciales). Para la interpretación de las figuras es importante tener en cuenta que en cada una de ellas se ha representado el valor del OR y su intervalo de confianza. Recordemos que si el intervalo de confianza contiene al 1 podemos afirmar que la variable no explica la SPP. En el caso de que el intervalo de confianza no contenga al 1, si el OR es menor que 1 el efecto de la variable sobre la SPP será negativo o perjudicial, es decir, es un factor que empeora la salud percibida, manteniendo constante el resto de las variables independientes. Por el contrario, si el OR es mayor que 1, podemos afirmar que la variable tiene un efecto positivo o beneficioso sobre la salud percibida, es decir, la mejora, manteniendo constantes el resto de las variables explicativas.

5.2 Modelo General de salud percibida

En este epígrafe se presenta los resultados, tanto del modelo general, que explica la SPP en función de las variables del entorno social, morbilidad, estilos de vida y uso servicios sanitarios, como los del modelo general distinguiendo entre SPP y SPMP, lo que nos permite detectar si existen diferencias entre los factores que explican estos dos grados de salud percibida positiva.

5.2.1 Análisis multivariante de la SPP

Para seleccionar las variables explicativas candidatas a entrar en el modelo general se ha realizado un análisis univariante de cada una de ellas sobre la SPP mediante una regresión logística, proporcionando información de si la variable analizada influye en la SPP (p-valor) y en su caso, si la influencia es positiva o negativa a través del valor del OR. Los resultados de estos análisis, que pueden consultarse en la tabla A1.1 del Anexo 1, confirman que todas las variables son significativas, es decir, las variables independientes

presentan una asociación con la SPP. A partir de este primer análisis y siguiendo la metodología explicada en el epígrafe 4.4 del capítulo 4, se ha llegado a un modelo general cuyos resultados pueden consultarse en la tabla A1.2 del Anexo 1.

En la figura 5.1 se presentan los resultados para el primer grupo de variables sociales: la edad, el nivel educativo y la clase social. La edad se ha agrupado en deciles y se aprecia una vez que se controla por el resto de variables explicativas, que entre los 16 y 49 años de edad se observa una tendencia decreciente en la valoración positiva de la salud, mientras que a partir de los 50 años no hay diferencias significativas respecto a las personas de 74 o más años de edad.

Asimismo, se observa que cuanto mayor es la clase social a la que pertenece el individuo mayor es la valoración de SPP. Respecto al nivel educativo, puede apreciarse que cuanto mayor es el nivel de estudios mayor es la valoración de la salud percibida de forma positiva, en particular, aquellos que tienen estudios universitarios tienen 2 veces mejor SPP que los que son analfabetos o no tienen estudios.

Para terminar con los factores del entorno social que explican la SPP consideramos la influencia de la comunidad autónoma de residencia (figura 5.2), constatándose que los habitantes de la Comunidad Valenciana, Murcia y Galicia valoran peor su salud que los residentes en Andalucía, es decir, presentan mayor valoración de SPN y esta es mayor en Galicia que en las otras dos comunidades autónomas. Por otra parte, los residentes en La Rioja y las ciudades de Ceuta y Melilla presentan 1,5 veces mejor SPP que los de Andalucía. Para el resto de las comunidades autónomas no se encontraron diferencias significativas en la SPP respecto a Andalucía.

Figura 5. 1. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 16 años o más (I).

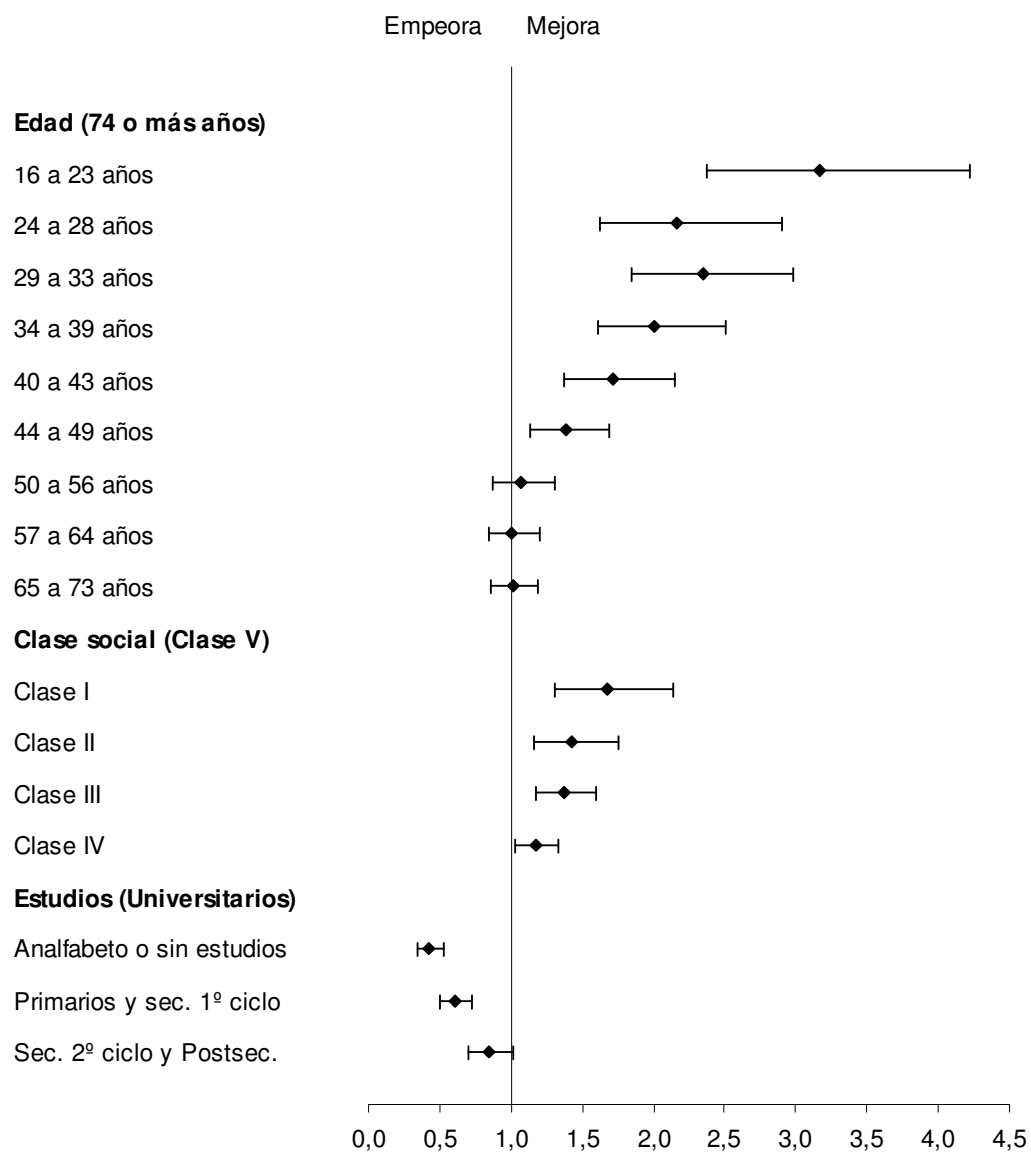
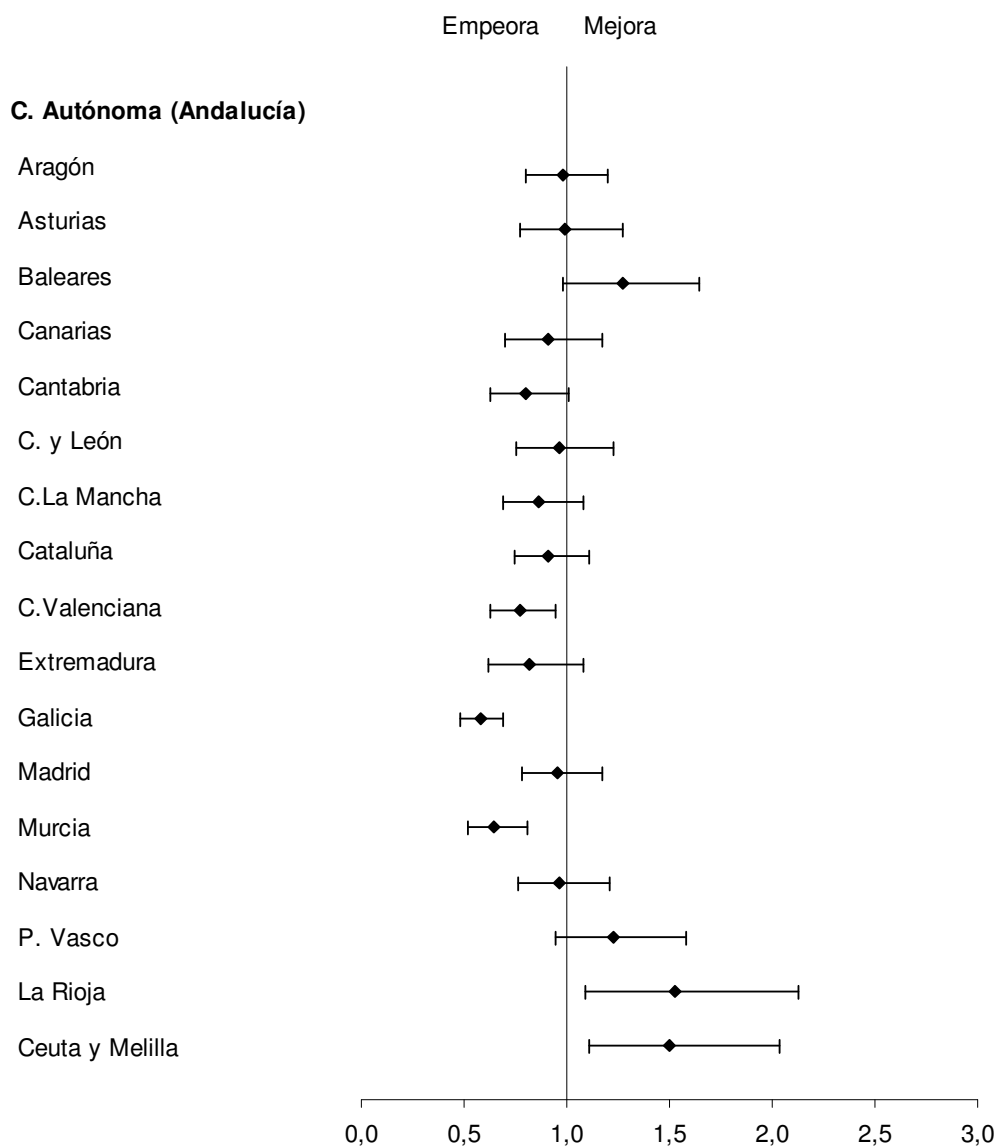


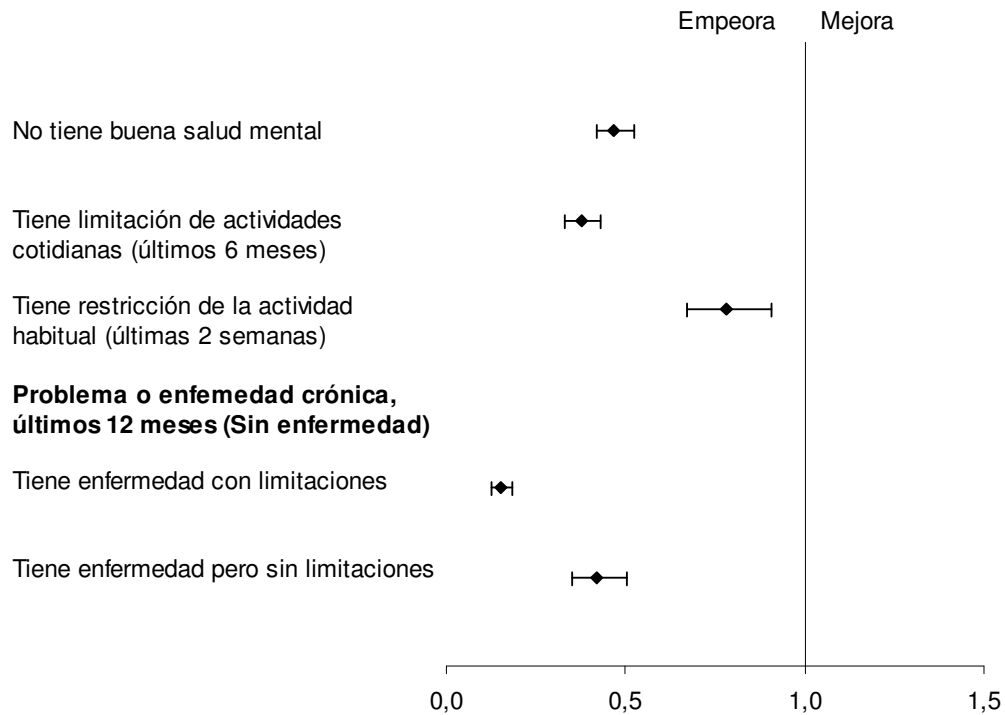
Figura 5. 2. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 16 años o más (II).



Al considerar el bloque de variables explicativas de morbilidad, en la figura 5.3, nos encontramos que las personas valoran su salud de forma positiva si no presentan una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo, medio y corto plazo) y si presentan un buen estado de salud mental. Así, entre los individuos que no tienen una enfermedad crónica tienen 6,5 y 2,3 veces, respectivamente, mejor SPP que los que tienen enfermedad con limitaciones o enfermedad sin limitaciones. De forma análoga,

aquellos que no han tenido limitaciones en la actividad cotidiana en los últimos 6 meses o han tenido un estado de salud mental bueno incrementan 2,6 y 2 veces más la valoración de SPP, respectivamente, que los que han tenido limitaciones o no han tenido un estado de salud mental bueno.

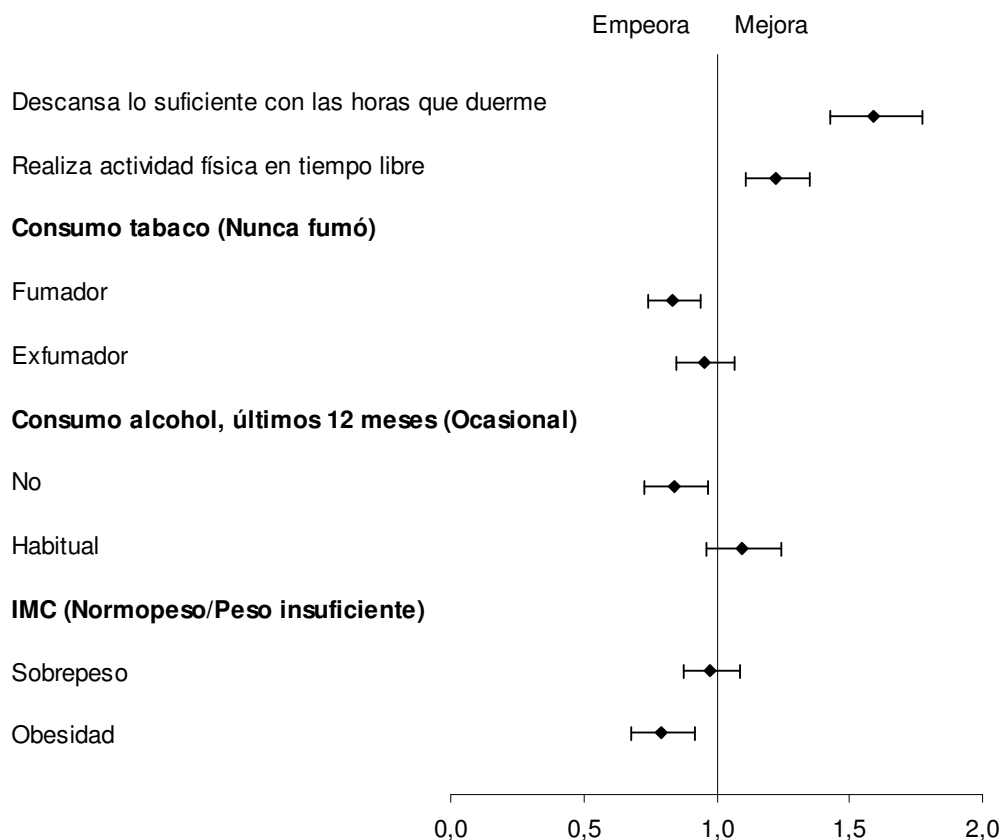
Figura 5. 3. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población de 16 años o más.



En la figura 5.4 se presentan los resultados para el grupo de variables de estilo de vida, observándose que las personas que descansan lo suficiente con las horas que duermen o que realizan una actividad física en su tiempo libre, tienen, respectivamente, 1,6 y 1,2 veces mejor SPP que aquellos que no descansan lo suficiente o no realizan alguna actividad física en su tiempo libre. Sin embargo, el hábito de fumar, no consumir alcohol en los últimos 12 meses o ser obeso son factores perjudiciales para la SPP de las personas. En particular, los que nunca han fumado tienen 1,2 veces mejor SPP que los fumadores, pero no hay diferencias entre no fumadores y exfumadores. Las personas que consumen alcohol de forma ocasional tienen similar valoración de SPP que las que lo consumen de forma habitual, sin embargo tienen, aproximadamente, 1,2 veces mejor valoración de la salud percibida que

aquellas que no han consumido alcohol en los últimos 12 meses. Por último, las personas con peso normal tienen aproximadamente 1,3 veces más SPP que las obesas, pero no existen diferencias estadísticamente significativas con las personas que tienen sobrepeso.

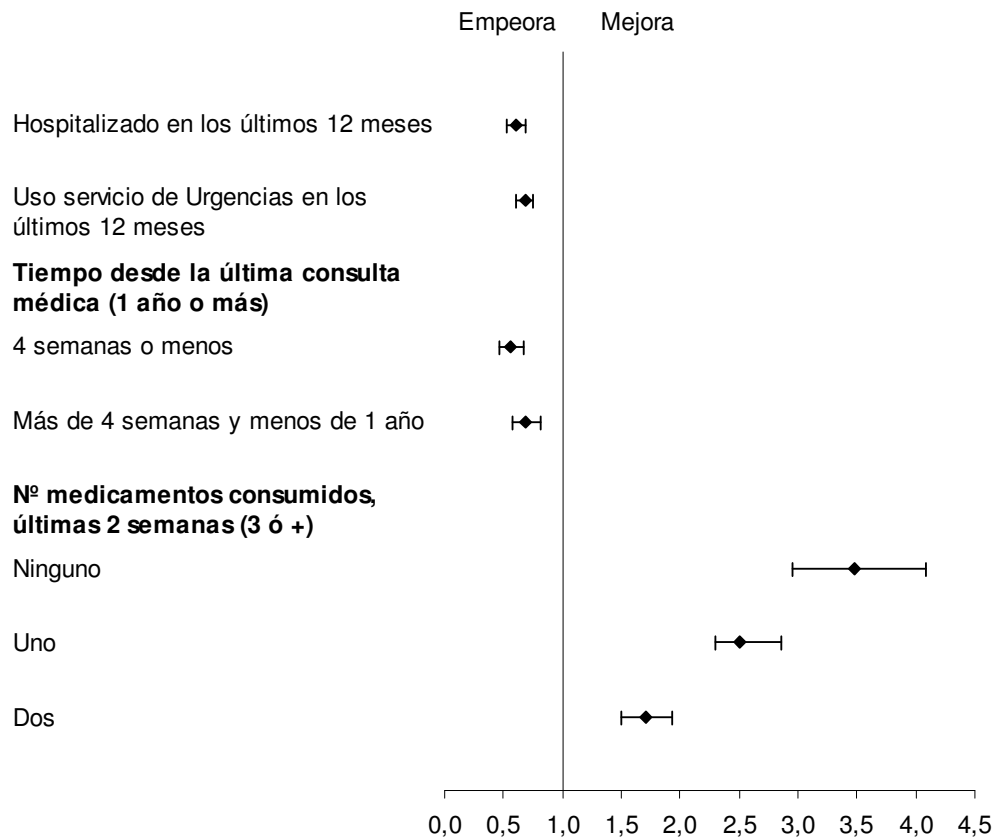
Figura 5. 4. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de hábitos de vida. Modelo para la población de 16 años o más.



Para terminar de analizar el modelo general, observamos, en la figura 5.5, los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, se aprecia que aquellas personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses mejoran la valoración de salud percibida, es decir, estas personas son más proclives, entre 1,4 y 1,6 veces, a valorar positivamente su salud que aquellas personas que han utilizado alguno de los servicios sanitarios. Asimismo, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas 2 semanas

mayor es la valoración de SPP: la valoración de la salud positiva aumenta 3,4 veces si no se consumen medicamentos, aproximadamente 2,5 si sólo se consume uno y 1,7 si se consumen dos, comparado con tomar tres o más.

Figura 5. 5. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población de 16 años o más.



En resumen, la valoración de la SPP viene explicada por los cuatro grupos de variables, pero las variables explicativas que tienen mayor relevancia en la cuantificación de la SPP son las correspondientes al grupo de morbilidad y discapacidad, seguidas de las de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. También tiene su importancia la edad, la clase social y el nivel de estudios del individuo en el grupo de entorno social, y en estilo de vida destacan descansar lo suficiente y la obesidad junto con los hábitos de fumar y consumo de alcohol.

Esta mayor o menor relevancia no nos puede llevar a concluir que hay unos grupos de variables que influyen más que otros en la SPP, ya que, como vimos en el epígrafe 1.3 del capítulo 1, los factores o determinantes de la salud no son excluyentes sino que presentan interrelaciones, es decir, en la presencia de una enfermedad o limitación hay características biológicas, pero también hay características de los estilos de vida y del medio ambiente físico y social, etc.

5.2.2 Análisis de los factores que explican la SPP y la SPMP

En el apartado anterior se ha estimado el modelo general de SPP, el cual nos ha permitido identificar qué factores explican la SPP y con qué intensidad la explican. Ahora, a partir del modelo anterior, se ha estimado el modelo general distinguiendo entre SPP (“Muy bueno”, “Bueno” frente a las categorías de “Regular” o “Malo”) y SPMP (“Muy bueno” frente a las categorías de “Bueno”, “Regular” o “Malo”) mediante un modelo de regresión logística multivariante de líneas paralelas parciales, y pretendemos analizar si existen diferencias entre la relevancia o intensidad de las modalidades de los factores que explican estos dos grados de salud percibida positiva.

De nuevo siguiendo la metodología explicada en el epígrafe 4.4 del capítulo 4, se ha llegado a un modelo general para los dos grados de salud percibida positiva cuyos resultados se presentan en la tabla 5.1.

En el grupo de variables de entorno social se obtienen los mismos resultados y con la misma intensidad para los dos grados de salud percibida positiva salvo para la edad y la comunidad autónoma de residencia. Así pues, para los dos grados de salud percibida positiva, entre los 16 y 49 años de edad disminuye la valoración de la salud de forma positiva y a partir de los 50 años no hay diferencias significativas respecto a las personas de 74 o más años de edad, excepto en el tramo de edad de 44 a 49 años que no hay diferencias en la SPMP respecto a los de 74 o más años. Además, cuanto mayor es la clase social del individuo o mayor es el nivel de estudios mejor es la valoración de la salud percibida de forma positiva.

Sin embargo, la valoración de SPMP disminuye en todas las comunidades autónomas excepto en Baleares, Cataluña y Madrid que presentan igual riesgo de SPP y SPMP que Andalucía, mientras que en las ciudades de Ceuta y Melilla la valoración de SPP y SPMP es 1,4 veces mayor que en Andalucía.

Con respecto al grupo de variables explicativas de morbilidad, los resultados de la tabla 4.1, nos indican que hay mayor valoración de SPP o SPMP cuando el individuo no presenta una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo, medio y corto plazo) y sí muestra un buen estado de salud mental. Sin embargo, las valoraciones de salud no tienen la misma intensidad, es decir, entre los individuos que no presentan una enfermedad crónica tienen 6 y 4,6 veces mejor SPP y SPMP, respectivamente, que los que presentan enfermedad con limitaciones. Se aprecia también un descenso en la valoración de SPMP respecto al de SPP entre aquellos que no han tenido limitaciones en la actividad cotidiana en los últimos 6 meses o han tenido un estado de salud mental bueno, ya que tienen 2,6 y 2,1 veces más riesgo de SPP frente a 1,6 y 1,7 veces más riesgo de SPMP, respectivamente, que los que han tenido limitaciones o no han tenido un estado de salud mental bueno.

Al analizar los resultados para las variables agrupadas en estilo de vida se observa que: en primer lugar, las personas fumadoras o que tienen obesidad o sobrepeso empeoran el riesgo de SPP y de SPMP con la misma intensidad, respecto a los no fumadores o personas con peso normal, respectivamente, mientras que las personas que no consumieron alcohol en los últimos 12 meses empeoran el riesgo de SPP pero no presentan diferencias significativas con el riesgo de SPMP respecto aquellas que consumieron alcohol de forma ocasional. En segundo lugar, aquellos que realizan una actividad física en su tiempo libre mejoran el riesgo de SPP y de SPMP con la misma intensidad, sin embargo, aquellos que descansan lo suficiente con las horas que duermen tienen 1,6 y 1,2 veces mayor riesgo de tener SPP y SPMP, respectivamente, que aquellos que no descansan lo suficiente.

Para terminar de analizar los dos grados de salud percibida positiva, observamos los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, se observa que las personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses tienen mejor valoración de SPP, pero la valoración de SPMP no es significativamente diferente entre aquellos que han estado hospitalizados y los que no lo han estado en los últimos 12 meses, y entre aquellos que han utilizado el servicio de urgencias o no lo han utilizado en los últimos 12 meses. Por otra parte, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas mayor es el riesgo de SPP y SPMP, sin embargo, el riesgo de SPP y SPMP varía en intensidad siendo menor, en todas las modalidades, la valoración de SPMP: hay 3,5 veces más riesgo de SPP frente a 2,2 veces más de riesgo de SPMP si no se consumen medicamentos, 2,5 veces más riesgo de SPP frente a 1,8 de SPMP si sólo se consume uno y 1,7 de SPP frente a 1,3 de SPMP si se consumen dos, comparado con tomar medicamentos tres o más veces.

Tabla 5. 1. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 16 años o más.

Modelo General de Líneas Paralelas		Bueno, Muy Bueno/ Regular, Malo (SPP)		Muy Bueno/ Bueno, Regular, Malo (SPMP)	
	OR	IC(95%)	OR	IC(95%)	
Entorno Social					
edad (74 o más años)					
16 a 23 años	2,628	*** (2,144 , 3,222)	2,628	*** (2,144 , 3,222)	*** (2,144 , 3,222)
24 a 28 años	2,072	*** (1,673 , 2,565)	2,072	*** (1,673 , 2,565)	*** (1,673 , 2,565)
29 a 33 años	2,087	*** (1,668 , 2,610)	1,431	** (1,151 , 1,780)	** (1,151 , 1,780)
34 a 39 años	1,706	*** (1,420 , 2,051)	1,706	*** (1,420 , 2,051)	*** (1,420 , 2,051)
40 a 43 años	1,515	*** (1,257 , 1,827)	1,515	*** (1,257 , 1,827)	*** (1,257 , 1,827)
44 a 49 años	1,279	* (1,060 , 1,542)	1,019	(0,818 , 1,269)	(0,818 , 1,269)
50 a 56 años	0,997	(0,833 , 1,192)	0,997	(0,833 , 1,192)	(0,833 , 1,192)
57 a 64 años	0,990	(0,838 , 1,170)	0,990	(0,838 , 1,170)	(0,838 , 1,170)
65 a 73 años	0,976	(0,834 , 1,142)	0,976	(0,834 , 1,142)	(0,834 , 1,142)
Clase social (Clase V)					
Clase I	1,601	*** (1,346 , 1,903)	1,601	*** (1,346 , 1,903)	*** (1,346 , 1,903)
Clase II	1,446	*** (1,231 , 1,699)	1,446	*** (1,231 , 1,699)	*** (1,231 , 1,699)
Clase III	1,310	*** (1,152 , 1,490)	1,310	*** (1,152 , 1,490)	*** (1,152 , 1,490)
Clase IV	1,161	** (1,039 , 1,298)	1,161	** (1,039 , 1,298)	** (1,039 , 1,298)
Estudios (Universitarios)					
Analfabeto o sin estudios	0,413	*** (0,341 , 0,502)	0,534	*** (0,411 , 0,694)	*** (0,411 , 0,694)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,589	*** (0,507 , 0,683)	0,683	*** (0,590 , 0,790)	*** (0,590 , 0,790)
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,821	** (0,720 , 0,936)	0,821	** (0,720 , 0,936)	** (0,720 , 0,936)
Comunidad Autónoma (Andalucía)					
Aragón	0,932	(0,768 , 1,133)	0,539	*** (0,414 , 0,702)	*** (0,414 , 0,702)
Asturias	0,946	(0,746 , 1,200)	0,526	*** (0,388 , 0,715)	*** (0,388 , 0,715)
Baleares	1,250	(0,976 , 1,601)	0,853	(0,656 , 1,110)	(0,656 , 1,110)
Canarias	0,864	(0,669 , 1,114)	0,224	*** (0,159 , 0,316)	*** (0,159 , 0,316)
Cantabria	0,776	* (0,620 , 0,971)	0,218	*** (0,157 , 0,303)	*** (0,157 , 0,303)
Castilla y León	0,935	(0,739 , 1,183)	0,616	*** (0,470 , 0,808)	*** (0,470 , 0,808)

Tabla 5. 1. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 16 años o más (continuación).

Castilla La Mancha	0,752 **	(0,610 , 0,926)	0,752 **	(0,610 , 0,926)
Cataluña	0,949	(0,788 , 1,141)	0,949	(0,788 , 1,141)
Comunidad Valenciana	0,768 **	(0,653 , 0,903)	0,768 **	(0,653 , 0,903)
Extremadura	0,822	(0,629 , 1,073)	0,483 ***	(0,354 , 0,661)
Galicia	0,573 ***	(0,484 , 0,679)	0,353 ***	(0,286 , 0,435)
Madrid	0,927	(0,779 , 1,103)	0,927	(0,779 , 1,103)
Murcia	0,625 ***	(0,508 , 0,769)	0,447 ***	(0,340 , 0,587)
Navarra	0,955	(0,766 , 1,190)	0,742 **	(0,603 , 0,912)
País Vasco	1,180	(0,922 , 1,509)	0,575 ***	(0,432 , 0,765)
La Rioja	1,484 *	(1,075 , 2,048)	0,377 ***	(0,261 , 0,545)
Ceuta y Melilla	1,466 *	(1,089 , 1,972)	1,466 *	(1,089 , 1,972)
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)				
Enfermedad con limitaciones	0,165 ***	(0,142 , 0,192)	0,214 ***	(0,164 , 0,279)
Enfermedad sin limitaciones	0,459 ***	(0,412 , 0,511)	0,459 ***	(0,412 , 0,511)
Salud mental (Buena)				
NC	0,667 ***	(0,532 , 0,835)	0,667 ***	(0,532 , 0,835)
No Buena	0,466 ***	(0,416 , 0,521)	0,586 ***	(0,496 , 0,693)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)				
Sí	0,379 ***	(0,334 , 0,430)	0,626 ***	(0,497 , 0,789)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)				
Sí	0,768 ***	(0,674 , 0,877)	0,768 ***	(0,674 , 0,877)
Estilo de vida				
Consumo tabaco (Nunca fumó)				
Fumador	0,897 *	(0,819 , 0,982)	0,897 *	(0,819 , 0,982)
Exfumador	0,953	(0,866 , 1,049)	0,953	(0,866 , 1,049)
Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)				
No	0,813 **	(0,718 , 0,922)	1,010	(0,875 , 1,167)
Habitual	1,020	(0,924 , 1,126)	1,020	(0,924 , 1,126)

Tabla 5. 1. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 16 años o más (continuación).

Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)				
Sí	1,593 *** (1,432 , 1,771)	1,257 ** (1,094 , 1,445)		
Actividad física en tiempo libre (No)				
Sí	1,179 *** (1,087 , 1,279)	1,179 *** (1,087 , 1,279)		
Índice de masa corporal (Normopeso/Peso insuficiente)				
Sobrepeso	0,896 ** (0,825 , 0,974)	0,896 ** (0,825 , 0,974)		
Obesidad	0,753 *** (0,667 , 0,849)	0,753 *** (0,667 , 0,849)		
NC	0,802 ** (0,689 , 0,934)	0,802 ** (0,689 , 0,934)		
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos				
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)				
4 semanas o menos	0,570 *** (0,505 , 0,644)	0,570 *** (0,505 , 0,644)		
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,677 *** (0,609 , 0,752)	0,677 *** (0,609 , 0,752)		
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)				
Sí	0,610 *** (0,535 , 0,697)	0,879 (0,734 , 1,052)		
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)				
Sí	0,687 *** (0,621 , 0,761)	0,860 (0,755 , 0,980)		
Número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)				
Ninguno	3,595 *** (3,080 , 4,195)	2,206 *** (1,730 , 2,812)		
Uno	2,520 *** (2,219 , 2,861)	1,844 *** (1,453 , 2,340)		
Dos	1,731 *** (1,528 , 1,962)	1,349 * (1,056 , 1,722)		
Constante				
	5,619 *** (4,078 , 7,742)	0,325 *** (0,221 , 0,477)		
Contraste líneas paralelas F=0,97 p=0,507				
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov				
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 n=28293				
	p=0,872			p=0,669

5.3 Modelos de salud percibida en función de la edad

Cuando se estudió, en el apartado 3.3 del capítulo 3, el comportamiento del indicador de salud percibida según la edad se puso de manifiesto que la SPP y la SPN se comportaban de forma opuesta para la muestra de la población de 16 años o más de la ENS-2006, es decir, en el figura 3.5, se observa que mientras la SPP decrece con la edad la SPN crece, de forma que a partir del tramo de edad de 47 a 49 años el porcentaje de la primera es inferior al de la segunda. Por otra parte, según los resultados del modelo general presentados en el epígrafe anterior, entre los distintos factores que intervienen en la valoración de la SPP está la edad, de manera que a medida que aumenta la edad se observa menor riesgo de SPP y en particular a partir de los 50 años no se encuentran diferencias significativas respecto a la edad de referencia (74 años o más). Estas evidencias plantean diversas cuestiones respecto a la valoración de la salud percibida: ¿La valoración de la salud percibida es distinta en la población de 16 a 49 años que en la de 50 o más años de edad?, ¿en el colectivo de las personas de 50 años o más la edad influye en la valoración de la salud?, ¿los factores que explican la valoración de la salud percibida en ambos colectivos son análogos?

Para responder a estas cuestiones se van a presentar dos modelos de SPP, el primero para las personas de 16 a 49 años de edad y el segundo para las personas de 50 o más años de edad. Al igual que en el epígrafe anterior, se analiza, si en cada colectivo de edad, existen diferencias en la relevancia o intensidad de las modalidades de los factores que explican los dos grados de salud percibida positiva (SPP y SPMP).

5.3.1 Modelo de la SPP para las personas de 16 a 49 años de edad

En el estudio de la SPP para la población de 16 a 49 años de edad se han considerado inicialmente todas las variables excepto los problemas de visión ya que, en la muestra de este tramo de edad, sólo lo presentan el 2,6% de los encuestados. Además, para la variable nivel de estudios se han agregado en una sola modalidad las categorías de “Analfabeto o sin estudios” y “Primarios y Secundarios de primer ciclo” ya que la primera categoría sólo la

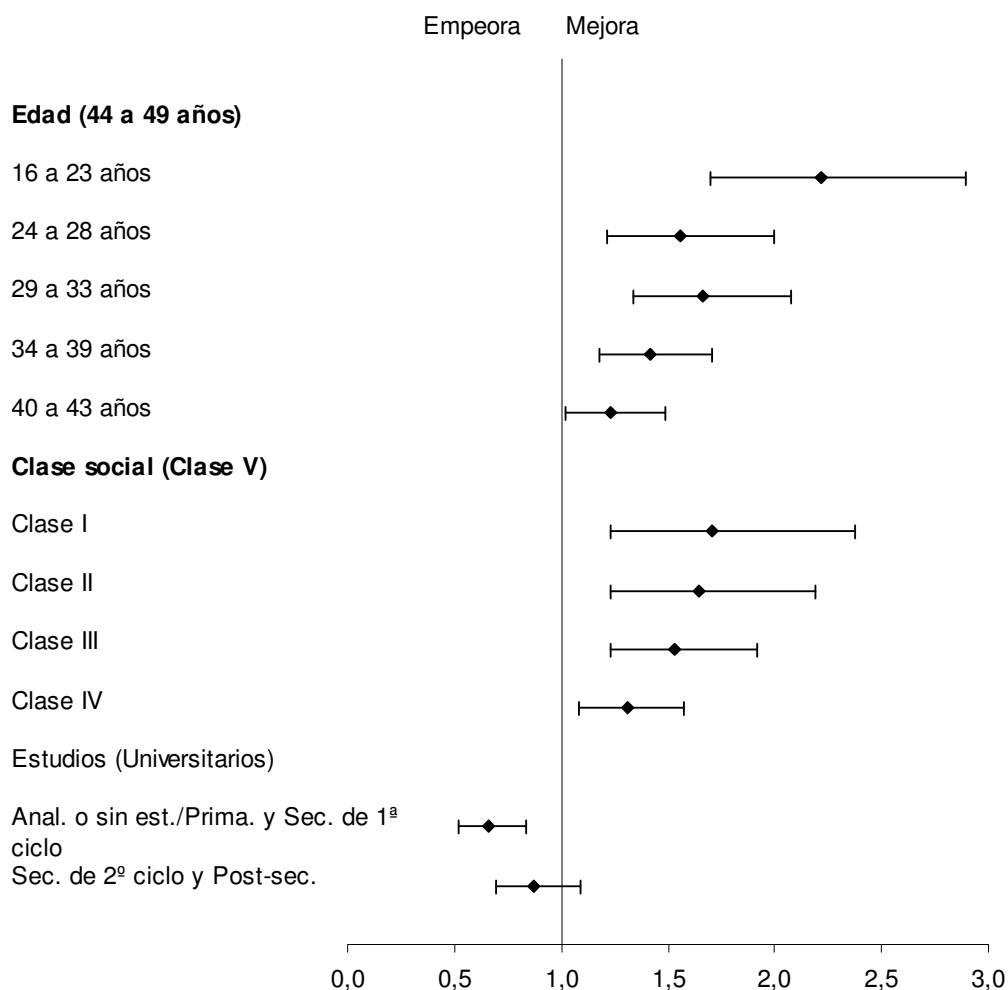
presentan el 3,2% de la muestra de 16 a 49 años. En este colectivo de edad el porcentaje de SPP es del 60,9% frente al 39,1% en el colectivo de personas de 50 o más años.

Al igual que en el estudio de la población de 16 o más años, para seleccionar las variables explicativas candidatas a entrar en el modelo general se ha realizado un análisis univariante de cada variable explicativa sobre la SPP mediante una regresión logística, proporcionando información de si la variable analizada influye en la SPP (p-valor) y en su caso, si la influencia es positiva o negativa a través del valor del OR. Los resultados de estos análisis, que pueden consultarse en la tabla A1.3 del Anexo 1, confirman que todas las variables mostraron asociaciones significativas con la SPP, excepto la variable “Tiempo desde la última consulta al dentista o estomatólogo” que no presentó relación estadísticamente significativa con la SPP (p-valor=0,202).

A partir de este primer análisis y siguiendo la metodología descrita en el capítulo 4, se ha llegado a un modelo estadístico que explica la SPP de la población de 16 a 49 años de edad y cuyos resultados se presentan en la tabla A1.4 del Anexo 1.

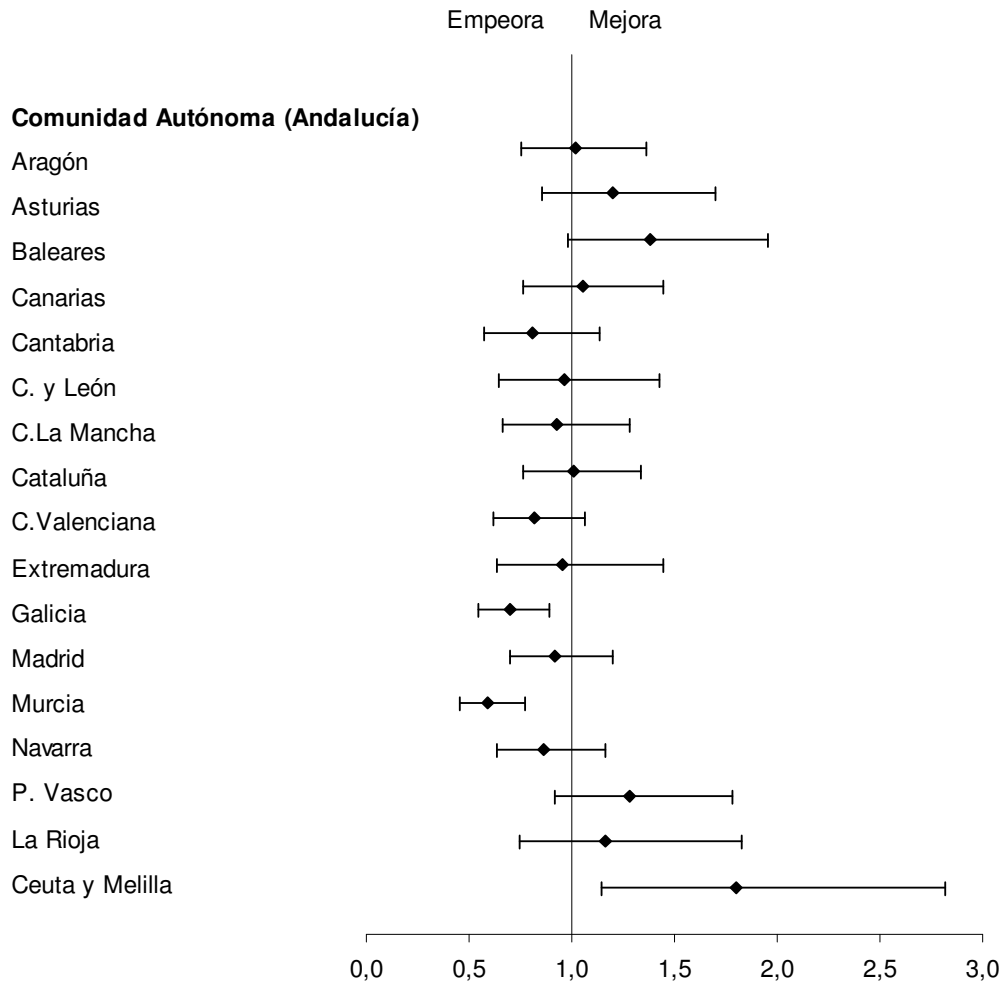
En la figura 5.6 se muestran los resultados para el primer grupo de variables sociales: la edad, el sexo, el nivel educativo y la clase social. Como puede observarse, al igual que sucedía en el análisis para el colectivo de 16 años o más, entre los 16 y 49 años a menor edad mejor es la valoración de la SPP, es decir, aumenta el riesgo de valorar la salud de forma positiva respecto a las personas de 44 a 49 años de edad. Asimismo, cuanto mayor es la clase social del individuo mayor propensión a tener SPP, y además, aquellos que tienen nivel de estudios Universitarios tienen 1,5 veces mejor valoración de SPP que los que tienen un nivel de estudios de “Analfabeto o sin estudios/Primarios y Secundarios de 1º ciclo”.

Figura 5. 6. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 16 a 49 años (I).



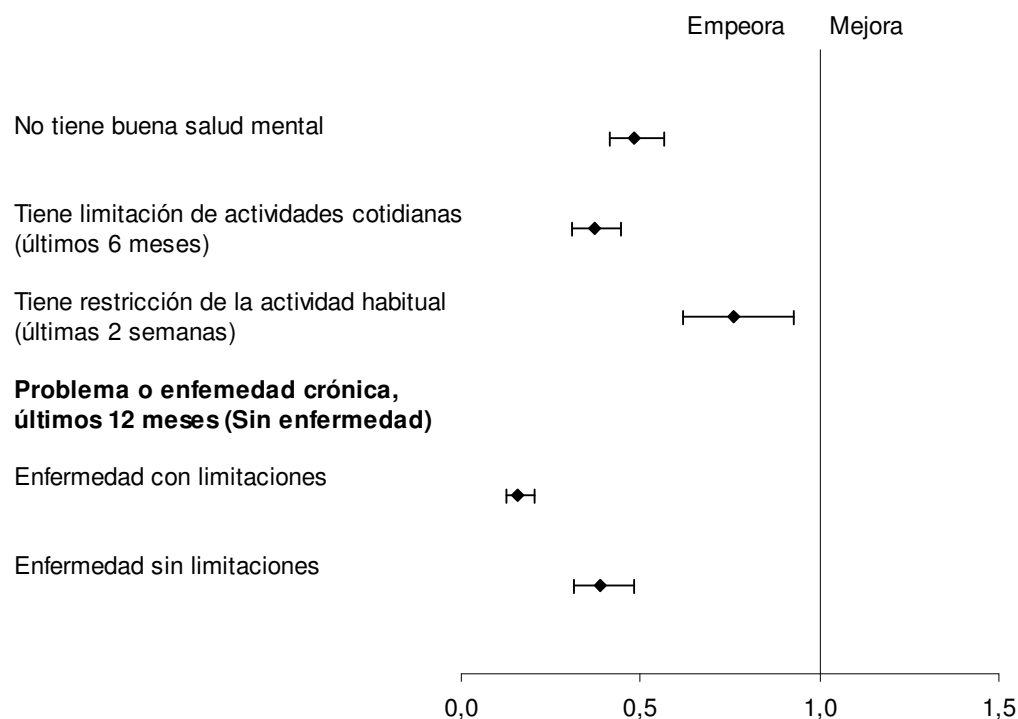
Al considerar el efecto de la comunidad autónoma de residencia en la SPP (figura 5.7), se constata que los habitantes de Murcia y Galicia tienen peor valoración de la salud de forma positiva, y las ciudades de Ceuta y Melilla tienen mejor valoración de SPP que Andalucía. Por otra parte, los residentes en las comunidades autónomas de La Rioja y la Comunidad Valenciana no presentan diferencias con Andalucía, en contra de lo que sucedía para la muestra de 16 años o más en la que La Rioja tenía mejor valoración positiva de la salud y la Comunidad Valenciana peor valoración positiva de la salud.

Figura 5. 7. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 16 a 49 años (II).



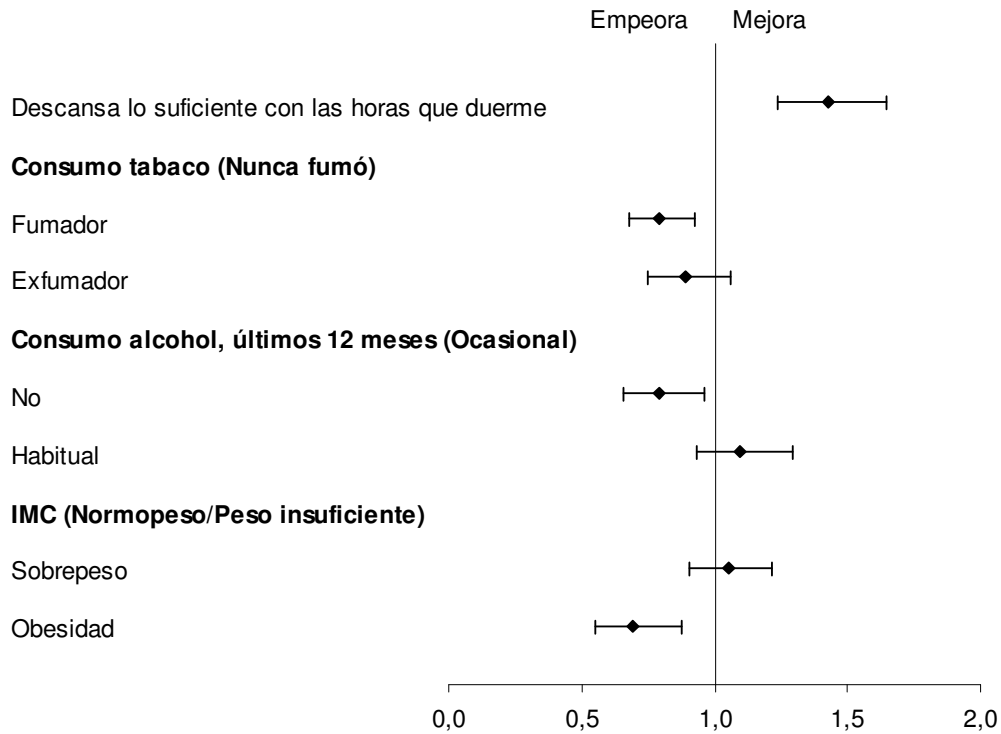
En referencia a la influencia de las variables explicativas de morbilidad y discapacidad en este colectivo, en la figura 5.8, se observa una situación idéntica a la encontrada para toda la muestra (población de 16 años o más), es decir, se constata que hay mayor propensión a que las personas valoren su salud de forma positiva si no tienen una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo, medio y corto plazo) y si presentan un buen estado de salud mental. Pero, además, el sentido de la intensidad de la asociación de cada una de las variables de morbilidad con la SPP es muy similar entre toda la muestra y la muestra de 16 a 49 años.

Figura 5. 8. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población de 16 años a 49 años.



En el grupo de variables de estilo de vida se observa un cambio, respecto a toda la muestra, en las variables que están asociadas con la SPP (figura 5.9) y la intensidad o relevancia con la que influyen. En primer lugar, que las personas realicen o no ejercicio físico en su tiempo libre no afecta a la valoración que manifiestan sobre su salud. En segundo lugar, las personas que descansan lo suficiente con las horas que duermen tienen mayor riesgo (1,4 veces) de tener SPP que aquellos que no descansan lo suficiente, aunque en menor intensidad que en toda la muestra (1,6 veces). Por último, las personas que fuman, que no consumieron alcohol en los últimos 12 meses o que presentan obesidad, empeoran la valoración de SPP con igual o mayor relevancia que en toda la muestra. En particular, las personas con peso normal tienen 1,4 veces mejor SPP que las obesas (aproximadamente 1,3 veces en toda la población), pero no existen diferencias estadísticamente significativas con las personas que tienen sobrepeso, al igual que sucedía en toda la muestra.

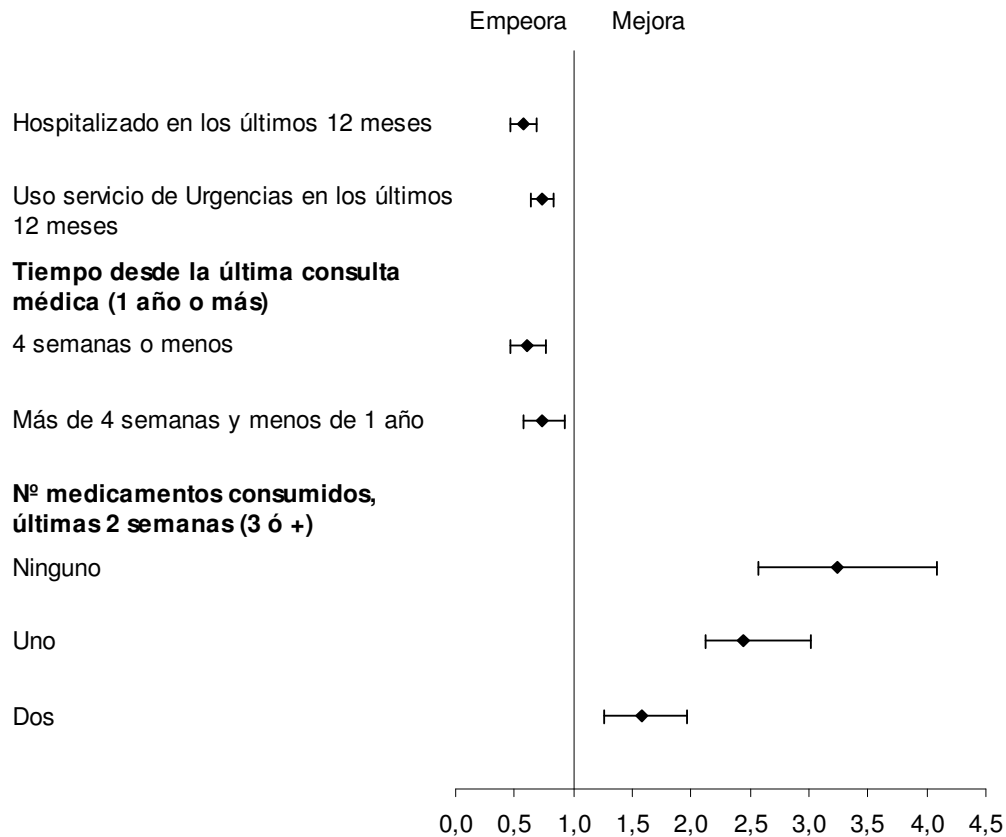
Figura 5. 9. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de hábitos de vida. Modelo para la población de 16 a 49 años.



Para terminar de analizar las variables explicativas de la SPP en la muestra de 16 a 49 años de edad, observamos, en la figura 5.10, los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, se observa que aquellas personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses mejoran la valoración de salud percibida, tal y como se puso de manifiesto en el estudio de toda la muestra. Sin embargo, la intensidad de esta valoración positiva de la salud para este conjunto de variables es igual o menor que en toda la muestra. Por último, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas 2 semanas mayor es la valoración de SPP: la valoración de que la salud sea positiva aumenta 3,2 veces si no se consumen medicamentos, 2,4 si sólo se consume uno, 1,5 si se consumen dos, comparado con tomar tres o más medicamentos. Esta tendencia en el consumo de medicamentos ya se constató

para toda la muestra y además la relevancia es igual o menor que en la población de personas de 16 o más años de edad.

Figura 5. 10. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población de 16 a 49 años.



En resumen, la valoración de la SPP está explicada por los cuatro grupos de variables, observándose que las variables independientes que tienen mayor relevancia en la cuantificación de la SPP son las mismas que en el estudio de toda la muestra, es decir, en la SPP influye las variables de morbilidad, las de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos, las de entorno social y las de estilo de vida, destacando en este último grupo las variables de descansar lo suficiente, la obesidad, el tabaco y el alcohol. Por último, resulta de interés destacar que, a diferencia de lo que sucedía con toda la muestra, el que las personas de 16 a 49 años realicen o no alguna actividad física en su

tiempo libre no explica la valoración de la SPP en la población de 16 a 49 años de edad.

5.3.2 Factores que explican la SPP y la SPMP en las personas de 16 a 49 años de edad

Análogamente a lo que se hizo para la población de 16 o más años de edad, se ha estimado el modelo de salud percibida para la población de 16 a 49 años de edad distinguiendo entre SPP y SPMP, lo cual nos permite poner de manifiesto si existen diferencias en la relevancia de los distintos factores que explican estos dos grados de salud percibida positiva. De nuevo, siguiendo la metodología explicada en el epígrafe 4.4 del capítulo 4, se ha llegado a un modelo de salud de las personas de 16 a 49 años de edad para los dos grados de salud percibida positiva cuyos resultados se presentan en la tabla 5.2.

En el grupo de variables de entorno social se obtienen los mismos resultados y con la misma intensidad para los dos grados de salud percibida positiva salvo para la variable comunidad autónoma de residencia. Así pues, a mayor edad disminuye la valoración de la salud de forma positiva o muy positiva, y cuanto mayor es la clase social del individuo o cuanto mayor es el nivel de estudios mayor es la valoración de la salud percibida de forma positiva (SPP y SPMP).

Sin embargo, el riesgo de salud percibida muy positiva (SPMP) es menor en todas las comunidades autónomas excepto en Baleares, Cataluña y Madrid que presentan igual riesgo de SPP y SPMP que Andalucía, mientras que en las ciudades de Ceuta y Melilla el riesgo de SPP y SPMP no presentan diferencias y dicho riesgo es mayor que en Andalucía.

Con respecto al grupo de morbilidad y discapacidad, los resultados de la tabla 5.2 nos indican que puede afirmarse que hay mayor valoración de SPP o SPMP si el individuo no presenta una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo, medio y corto plazo) y si presenta un buen estado de salud mental, sin embargo, las valoraciones de salud no tienen la misma intensidad. Es decir, entre los individuos que no tienen una enfermedad

crónica tienen 5,6 y 4,1 veces mejor SPP y SPMP, respectivamente, que los que sufren enfermedad crónica con limitaciones. De manera semejante a como sucedía en toda la muestra, se produce un descenso en la mejora de la SPMP respecto a la de SPP entre aquellos que no han tenido limitaciones en la actividad cotidiana en los últimos 6 meses o han tenido un estado de salud mental bueno.

Al analizar los resultados para las variables agrupadas en estilo de vida se observa que: en primer lugar, las personas que fuman empeoran la valoración de SPP y de SPMP con la misma intensidad respecto a los no fumadores, mientras que las personas que no consumieron alcohol en los últimos 12 meses empeoran la valoración de SPP pero no presentan diferencias significativas con la valoración de SPMP respecto aquellos que consumieron alcohol de forma u ocasional. En segundo lugar, aquellos que tienen obesidad son menos propensos a mostrar SPP y SPMP y con igual intensidad, por el contrario, las personas con sobrepeso son menos propensos a la SPMP respecto a las personas con peso normal, pero no presenta diferencias significativas con la SPP. Por último, descansar lo suficiente con las horas que se duerme es un factor beneficioso para la SPP y la SPMP y además con la misma intensidad en ambas graduaciones de salud positiva, es decir, 1,6 veces mejor valoración SPP y SPMP, respectivamente, que aquellos que no descansan lo suficiente.

Para terminar de analizar los dos grados de salud percibida positiva entre las personas de 16 a 49 años de edad, observamos los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, se observa que aquellas personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses tienen mayor riesgo de SPP, pero el riesgo de SPMP no es significativamente diferente entre aquellos que han estado o no hospitalizados en los últimos 12 meses y entre aquellos que han utilizado o no el servicio de urgencias en los últimos 12 meses, tal como sucedía en el estudio de toda la muestra. Por otra parte, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas 2 semanas mayor es la

valoración de SPP y SPMP, sin embargo, la valoración de SPP y SPMP varía en intensidad siendo menor, en todas las modalidades, la valoración de SPMP, tal como sucedía para toda la muestra, excepto en el caso de que el consumo haya sido de dos medicamentos que en ese caso las valoraciones de SPP y SPMP coinciden.

En consecuencia, en el grupo de las personas de 16 a 49 años de edad, la valoración de SPMP, a diferencia de la SPP, no está explicada por los factores consumo de alcohol en los últimos 12 meses, la hospitalización y el uso del servicio de urgencias en los últimos 12 meses. Sin embargo, la valoración de SPP no está explicada por el sobrepeso. El resto de las variables explica ambas valoraciones de la salud percibida positiva, aunque no con la misma intensidad o relevancia. En concreto, la valoración de SPMP es menor que el de SPP en la mayoría de las comunidades autónomas, en no padecer una enfermedad crónica con limitaciones, en tener buena salud mental, en no tener limitaciones de actividades cotidianas en los últimos 6 meses, en descansar lo suficiente con las horas que duerme y en el número de medicamentos consumidos en las últimas 2 semanas.

Tabla 5. 2. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 16 a 49 años.

Modelo General de Líneas Paralelas		Bueno, Muy Bueno/ Regular, Malo (SPP)		Muy Bueno/ Bueno, Regular, Malo (SPMP)	
	OR	IC(95%)	OR	IC(95%)	
Entorno Social					
edad (44 a 49 años)					
16 a 23 años	2,358 ***	(1,983 , 2,803)	2,358 ***	(1,983 , 2,803)	
24 a 28 años	1,547 ***	(1,236 , 1,937)	2,012 ***	(1,637 , 2,474)	
29 a 33 años	1,699 ***	(1,390 , 2,076)	1,328 **	(1,100 , 1,604)	
34 a 39 años	1,480 ***	(1,282 , 1,708)	1,480 ***	(1,282 , 1,708)	
40 a 43 años	1,325 ***	(1,147 , 1,530)	1,325 ***	(1,147 , 1,530)	
Clase social (Clase V)					
Clase I	1,584 ***	(1,271 , 1,974)	1,584 ***	(1,271 , 1,974)	
Clase II	1,513 ***	(1,231 , 1,860)	1,513 ***	(1,231 , 1,860)	
Clase III	1,356 ***	(1,139 , 1,615)	1,356 ***	(1,139 , 1,615)	
Clase IV	1,230 **	(1,058 , 1,430)	1,230 **	(1,058 , 1,430)	
Estudios (Universitarios)					
Analfabeto o sin estudios/Primarios y Secundarios de 1º ciclo	0,639 ***	(0,546 , 0,748)	0,639 ***	(0,546 , 0,748)	
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,829 *	(0,714 , 0,963)	0,829 *	(0,714 , 0,963)	
Comunidad Autónoma (Andalucía)					
Aragón	0,918	(0,695 , 1,212)	0,492 ***	(0,364 , 0,667)	
Asturias	1,126	(0,811 , 1,564)	0,499 ***	(0,335 , 0,744)	
Baleares	1,329	(0,958 , 1,844)	0,785	(0,592 , 1,039)	
Canarias	0,953	(0,706 , 1,286)	0,198 ***	(0,131 , 0,300)	
Cantabria	0,747	(0,540 , 1,034)	0,217 ***	(0,150 , 0,313)	
C. y León	0,895	(0,617 , 1,297)	0,611 **	(0,453 , 0,824)	
Castilla La Mancha	0,885	(0,652 , 1,201)	0,593 **	(0,419 , 0,839)	
Cataluña	0,996	(0,792 , 1,253)	0,996	(0,792 , 1,253)	
Comunidad Valenciana	0,737 **	(0,607 , 0,894)	0,737 **	(0,607 , 0,894)	

Tabla 5. 2. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 16 a 49 años (continuación).

Extremadura	0,896	(0,604	, 1,328)	0,502	***	(0,360	, 0,700)	
Galicia	0,651	***	(0,519	, 0,815)	0,343	***	(0,267	, 0,441)
Madrid	0,840	(0,682	, 1,034)	0,840	(0,682	, 1,034)		
Murcia	0,486	***	(0,391	, 0,605)	0,486	***	(0,391	, 0,605)
Navarra	0,785	*	(0,634	, 0,973)	0,785	*	(0,634	, 0,973)
P. Vasco	1,155	(0,843	, 1,581)	0,481	***	(0,338	, 0,684)	
La Rioja	1,122	(0,726	, 1,732)	0,367	***	(0,248	, 0,543)	
Ceuta y Melilla	1,520	*	(1,038	, 2,225)	1,520	*	(1,038	, 2,225)
Morbilidad y discapacidad								
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)								
Enfermedad con limitaciones	0,178	***	(0,147	, 0,215)	0,245	***	(0,182	, 0,329)
Enfermedad sin limitaciones	0,455	***	(0,404	, 0,513)	0,455	***	(0,404	, 0,513)
Salud mental (Buena)								
NC	0,535	***	(0,402	, 0,713)	0,535	***	(0,402	, 0,713)
No Buena	0,473	***	(0,406	, 0,551)	0,588	***	(0,489	, 0,706)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)								
Sí	0,382	***	(0,320	, 0,456)	0,624	***	(0,474	, 0,821)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)								
Sí	0,733	***	(0,619	, 0,869)	0,733	***	(0,619	, 0,869)
Estilo de vida								
Consumo tabaco (Nunca fumó)								
Fumador	0,869	*	(0,779	, 0,969)	0,869	*	(0,779	, 0,969)
Exfumador	0,915	(0,803	, 1,044)	0,915	(0,803	, 1,044)		
Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)								
No	0,764	**	(0,645	, 0,904)	1,006	(0,850	, 1,191)	
Habitual	0,998	(0,886	, 1,125)	0,998	(0,886	, 1,125)		
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)								
Sí	1,328	***	(1,183	, 1,491)	1,328	***	(1,183	, 1,491)

Tabla 5. 2. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 16 a 49 años (continuación).

Índice de masa corporal (Normopeso/Peso insuficiente)						
Sobrepeso	1,038	(0,903	, 1,193)	0,853 *	(0,747	, 0,974)
Obesidad	0,710 ***	(0,596	, 0,847)	0,710 ***	(0,596	, 0,847)
NC	0,706 **	(0,551	, 0,904)	0,706 **	(0,551	, 0,904)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos						
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)						
4 semanas o menos	0,595 ***	(0,509	, 0,696)	0,595 ***	(0,509	, 0,696)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,690 ***	(0,607	, 0,783)	0,690 ***	(0,607	, 0,783)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)						
Sí	0,578 ***	(0,480	, 0,697)	0,892	(0,724	, 1,099)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)						
Sí	0,721 ***	(0,629	, 0,827)	0,910	(0,785	, 1,056)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)						
Ninguno	3,270 ***	(2,604	, 4,106)	2,233 ***	(1,710	, 2,915)
Uno	2,381 ***	(1,936	, 2,928)	1,843 ***	(1,414	, 2,403)
Dos	1,540 ***	(1,247	, 1,901)	1,540 ***	(1,247	, 1,901)
Constante	8,245 ***	(5,695	, 11,937)	0,378 ***	(0,256	, 0,559)
Contraste líneas paralelas F=0,730 p=0,844						
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov						
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 n=14814						
				p=0,496		p=0,958

5.3.3 Modelo de la SPP para las personas de 50 o más años de edad

En el análisis de la SPP en la población de 50 o más años de edad se han considerado inicialmente todas las variables excepto “Sentirse discriminado” ya que en la muestra para este tramo de edad sólo lo presentan el 2,5%. Además, se han agregado categorías en la variable “Clase social”, agrupando “Clase social I” y “Clase social II” en una única modalidad ya que cada una de ellas sólo la presentan, aproximadamente, el 7% de la muestra. Del mismo modo, en la variable “En el hogar hay personas que necesitan cuidados” se han agregado las categorías “Sí y se ocupa” y “Sí, no se ocupa” en una sola modalidad puesto que la primera categoría sólo la presentan el 2% de la muestra de 50 o más años.

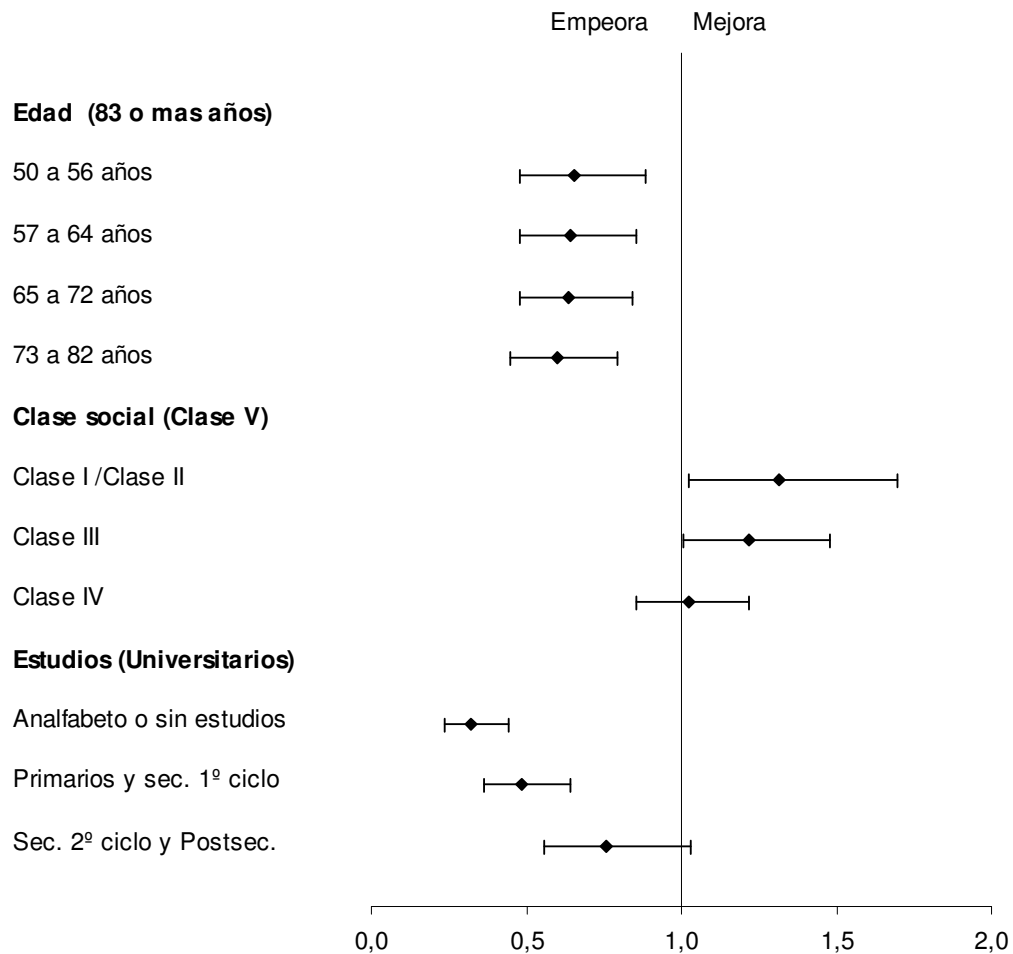
En este colectivo de edad se han considerado cinco intervalos de edad (50 a 56 años, 57 a 64 años, 65 a 72 años, 73 a 82 años y 83 o más años), y aún cuando no son igualmente distribuidos según el porcentaje de población que contiene cada grupo, criterio que sí cumplen las agrupaciones de edad utilizadas en los modelos anteriores (para el total de la población y para los de 16 a 49 años de edad) esta agrupación de la edad refleja el cambio de valoración de SPP que se produce a partir de los 83 años frente a edades inferiores a ésta, particularidad que únicamente se da en el colectivo de personas de 50 o más años de edad. Asimismo, se observa que en esta subpoblación el porcentaje de mujeres en la muestra es superior al de varones (54,2% frente a 45,8%) y el porcentaje de SPP (39,1%) es inferior al de la muestra de personas de 16 a 49 años de edad (60,9%).

Al igual que en el estudio de toda la población, para seleccionar las variables explicativas candidatas a entrar en el modelo general se ha realizado un análisis univariante de cada una de ellas sobre la SPP mediante una regresión logística, lo que proporciona información de si la variable analizada influye en la SPP (p-valor) y en su caso, si la influencia es positiva o negativa a través del valor del OR. Los resultados de estos análisis, que pueden consultarse en la tabla A1.5 del Anexo 1, confirman que para todas las variables los análisis mostraron asociaciones significativas con la SPP.

A partir de este primer análisis y siguiendo la metodología descrita en el capítulo 4, se ha llegado a un modelo estadístico que explica la SPP de la población de 50 o más años de edad y cuyos resultados pueden consultarse en la tabla A1.6 del Anexo 1. Es necesario hacer notar que las variables “Accidente en últimos 12 meses” y “Consumo de alcohol en los últimos 12 meses” aunque no son significativas, aparecen en el modelo porque son confusoras con la “Clase social” y la “Edad” en una cota superior a la establecida (10%).

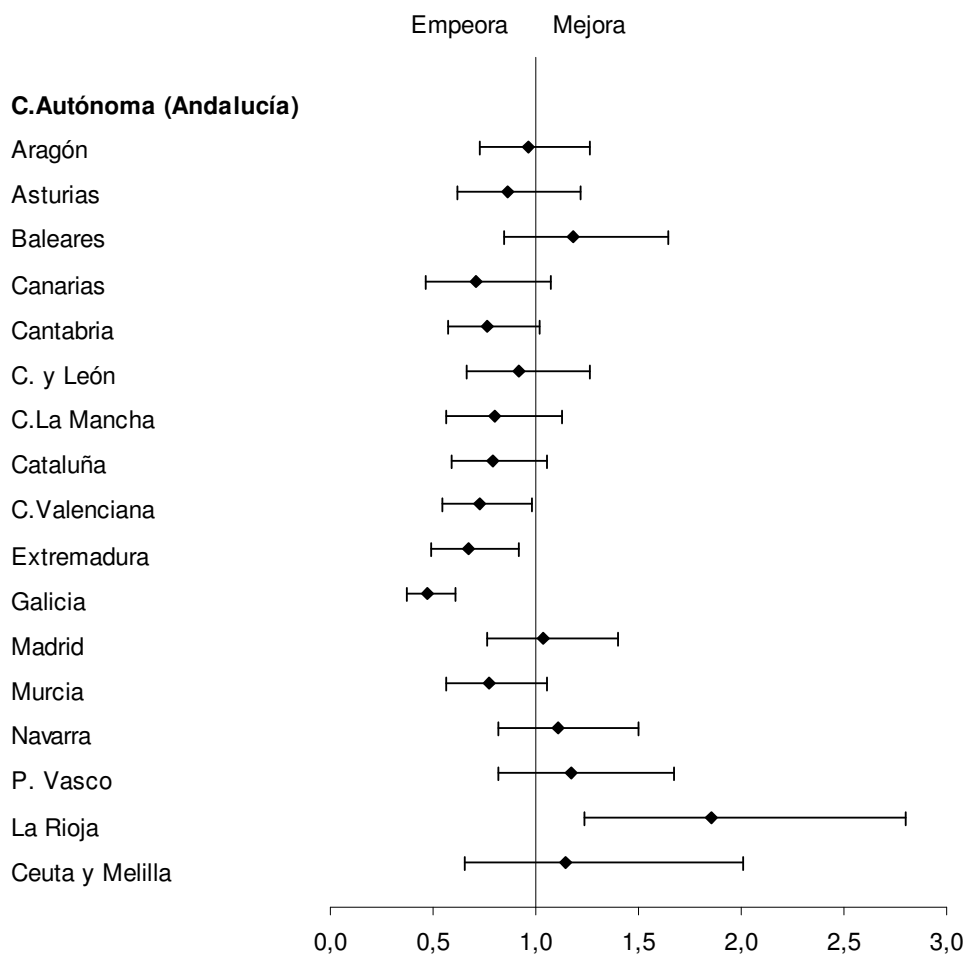
En la figura 5.11 se presentan los resultados para el primer grupo de variables sociales: la edad, el nivel educativo y la clase social. Como puede observarse, a diferencia de lo que ocurría para las personas de 16 a 49 años o en toda la muestra, la edad es un factor perjudicial para los menores de 83 años y a mayor edad peor es la valoración de la SPP respecto a las personas de 83 o más años de edad, manteniendo constantes el resto de variables. Por otra parte, cuanto mayor es la clase social del individuo mejor es la valoración de SPP aunque con menor intensidad que en el colectivo de 16 a 49 años de edad. Además, cuanto mayor es el nivel de estudios mejor es la valoración la salud percibida de forma positiva, en particular, aquellos que tienen estudios universitarios tienen 3 veces mejor SPP que los que tienen un nivel de estudios de “Analfabeto o sin estudios” y 2 veces más que los que tienen estudios “Primarios y Secundarios de 1º ciclo”.

Figura 5. 11. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 50 años o más (I).



Para finalizar con las variables de entorno social que explican la SPP consideramos la influencia de la comunidad autónoma de residencia (figura 5.12), constatándose que los habitantes de la Comunidad Valenciana, Extremadura y Galicia son menos propensos a valorar la salud de forma positiva que los de Andalucía, y esta es menor en Galicia que en las otras dos comunidades autónomas. Por otra parte, al igual que sucedía para toda la muestra, los residentes en La Rioja presentan 1,8 veces mejor SPP que los de Andalucía. Para el resto de las comunidades autónomas no se encontraron diferencias significativas en la SPP respecto a Andalucía.

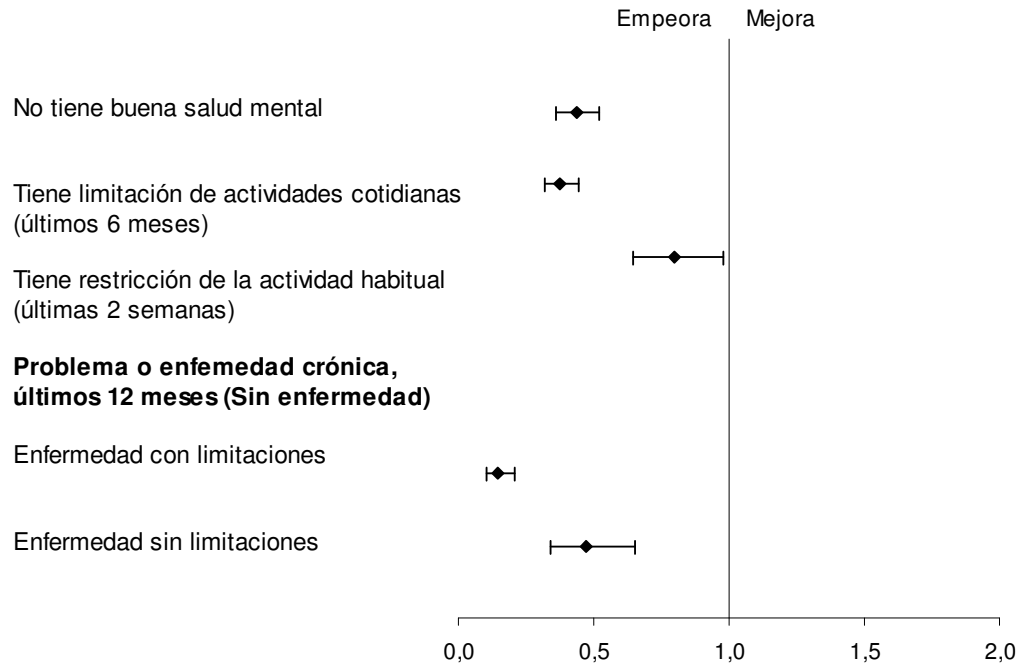
Figura 5. 12. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 50 años o más (II).



Con respecto a la influencia de las variables de morbilidad y discapacidad en este colectivo poblacional, en la figura 5.13 se observa una situación idéntica a la encontrada para toda la muestra y a la de la muestra de 16 a 49 años de edad. Así pues, se observa que la valoración de la salud de forma positiva en las personas aumenta si no tienen una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo, medio y corto plazo) y si tienen un buen estado de salud mental. Además, al comparar el sentido y la intensidad de la asociación de cada una de las variables de morbilidad con la SPP entre toda la muestra y la muestra de 16 a 49 años y la de 50 años o más

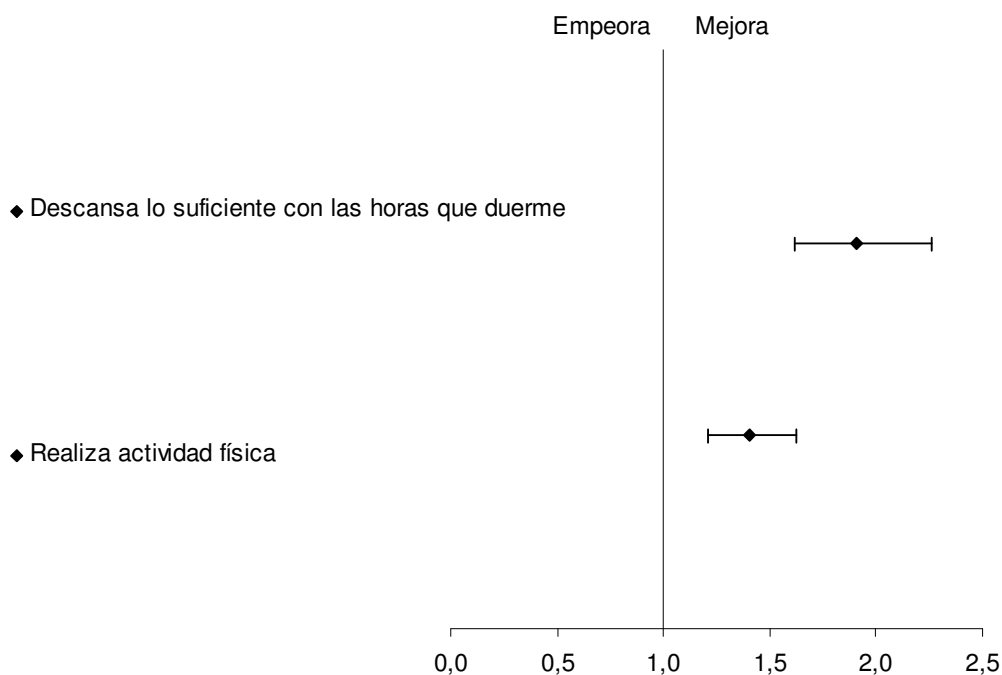
años de edad, se constata que no varía, es decir, no hay diferencias entre las tres muestras.

Figura 5. 13. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población de 50 años o más.



Sin embargo, en el grupo de variables de estilo de vida se observa un cambio, respecto a toda la muestra y a la de la muestra de 16 a 49 años de edad, en las variables que están asociadas con la SPP (figura 5.14) y la relevancia con la que influyen. En primer lugar, factores como el hábito de fumar, consumo de alcohol en los últimos 12 meses y el índice de masa corporal no influyen en la valoración de la salud de forma positiva. En segundo lugar, las personas que descansan lo suficiente con las horas que duermen tienen mejor (1,9 veces) SPP frente a aquellas que no descansan lo suficiente, además, esta asociación se produce con mayor intensidad que en toda la muestra y que en la de 16 a 49 años de edad. Por último, las personas que realizan alguna actividad física en su tiempo libre mejoran la valoración de SPP con mayor relevancia de lo que sucede en toda la muestra (1,4 veces frente a 1,2 veces en toda la muestra).

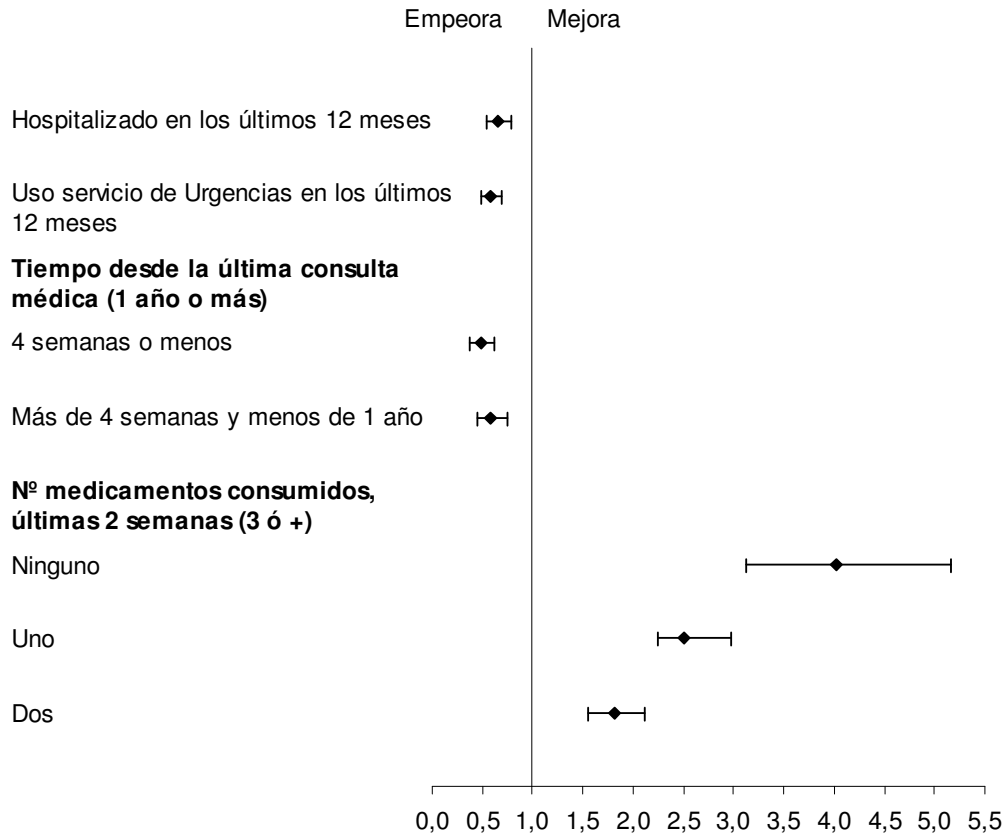
Figura 5. 14. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de hábitos de vida. Modelo para la población de 50 años o más.



Al considerar las variables explicativas de la SPP en la muestra de 50 o más años de edad observamos en la figura 5.15 los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, se aprecia que aquellas personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses mejoran la valoración de su salud percibida, tal como se puso de manifiesto en toda la muestra y en el colectivo de 16 a 49 años de edad, sin embargo, la intensidad de esta valoración positiva de la salud por estas variables es igual o mayor que en toda la muestra y en la muestra de 16 a 49 años de edad, salvo en el factor hospitalización en los últimos 12 meses que es inferior. Para terminar con este grupo de variables destacamos que, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas 2 semanas mejor es la valoración de SPP: la valoración de que la salud sea positiva es 4 veces mayor si no se consumen medicamentos, 2,5 si sólo se consume uno, 1,8 si se consumen dos, comparado con tomar tres o más. Esta tendencia en el consumo de medicamentos ya se constató para toda la

muestra y además la intensidad de la asociación es mayor que en la muestra de 16 a 49 años de edad y que en toda la muestra.

Figura 5. 15. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población de 50 años o más.



En resumen, la valoración de la SPP viene explicada por los cuatro grupos de variables, observándose que las variables explicativas que tienen mayor relevancia en la cuantificación de la SPP son las mismas que en el estudio de toda la muestra y en la muestra de 16 a 49 años de edad. En este tramo de edad la clase social tiene menor relevancia que en los otros dos estudios y, por el contrario, el nivel de estudios del individuo, descansar lo suficiente y la actividad física en el tiempo libre, presentan una relevancia superior a la que presenta en los otros dos grupos de edad analizados anteriormente. Además, a diferencia de lo que sucedía para los de 16 años o más, el que las personas de 50 o más años de edad hayan fumado o

consumido alcohol o sean obesas no explica la valoración de la SPP en este colectivo. Por último, entre los 50 y 82 años tienen peor salud que a partir de 83 años

5.3.4 Factores que explican la SPP y la SPMP en las personas de 50 o más años de edad

De forma similar a los dos modelos de SPP presentados en los epígrafes anteriores (población de 16 o más años de edad y población entre 16 y 49 años de edad) se ha estimado el modelo de salud percibida para la población de 50 o más años distinguiendo entre SPP y SPMP con el fin de analizar si existen diferencias en el sentido e intensidad de las modalidades de los factores que explican estos dos grados de salud percibida positiva.

Tras realizar el análisis estadístico, comentado en apartados anteriores, se ha llegado a un modelo de salud de las personas de 50 o más años de edad para los dos grados de salud percibida positiva cuyos resultados se presentan en la tabla 5.3.

En este colectivo, para el grupo de variables del entorno social se obtienen los mismos resultados y con similar intensidad para los dos grados de salud percibida positiva salvo para la variable comunidad autónoma de residencia. Es decir, en ambos grados de salud percibida positiva, los menores de 83 años son menos propensos a valorar la salud de forma positiva que los de 83 o más años, y cuanto mayor es la clase social del individuo o cuanto mayor es el nivel de estudios mayor es la valoración de la salud percibida de forma positiva.

Sin embargo, el riesgo de SPMP es menor en las comunidades autónomas de Cantabria y La Rioja, y es mayor en la Comunidad Valenciana y Madrid. El resto de comunidades autónomas tienen igual riesgo de SPP y SPMP que Andalucía, excepto Canarias, Extremadura, Galicia y Murcia donde el riesgo de SPP y SPMP no presenta diferencias y es menor que en Andalucía.

Con respecto al grupo de variables explicativas de morbilidad, los resultados de la tabla 5.3 nos indican que puede afirmarse que hay mejor SPP o SPMP si el individuo no presenta una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo, medio y corto plazo) y si tiene un buen estado de salud mental, sin embargo, las valoraciones de salud no presentan, en general, la misma intensidad de forma similar a como sucedía en toda la muestra y en la muestra de personas de 16 a 49 años. Además, en este grupo de edad, la valoración de SPP y SPMP si no tiene enfermedad crónica con limitaciones es igual y mayor que para toda la muestra y el grupo de edad de personas de 16 a 49 años, respectivamente.

Al analizar los resultados para las variables agrupadas en estilo de vida se observa que: en primer lugar, realizar alguna actividad física en el tiempo libre es un factor beneficioso para la SPP y la SPMP y además con la misma intensidad en ambas graduaciones de salud positiva, es decir, 1,3 veces mayor riesgo de tener SPP y SPMP, respectivamente, que aquellos que no realizan actividad física en tiempo libre. En segundo lugar, descansar lo suficiente con las horas que se duerme mejora el riesgo de SPP (1,9 veces) pero no presenta diferencias significativas con el riesgo de SPMP respecto a aquellos que no descansan lo suficiente.

Para terminar de analizar los dos grados de salud percibida positiva entre las personas de 50 o más años de edad, observamos los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, se observa que aquellas personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos doce meses tienen mayor valoración de SPP y de SPMP, ambos con la misma intensidad, a diferencia de lo que ocurría en el colectivo de personas de 16 a 49 años de edad. Por otra parte, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas mejor es la SPP y la SPMP, sin embargo, la valoración de SPP y SPMP varía en intensidad siendo menor, en todas las modalidades, la SPMP, tal como sucedía para toda la muestra y la de 16 a 49 años de edad.

En consecuencia, en el grupo de las personas de 50 o más años de edad, la valoración de SPMP, a diferencia de la SPP, no está explicada por la variable descansar lo suficiente con las horas que se duerme. El resto de las variables explica ambas valoraciones de la salud percibida positiva, aunque no con la misma intensidad o relevancia. En concreto, la valoración de SPMP es menor que la de SPP en la mayoría de las comunidades autónomas salvo en Madrid y la Comunidad Valenciana donde la valoración de SPMP es mayor, en tener buena salud mental, en no tener limitaciones de actividades cotidianas en los últimos seis meses, en descansar lo suficiente con las horas que duerme y en el número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas.

Tabla 5. 3. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 50 años o más.

Modelo General de Líneas Paralelas		Bueno, Muy Bueno/ Regular, Malo (SPS)	Muy Bueno/ Bueno, Regular, Malo (SPMP)
	OR	IC(95%)	OR
Entorno Social			
edad (83 o mas años)			
	1,019		
50 a 56 años	0,6537 **	(0,4961 , 0,8613)	0,6537 ** (0,4961 , 0,8613)
57 a 64 años	0,6827 **	(0,5227 , 0,8915)	0,6827 ** (0,5227 , 0,8915)
65 a 72 años	0,6719 **	(0,518 , 0,8717)	0,6719 ** (0,518 , 0,8717)
73 a 82 años	0,6466 **	(0,4976 , 0,8403)	0,6466 ** (0,4976 , 0,8403)
Clase social (Clase V)			
Clase I /Clase II	1,5219 ***	(1,2243 , 1,8919)	1,5219 *** (1,2243 , 1,8919)
Clase III	1,293 **	(1,0917 , 1,5315)	1,293 ** (1,0917 , 1,5315)
Clase IV	1,0628	(0,9075 , 1,2446)	1,0628 (0,9075 , 1,2446)
Estudios (Universitarios)			
Analfabeto o sin estudios	0,3196 ***	(0,2404 , 0,4249)	0,5287 *** (0,3655 , 0,7648)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,4834 ***	(0,3754 , 0,6225)	0,7654 * (0,5868 , 0,9983)
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,7363 *	(0,5813 , 0,9325)	0,7363 * (0,5813 , 0,9325)
Comunidad Autónoma (Andalucía)			
Aragón	0,9307	(0,7213 , 1,2008)	0,9307 (0,7213 , 1,2008)
Asturias	0,8136	(0,6006 , 1,1022)	0,8136 (0,6006 , 1,1022)
Baleares	1,2922	(0,9541 , 1,7501)	1,2922 (0,9541 , 1,7501)
Canarias	0,6308 **	(0,4489 , 0,8866)	0,6308 ** (0,4489 , 0,8866)
Cantabria	0,7575	(0,5725 , 1,0023)	0,2712 *** (0,1657 , 0,4438)
C. y León	0,8707	(0,6566 , 1,1546)	0,8707 (0,6566 , 1,1546)
Castilla La Mancha	0,8056	(0,578 , 1,1227)	1,3248 (0,8591 , 2,043)
Cataluña	0,7723	(0,5866 , 1,0168)	1,027 (0,8966 , 1,179)
Comunidad Valenciana	0,7237 *	(0,5429 , 0,9647)	1,556 * (1,1099 , 2,1814)
Extremadura	0,646 **	(0,4891 , 0,8532)	0,646 ** (0,4891 , 0,8532)
Galicia	0,4751 ***	(0,4751 , 0,5967)	0,4751 *** (0,4751 , 0,5967)
Madrid	1,0065	(0,7554 , 1,341)	1,6331 ** (1,1793 , 2,2616)
Murcia	0,6969 *	(0,5245 , 0,926)	0,6969 * (0,5245 , 0,926)

Tabla 5. 3. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 50 años o más (continuación).

Navarra	1,0174	(0,7892 , 1,3115)	1,0174	(0,7892 , 1,3115)
P. Vasco	1,1636	(0,8704 , 1,5556)	1,1636	(0,8704 , 1,5556)
La Rioja	1,8118 **	(1,2178 , 2,6954)	0,4539 *	(0,243 , 0,8478)
Ceuta y Melilla	1,3088	(0,806 , 2,1255)	1,3088	(0,806 , 2,1255)
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)				
Enfermedad con limitaciones	0,1356 ***	(0,1042 , 0,1765)	0,1356 ***	(0,1042 , 0,1765)
Enfermedad sin limitaciones	0,4381 ***	(0,3522 , 0,5449)	0,4381 ***	(0,3522 , 0,5449)
Salud mental (Buena)				
NC	0,8324	(0,6035 , 1,1481)	0,8324	(0,6035 , 1,1481)
No Buena	0,4318 ***	(0,3625 , 0,5144)	0,6333 *	(0,4317 , 0,9289)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)				
Sí	0,3692 ***	(0,3124 , 0,4363)	0,7008 *	(0,4971 , 0,9878)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)				
Sí	0,7991 *	(0,6522 , 0,9791)	0,7991 *	(0,6522 , 0,9791)
Accidente (No)				
Sí	1,181	(0,9263 , 1,5058)	1,181	(0,9263 , 1,5058)
Estilo de vida				
Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)				
No	0,9175	(0,7547 , 1,1155)	0,9175	(0,7547 , 1,1155)
Habitual	1,0611	(0,8855 , 1,2716)	1,0611	(0,8855 , 1,2716)
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)				
Sí	1,9216 ***	(1,6321 , 2,2624)	1,032	(0,9627 , 1,8206)
Actividad física en tiempo libre (No)				
Sí	1,353 ***	(1,1846 , 1,5447)	1,353 ***	(1,1846 , 1,5447)

Tabla 5. 3. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 50 años o más (continuación).

Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos			
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)			
4 semanas o menos	0,4929 *** (0,4059 , 0,5986)	0,4929 *** (0,4059 , 0,5986)	
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,598 *** (0,4987 , 0,7175)	0,598 *** (0,4987 , 0,7175)	
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)			
Sí	0,669 *** (0,5591 , 0,8001)	0,669 *** (0,5591 , 0,8001)	
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)			
Sí	0,579 *** (0,4942 , 0,6795)	0,579 *** (0,4942 , 0,6795)	
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)			
Ninguno	4,0216 *** (3,152 , 5,1311)	2,7344 *** (2,0821 , 3,5911)	
Uno	2,4017 *** (2,0328 , 2,8374)	2,4017 *** (2,0328 , 2,8374)	
Dos	1,7971 *** (1,5391 , 2,0983)	1,3277 * (1,0042 , 1,7553)	
Constante			
	8,0403 *** (4,7 , 13,754)	0,2544 *** (0,1376 , 0,4703)	
Contraste líneas paralelas F=0,95 p=0,544			
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov		p=0,178	p=0,328
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 n=13555			

5.4 Conclusiones

En este capítulo se constata a través de la modelización empírica que la valoración de la salud percibida es un indicador de salud que abarca distintas dimensiones y que está relacionado con diversos tipos de factores, como los sociodemográficos, geográficos, de morbilidad e incapacidad, de estilos de vida y de uso de servicios sanitarios.

Esta multidimensionalidad de la valoración de la salud percibida viene determinada por los distintos factores que la explican en la población española de 16 o más años, los cuales se han inferido a partir de la muestra de la ENS-2006. Así, en los distintos modelos y resultados presentados se ha observado que la valoración de la SPP no sólo depende de las características físicas y biológicas del individuo, sino que también depende de características de morbilidad y limitación de la actividad, del estilo y hábitos de vida, del uso de los servicios sanitarios y consumo de medicamentos, y del entorno social y geográfico. Todos estos factores que aparecen como explicativos de la SPP no son excluyentes entre sí, sino que están interrelacionados y representan la visión de la salud de las personas con distintas características y que están inmersas en una sociedad con sus desigualdades y distintos hábitos de vida.

Los resultados obtenidos para toda la población y para las distintas subpoblaciones según el tramo de edad han sido resumidos en el cuadro 5.1. Se constata que hay algunos factores que explican la salud percibida y son invariantes en el sentido de asociación con la SPP. Algún ejemplo de estos factores son la clase social y el nivel de estudios en el grupo de variables de entorno social; no tener enfermedad crónica con o sin limitaciones, no haber tenido limitaciones a corto y medio plazo y tener buena salud mental, en el grupo de variables de morbilidad; descansar lo suficiente con el tiempo que duerme en el grupo de características de estilo de vida y las variables de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses así como el consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas.

Sin embargo, hay otras variables cuya asociación varía según la muestra considerada, un ejemplo claro es la edad, de forma que a mayor edad peor salud salvo en la muestra de 50 años o más donde las personas de más de 82 años tienen mejor salud percibida que aquellas que están entre 50 y 82 años de edad. Otros factores que varían la asociación con la SPP son no ser fumador, consumir alcohol de forma ocasional, o no ser obeso, que son factores beneficiosos para la SPP en el conjunto de toda la población y en la población de 16 a 49 años de edad mientras que en la población de 50 o más años de edad no tienen influencia en la SPP. Una situación similar es la de la variable realizar alguna actividad física en el tiempo libre, ya que no es influyente en la SPP en el grupo de edad de 16 a 49 años, pero si lo es en la muestra total y en el grupo de edad de 50 años o más.

Por último, en cuanto a la SPP, la zona o región de residencia de la población también explica la SPP. Así, se observa que los residentes en Galicia tienen menos riesgo de SPP, respecto a Andalucía, independientemente de la población considerada y en Murcia también tienen menos riesgo pero sólo para toda la población y el colectivo de 16 a 49 años de edad.

Cuadro 5. 1. Factores que benefician la SPP en la población general y por grupos de edad.

Población general	16 a 49 años de edad	50 o más años de edad
Menor edad	Menor edad	Mayor de 82 años
Mayor Clase social	Mayor Clase social	Mayor Clase social
Mayor nivel de estudios	Mayor nivel de estudios	Mayor nivel de estudios
No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones	No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones	No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones
No tener limitaciones a corto y medio plazo	No tener limitaciones a corto y medio plazo	No tener limitaciones a corto y medio plazo
Buena salud mental	Buena salud mental	Buena salud mental
No ser fumador	No ser fumador	
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol	
Descansar lo suficiente	Descansar lo suficiente	Descansar lo suficiente
Realizar actividad física en tiempo libre		Realizar actividad física en tiempo libre
No ser obeso	No ser obeso	
Mayor tiempo hasta consulta médica	Mayor tiempo hasta consulta médica	Mayor tiempo hasta consulta médica
No hospitalizado	No hospitalizado	No hospitalizado
No usar urgencias	No usar urgencias	No usar urgencias
Menor nº de medicamentos consumidos	Menor nº de medicamentos consumidos	Menor nº de medicamentos consumidos
Residir en La Rioja , Ceuta y Melilla	Residir en Ceuta y Melilla	Residir en La Rioja

En el análisis de las diferencias existentes entre los factores que explican los dos grados de salud percibida (SPP y SPMP) se obtienen varias conclusiones a partir de los resultados vistos en los apartados que hacen mención a esta cuestión, y que han sido sintetizados en el cuadro 5.2.

En primer lugar, consumir o no alcohol no influye en la SPMP en ninguno de los tres escenarios poblacionales, mientras que sí influye en la SPP en toda la población y para el grupo de edad menor de 50 años. En segundo lugar, excepto en el grupo de personas de 50 años o más, no tener exceso de peso (no ser obeso o no tener sobrepeso) explica la SPMP, sin embargo, en la SPP sólo influye la obesidad. En tercer lugar, en el grupo de variables de uso sanitario se constata que no ser hospitalizado o no haber usado el servicio de urgencias en los últimos 12 meses no influye en la SPMP en toda la muestra y en el grupo de personas de 16 a 49 años de edad, pero sí que influye en la SPMP en el colectivo de personas de 50 o más años y en el mismo sentido en que influye en la SPP.

En general, si se observan los factores que explican la SPP y la SPMP se puede deducir que, salvo las tres consideraciones citadas anteriormente, todos los factores influyen en el mismo sentido en ambos grados de la valoración de salud percibida pero no con la misma intensidad, es decir, en el grado de SPMP la intensidad de cada factor es menor que en el grado de SPP.

Para finalizar con el análisis de este grado de salud es de hacer notar que en la valoración de SPMP también influye la zona o región de residencia en el sentido de que la mayoría de las comunidades autónomas no son beneficiosas para la SPMP. En particular, Baleares, Cataluña y Madrid no son ni beneficiosas, ni perjudiciales para la SPMP, excepto Madrid que en la muestra de 50 años o más, junto con la Comunidad Valenciana mejora la SPMP.

Cuadro 5. 2. Factores que benefician la SPMP en la población general y por grupos de edad.

Población general	16 a 49 años	50 o más años
Menor edad	Menor edad	Mayor de 82 años
Mayor Clase social	Mayor Clase social	Mayor Clase social
Mayor nivel de estudios	Mayor nivel de estudios	Mayor nivel de estudios
No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones	No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones	No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones
No tener limitaciones a corto y medio plazo	No tener limitaciones a corto y medio plazo	No tener limitaciones a corto y medio plazo
Buena salud mental	Buena salud mental	Buena salud mental
No ser fumador	No ser fumador	
Descansar lo suficiente	Descansar lo suficiente	
Realizar actividad física en tiempo libre		Realizar actividad física en tiempo libre
No ser obeso ni tener sobrepeso	No ser obeso ni tener sobrepeso	
Mayor tiempo hasta consulta médica	Mayor tiempo hasta consulta médica	Mayor tiempo hasta consulta médica
		No hospitalizado
		No usar urgencias
Menor nº de medicamentos consumidos	Menor nº de medicamentos consumidos	Menor nº de medicamentos consumidos
Residir en Ceuta y Melilla	Residir en Ceuta y Melilla	Residir en Madrid, C. Valenciana

Capítulo 6. Modelos empíricos de salud percibida para colectivos específicos de la población

6.1 *Introducción*

En el capítulo anterior se han presentado los resultados de los modelos empíricos que tratan de evaluar el efecto que tienen distintos factores sobre la salud percibida para el conjunto de la población de 16 o más años de edad y para los grupos de edad de 16 a 49 años y de 50 o más años.

En este capítulo se presentan los resultados de los modelos empíricos que evalúan el efecto que tienen distintos factores sobre la salud percibida en colectivos específicos. En particular, se persigue analizar la valoración de salud percibida positiva en los colectivos de 65 o más años de edad, en la población trabajadora y en los grupos de varones y mujeres. El motivo de estudiar estos tres colectivos es que para cada una de estas subpoblaciones la ENS-2006 proporciona información específica para cada uno de ellos; presencia de algún tipo de dependencia funcional en las personas de 65 o más años, nivel de estrés y satisfacción en el trabajo para las personas que están empleadas y uso de servicio de ginecología en las mujeres.

El capítulo consta de cinco epígrafes, además de esta introducción. En el segundo apartado se plantean los resultados del modelo de SPP para las personas de 65 o más años de edad en función de los factores que lo explican, y a partir de él, al igual que se hizo en el capítulo anterior, se analiza si existen diferencias entre los factores que explican la SPP y la SPMP. En el tercer epígrafe se presentan los resultados del modelo de SPP para las personas que trabajan teniendo en cuenta la información adicional que tiene la ENS-2006 para este colectivo. Análogamente al segundo epígrafe, se analiza si existen diferencias entre los factores que influyen en la SPP y la SPMP para el grupo de ocupados. En el cuarto apartado se presentan dos modelos de SPP en función de que los individuos sean varones o mujeres. Los resultados de estos modelos nos permitirán detectar si hay diferencias entre los factores asociados con la valoración de la salud percibida según el género. De forma similar a lo

realizado en los dos epígrafes anteriores, se analiza si existen diferencias entre los factores que explican la SPP y la SPMP para los varones y las mujeres. Por último, el capítulo finaliza con un epígrafe que recoge las conclusiones derivadas de los contenidos presentados en este capítulo.

Al igual que se hizo en el capítulo 5, con el propósito de facilitar la lectura de los resultados de los distintos modelos se ha visto conveniente combinar su presentación mediante figuras y tablas. En consecuencia, se utilizarán las figuras para los modelos de SPP (obtenidos mediante regresión logística multivariante) y las tablas para los resultados de los modelos de SPP y SPMP (obtenidos mediante una regresión logística multivariante de líneas paralelas parciales). Recordamos, de nuevo, que para la interpretación de las figuras es importante tener en cuenta que en cada uno de ellos se ha representado el valor del OR y su intervalo de confianza al igual que en el capítulo anterior.

6.2 Modelo General de salud percibida para las personas de 65 o más años de edad

En este epígrafe, se presentan los resultados, tanto del modelo para las personas de 65 o más años de edad, que explican la SPP en función de las variables del entorno social, morbilidad, estilos de vida y uso servicios sanitarios, como los del modelo para este grupo de edad distinguiendo entre SPP y SPMP, lo que nos permite detectar si existen diferencias entre los factores que explican estos dos grados de salud percibida positiva.

Para este colectivo de la población se han publicado diversos trabajos (Aspiazu *et al* (2002), Séculi *et al* (2001), Fernández-Mayorales *et al* (2007), Gonzalo y Pasarin (2004), etc.) en los que se plantea que se espera que en este grupo poblacional aparezcan más problemas de salud y más limitaciones en la vida cotidiana en relación con las personas menores de 65 años. Aceptando esta hipótesis de partida, en este epígrafe trataremos de dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué factores explican la SPP en este

colectivo?, ¿la valoración de salud percibida, en las personas de 65 o más años es peor a medida que aumenta la edad?.

6.2.1 Análisis multivariante de la SPP para las personas de 65 o más años de edad

En el estudio de la SPP en la población de 65 años o más se han considerado inicialmente todas las variables tenidas en cuenta en toda la población excepto “Sentirse discriminado” ya que, en la muestra de este segmento de edad, sólo lo presentan el 1% de los encuestados. Además, las categorías “Sí” y se ocupa” y “Si, no se ocupa” de la variable “En el hogar hay personas que necesitan cuidados” se han reunificado en una única modalidad ya que la primera categoría tan sólo la presentan el 1,2% de las personas muestreadas. Asimismo, se han considerado dos intervalos de edad (65 a 82 años y 83 o más años) ya que aunque no son igualmente distribuidos, esta división de la edad pone de manifiesto el cambio de valoración de SPP que se produce a partir de los 83 años en relación a las personas de 65 a 82 años, de forma similar a como ocurría en el colectivo de 50 o más años de edad. Aproximadamente, una de cada cinco personas de la población pertenece a este colectivo y el 39,7% de ellos valora su salud de forma positiva.

En este segmento de la población se han considerado dos nuevas variables, presencia de algún tipo de dependencia funcional en las personas e ingresos familiares mensuales. La primera de ellas proporciona información sobre si la persona de 65 o más años tiene dependencia funcional para el “cuidado personal” (34,4%), para las “labores domésticas” (38,6%) o para “movilidad” (31,4%). A partir de estos tres tipos de dependencia se ha definido la variable “Presentar algún tipo de dependencia funcional” como el presentar una o más de las dependencias citadas anteriormente, observándose en la muestra que el 48,6% de las personas de este tramo de edad presentan alguna dependencia funcional.

La segunda variable considerada en este grupo de edad, “Ingresos familiares mensuales”, tiene su motivación en que al considerar la clase social en el modelo de SPP los valores observados no se ajustan bien a los valores

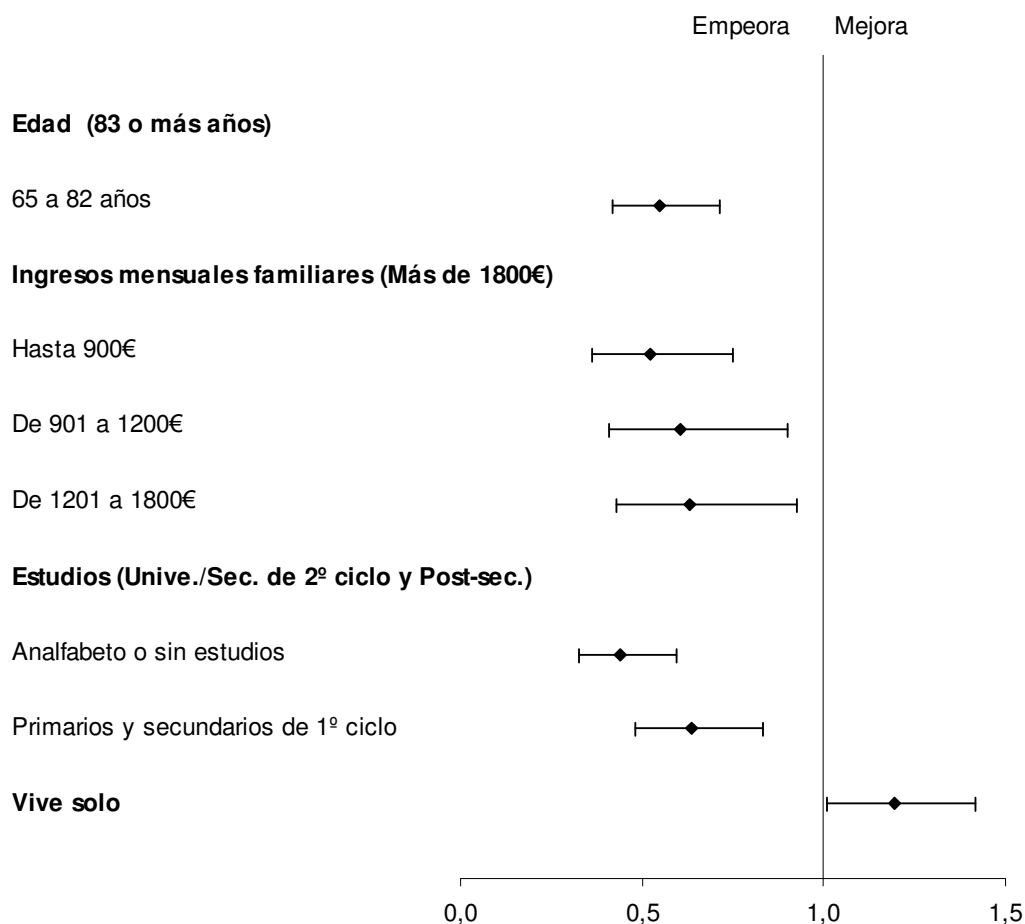
esperados en el modelo explicativo obtenido. La razón de esta falta de coincidencia o ajuste entre los valores observados y esperados quizás sea debida a que la variable “Clase Social”, que está basada en la última ocupación del adulto seleccionado en este tramo de edad, no sea el mejor indicador de la clase social. En consecuencia, se ha considerado como nuevo indicador de la clase social los ingresos familiares mensuales del encuestado ya que para este colectivo es una medida más estable que la última ocupación que ha tenido.

Para seleccionar las variables explicativas candidatas a entrar en el modelo se ha realizado un análisis univariante de cada variable explicativa sobre la SPP mediante una regresión logística, proporcionando información de si la variable analizada influye en la SPP (p-valor) y en su caso, si la influencia es positiva o negativa a través del valor del OR. Los resultados de estos análisis, que pueden consultarse en la tabla A2.1 del Anexo 2, confirman que para los cuatro grupos de variables, todas resultaron significativamente asociadas con la SPP, excepto la variable “Vive solo” (p-valor=0,329).

De manera similar al capítulo anterior, para hacer más sencilla la exposición y explicación de los resultados, estos se presentan en cinco gráficos, dos para el entorno social, y uno para cada uno de los otros tres bloques. Los resultados detallados pueden consultarse en la tabla A2.2 del Anexo 2.

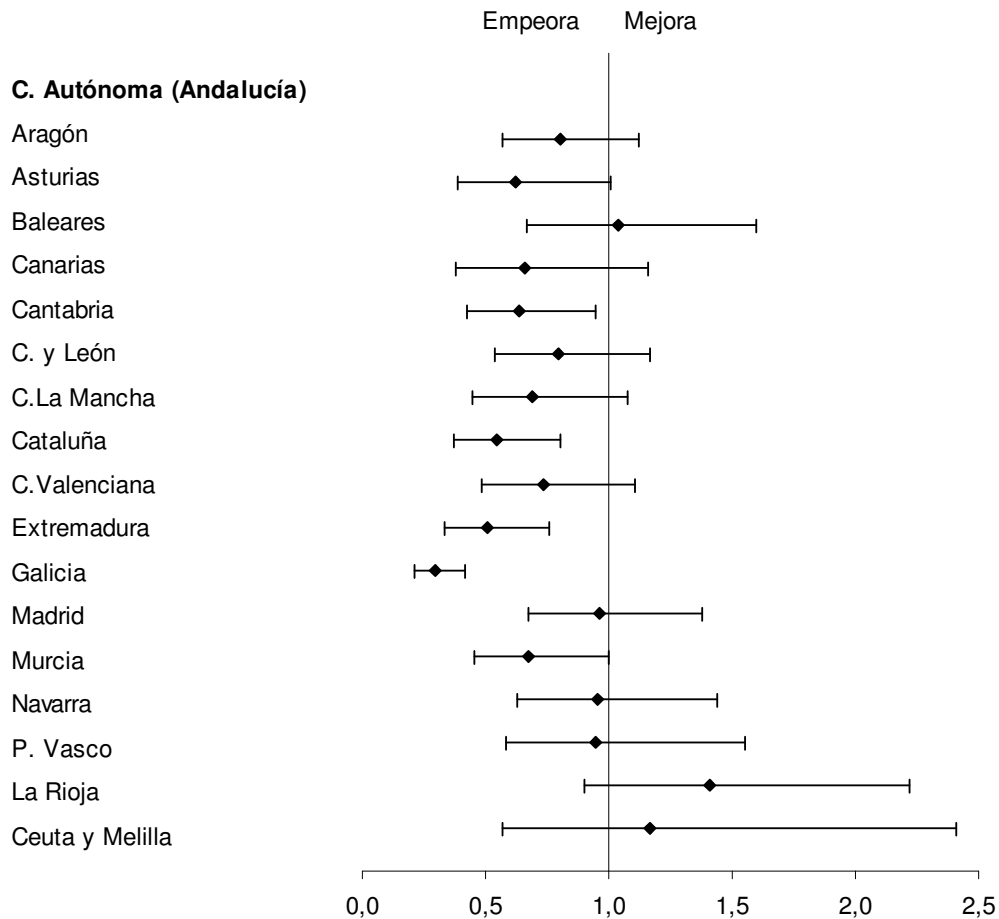
En la figura 6.1 se muestran los resultados para el primer grupo de variables sociales: la edad, el nivel educativo y los ingresos mensuales familiares. Como puede observarse, una vez que se controla por el resto de variables explicativas, las personas entre 65 y 82 años otorgan peor valoración de la SPP que las que tienen 83 o más años. Por otra parte, cuanto mayores son los ingresos mensuales familiares mayor es la SPP; además, cuanto mayor es el nivel de estudios mejor es la valoración de la salud percibida de forma positiva, tal y como se ponía de manifiesto en los estudios anteriores. Por otra parte, las personas que viven solas tienen mayor SPP que las que no viven solas, lo cual refleja que estas personas se sienten capacitadas para valerse por si mismas.

Figura 6. 1. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 65 años o más (I).



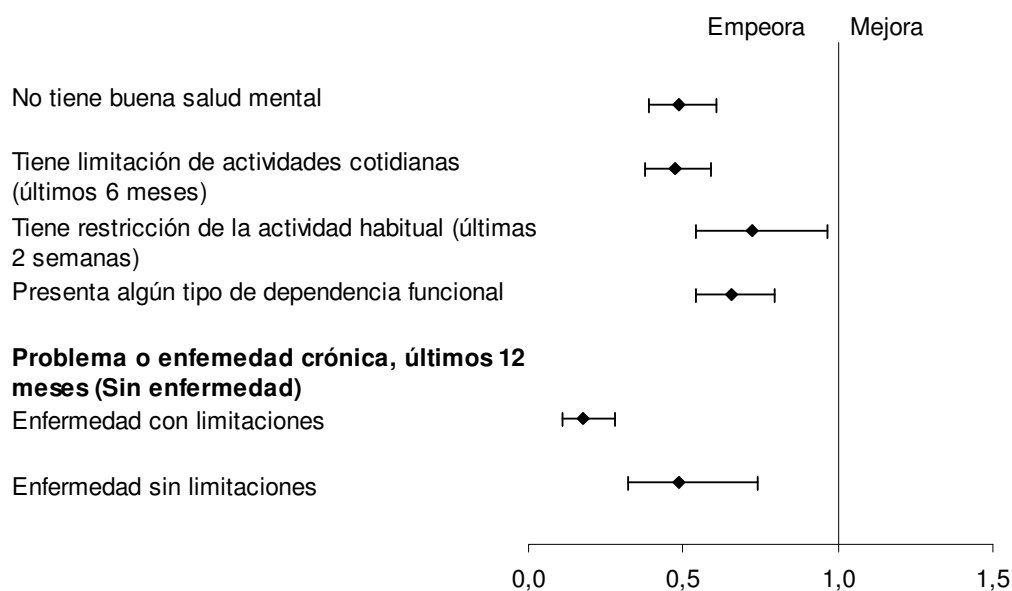
Para terminar con las variables de entorno social que explican la SPP consideramos la influencia de la comunidad autónoma de residencia (figura 6.2), constatándose que los residentes en Cantabria, Cataluña, Extremadura, Murcia y Galicia valoran, en menor medida, la salud de forma positiva que los de Andalucía, es decir, presentan mayor valoración de SPN, y esta es mayor en Galicia que en las otras comunidades autónomas que presentan mayor SPN. Para el resto de las comunidades autónomas no se encontraron diferencias significativas en la SPP respecto a Andalucía.

Figura 6. 2. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población de 65 años o más (II).



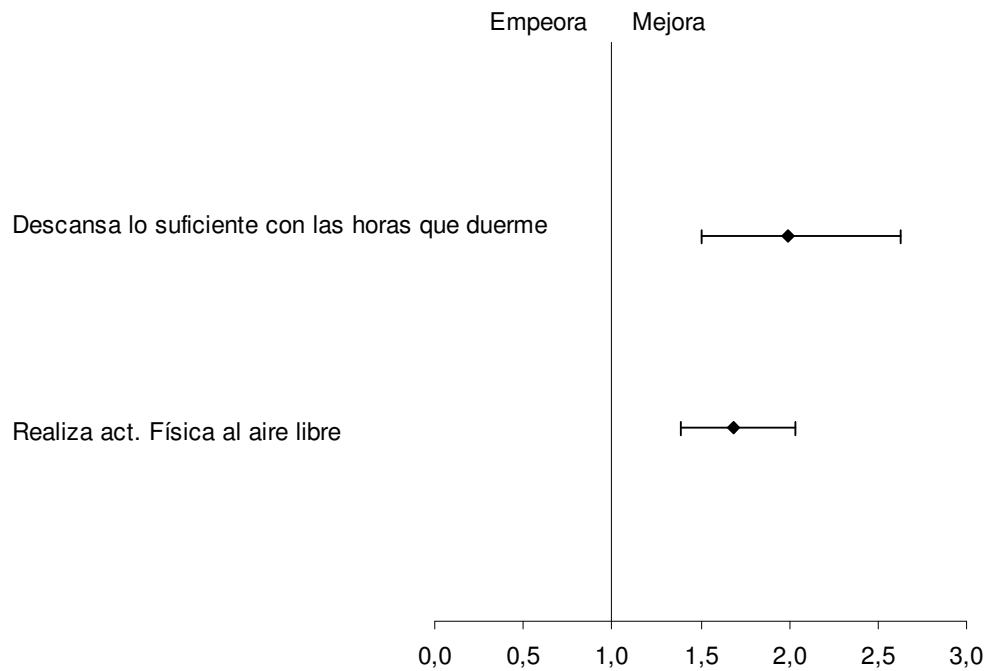
En referencia a la influencia de las variables de morbilidad y discapacidad en este colectivo, en la figura 6.3, nos encontramos con una situación idéntica a la que observamos en los estudios del capítulo 5, es decir, puede afirmarse que hay una mayor tendencia a que las personas valoren su salud de forma positiva si no tienen una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo, medio y corto plazo) y si presentan un buen estado de salud mental. Sin embargo, la intensidad de la valoración de SPP para cada una de estas variables no es muy diferente a la encontrada para toda la población. Por último, las personas que no muestran ningún tipo de dependencia funcional tienen 1,5 veces mejor SPP que los que muestran algún tipo de dependencia funcional.

Figura 6. 3. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población de 65 años o más.



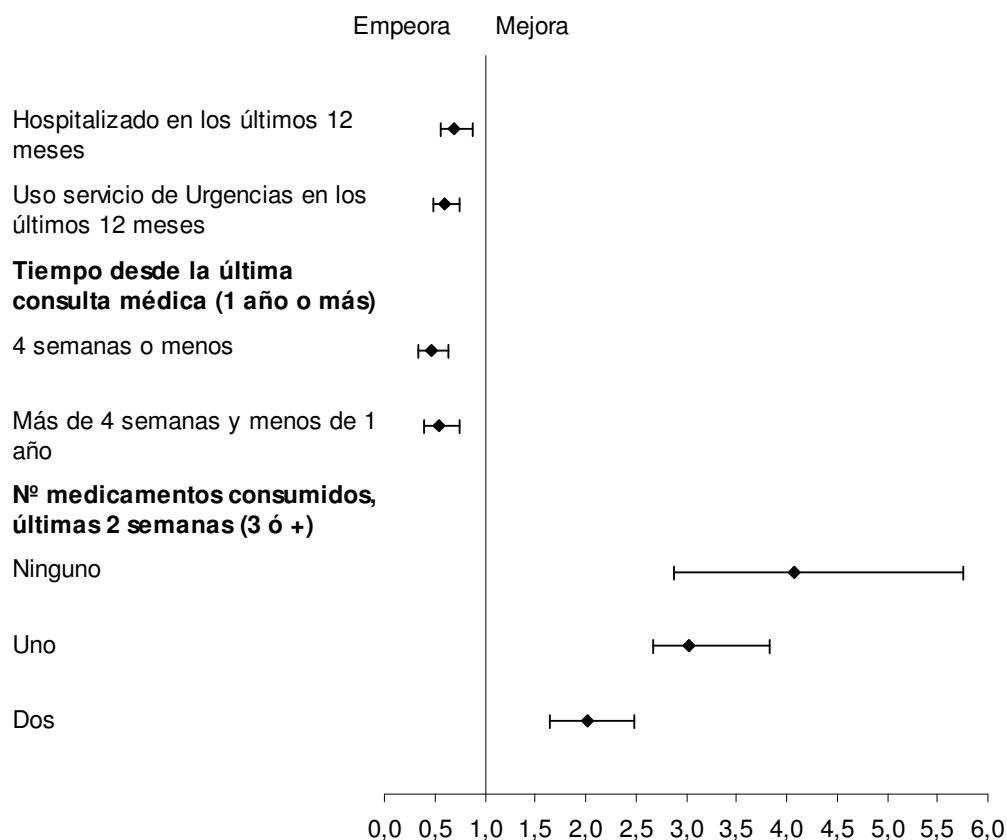
En la figura 6.4 se muestran los resultados para el grupo de variables de estilo de vida, observándose relaciones similares a los obtenidos para las personas de 50 o más años de edad. Así pues, por una parte las personas que descansan lo suficiente con las horas que duermen o que realizan una actividad física en su tiempo libre tienen, respectivamente, 1,9 y 1,6 veces mayor riesgo de tener SPP que aquellos que no descansan lo suficiente o no realizan alguna actividad física en su tiempo libre. Por otra parte, factores como el exceso de peso (sobrepeso, obesidad), los hábitos de fumar y consumo alcohol no influyen en la valoración de la salud percibida.

Figura 6. 4. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de estilo de vida. Modelo para la población: 65 años o más.



Finalizamos el análisis de la SPP en este segmento de la población, prestando atención a la figura 6.5 en la que se muestran los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, se observa que aquellas personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses mejoran la valoración de salud percibida, es decir, estas personas tienen entre 1,4 y 2,1 veces más riesgo de valorar positivamente su salud que aquellas personas que han utilizado alguno de los servicios sanitarios y además esta valoración es similar a la observada en el colectivo de 50 o más años. De forma análoga a los resultados presentados en el capítulo anterior, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas mejor es la SPP: la valoración de que la salud sea positiva es 4 veces mejor si no se consumen medicamentos, 3 si sólo se consume uno, 2 si se consumen dos, comparado con tomar tres o más.

Figura 6. 5. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población de 65 años o más.



En definitiva, la valoración de la SPP para los mayores de 64 años de edad viene explicada por los cuatro grupos de variables, tal como sucedía en los estudios anteriores. En particular, se observa un sentido e intensidad de las variables similar al obtenido en el colectivo de las personas de 50 años o más. Sin embargo, en el análisis de la SPP para las personas de 65 años o más se constata que comunidades autónomas como Cantabria y Cataluña presentan peor SPP que Andalucía, lo cual no ocurría en los estudios anteriores. Por otra parte, tal como era de esperar, el presentar algún tipo de dependencia funcional no favorece una valoración positiva de la salud percibida.

6.2.2 Factores que explican la SPP y la SPMP para las personas de 65 o más años de edad

De manera similar a los modelos de SPP presentados en el capítulo 5, aquí se ha estimado el modelo de salud percibida para la población de 65 o más años de edad distinguiendo entre SPP y SPMP, con el fin de analizar si existen diferencias en el sentido e intensidad de las modalidades de los factores que explican estos dos grados de salud percibida positiva.

De nuevo siguiendo la metodología explicada en el capítulo 4, se ha llegado a un modelo general para los dos grados de salud percibida positiva cuyos resultados se presentan en la tabla 6.1.

En el grupo de variables de entorno social se obtienen los mismos resultados y con la misma intensidad para los dos grados de salud percibida positiva salvo para las variables comunidad autónoma de residencia e ingresos mensuales familiares. Es decir, para ambos grados de salud percibida positiva, las personas de 83 o más años tienen más riesgo de valorar la salud de forma positiva respecto a las personas entre 65 y 82 años, los que viven solos presentan mayor salud positiva y cuanto mayor es el nivel de estudios mayor es la valoración de la salud percibida de forma positiva.

Sin embargo, a mayores ingresos mensuales familiares mejor valoración de SPP y SPMP, salvo para los ingresos de 901 a 1200€ que no presenta diferencias significativas respecto al mayor tramo de ingresos mensuales en SPMP. Además, en todas las comunidades autónomas en que empeora la SPP (Cataluña, Extremadura, Galicia y Murcia) también se observa una menor SPMP. Mientras que en las comunidades autónomas de Cantabria y La Rioja la valoración de SPMP es menor que en Andalucía, pero presentan igual y mayor valoración de SPP, respectivamente, que Andalucía.

Con respecto al grupo de variables explicativas de morbilidad y discapacidad, los resultados de la tabla 6.1, nos indican que puede afirmarse que hay mayor SPP o SPMP y con similar intensidad, si la persona no presenta una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo y corto plazo) y si no tiene alguna dependencia funcional. Sin embargo, las

personas que presentan un buen estado de salud mental y no tienen limitación de actividades en los últimos seis meses no influyen en la SPMP pero sí afectan de forma positiva en la SPP.

Al analizar las variables agrupadas en estilo de vida se observa que los resultados son análogos a los de las personas de 50 años o más, es decir, por una parte se constata que realizar alguna actividad física en el tiempo libre mejora la SPP y la SPMP, 1,6 veces mejor en ambas graduaciones. Por otra parte, descansar lo suficiente con las horas que se duerme es 2 veces más beneficioso para la SPP pero no presenta diferencias significativas con el riesgo de SPMP respecto a los que no descansan lo suficiente.

Para terminar de analizar los dos grados de salud percibida positiva, observamos los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, se observa que aquellas personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos doce meses, tienen mayor SPP y SPMP, ambos con la misma intensidad. Por otra parte, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas mayor es el riesgo de SPP, sin embargo, el riesgo de SPMP, aunque también es mayor y con igual o menor intensidad que la valoración de SPP, para los que consumen dos o más medicamentos no es significativamente diferente de los que consumen tres o más medicamentos.

Tabla 6. 1. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 65 años o más.

Modelo General de Líneas Paralelas		Buena, Muy Buena/Regular, Malo (SPP)	Muy Buena/Regular, Malo (SPMP)
	OR	IC(95%)	OR
Entorno Social			IC(95%)
edad (83 o más años)			
65 a 82 años	0,597 ***	(0,470 , 0,758)	0,597 *** (0,470 , 0,758)
Ingresos mensuales familiares (Más de 1800€)			
Hasta 900€	0,576 **	(0,410 , 0,807)	0,576 ** (0,410 , 0,807)
De 901 a 1200€	0,658 *	(0,456 , 0,949)	0,955 (0,610 , 1,493)
De 1201 a 1800€	0,689 *	(0,485 , 0,979)	0,689 * (0,485 , 0,979)
NC	0,692	(0,468 , 1,025)	0,692 (0,468 , 1,025)
Vive sólo (No)			
Sí	1,235 **	(1,054 , 1,446)	1,235 ** (1,054 , 1,446)
Estudios (Universitarios/Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios)			
Analfabeto o sin estudios	0,481 ***	(0,369 , 0,628)	0,481 *** (0,369 , 0,628)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,683 **	(0,538 , 0,868)	0,683 ** (0,538 , 0,868)
Comunidad Autónoma (Andalucía)			
Aragón	0,866	(0,619 , 1,212)	0,866 (0,619 , 1,212)
Asturias	0,699	(0,442 , 1,106)	0,699 (0,442 , 1,106)
Baleares	1,087	(0,739 , 1,598)	1,087 (0,739 , 1,598)
Canarias	0,652	(0,395 , 1,075)	0,652 (0,395 , 1,075)
Cantabria	0,730	(0,496 , 1,076)	0,163 *** (0,077 , 0,343)
Castilla y León	0,846	(0,596 , 1,199)	0,846 (0,596 , 1,199)
Castilla La Mancha	0,815	(0,537 , 1,235)	0,815 (0,537 , 1,235)
Cataluña	0,657 *	(0,455 , 0,949)	0,657 * (0,455 , 0,949)
Comunidad Valenciana	0,896	(0,609 , 1,318)	0,896 (0,609 , 1,318)
Extremadura	0,614 *	(0,414 , 0,910)	0,614 * (0,414 , 0,910)
Galicia	0,355 ***	(0,260 , 0,486)	0,355 *** (0,260 , 0,486)

Tabla 6. 1. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 65 años o más (continuación).

Madrid	1,132	(0,801	, 1,600)	1,132	(0,801	, 1,600)
Murcia	0,681	* (0,472	, 0,984)	0,681	* (0,472	, 0,984)
Navarra	0,988	(0,685	, 1,423)	0,988	(0,685	, 1,423)
P. Vasco	1,112	(0,714	, 1,733)	1,112	(0,714	, 1,733)
La Rioja	1,580	* (1,017	, 2,457)	0,302	* (0,117	, 0,775)
Ceuta y Melilla	1,323	(0,724	, 2,415)	1,323	(0,724	, 2,415)
Morbilidad y discapacidad						
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)						
Enfermedad con limitaciones	0,189	*** (0,126	, 0,286)	0,189	*** (0,126	, 0,286)
Enfermedad sin limitaciones	0,527	*** (0,369	, 0,754)	0,324	*** (0,221	, 0,475)
Salud mental (Buena)						
NC	1,031	(0,668	, 1,591)	1,031	(0,668	, 1,591)
No Buena	0,494	*** (0,392	, 0,621)	0,840	(0,503	, 0,702)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)						
Sí	0,470	*** (0,379	, 0,583)	0,788	(0,484	, 1,283)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)						
Sí	0,735	* (0,548	, 0,986)	0,735	* (0,548	, 0,986)
Presenta algún tipo de dependencia funciona (No)						
Sí	0,653	*** (0,544	, 0,784)	0,653	*** (0,544	, 0,784)
Estilo de vida						
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)						
Sí	2,066	*** (1,582	, 2,699)	1,206	(0,666	, 2,181)
Actividad física en tiempo libre (No)						
Sí	1,618	*** (1,350	, 1,940)	1,618	*** (1,350	, 1,940)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos						
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)						
4 semanas o menos	0,452	*** (0,339	, 0,604)	0,452	*** (0,339	, 0,604)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,537	*** (0,405	, 0,713)	0,537	*** (0,405	, 0,713)

Tabla 6. 1. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de 65 años o más (continuación).

Hospitalización en los últimos 12 meses (No)					
Sí	0,713	**	(0,572 , 0,890)	0,713	** (0,572 , 0,890)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)					
Sí	0,607	***	(0,502 , 0,735)	0,607	*** (0,502 , 0,735)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)					
Ninguno	4,022	***	(2,912 , 5,556)	2,219	*** (1,425 , 3,455)
Uno	2,928	***	(2,347 , 3,654)	2,928	*** (2,347 , 3,654)
Dos	2,051	***	(1,680 , 2,503)	1,173	(0,805 , 1,710)
Constante	7,622	***	(3,836 , 15,146)	0,813	(0,314 , 2,103)
Contraste líneas paralelas F=1,18 p=0,223					
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov					
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 n=28293					
				p=0,171	p=0,555

6.3 Modelo de salud percibida para las personas que trabajan

En este epígrafe se ha considerado que una persona pertenece al colectivo de los trabajadores si está ocupada en la semana anterior a la entrevista, es decir, si ha declarado que está trabajando o está ausente de su trabajo por estar de baja laboral. Además, se ha limitado este colectivo a las personas de 16 a 64 años de edad, ya que en España la edad oficial de jubilación es a los 65 años y en la muestra tan sólo un 0,5% de los encuestados que trabajan tienen 65 años o más. El 51,3% de las personas entre 16 y 64 años de edad es ocupado.

Cuando se presentaron los resultados, en el capítulo 5, de los factores que explican la salud percibida en las personas de 16 o más años se puso de manifiesto que la situación laboral no era un factor que explicaba la valoración de la salud percibida, sin embargo, en el colectivo de los que trabajan el porcentaje de SPP (77,1%) es superior al de las personas de 16 o más años (66,5%). La constatación de este hecho nos plantea las siguientes cuestiones: ¿La valoración de salud percibida en las personas que trabajan depende de factores laborales?, ¿qué factores explican la SPP en este colectivo? Para este grupo de la población se han publicado diversos trabajos (García Mainar (2000), Artazcoz *et al* (2004), Artazcoz (2007), etc.) en los que se constata que el trabajo influye en la percepción de la salud de los individuos.

Para responder a estas cuestiones se presentan los resultados, tanto del modelo para las personas ocupadas que explican la SPP en función de las variables del entorno social, morbilidad y discapacidad, estilos de vida y uso de servicios sanitarios, como los del modelo de SPP y SPMP.

6.3.1 Modelo de la SPP para las personas que trabajan

En el estudio de la SPP en la población que trabaja se han considerado inicialmente todas las variables excepto las variables “Vive solo” y “Problemas de visión” ya que, en la muestra de este colectivo, sólo lo presentan,

respectivamente, el 4,8% y el 2,5% de los encuestados. Además, para la variable “Nivel de estudios” se han agregado en una sola modalidad las categorías de “Analfabeto o sin estudios” y “Primarios y Secundarios de primer ciclo ya que la primera categoría sólo la presentan el 3,1% de la muestra de personas que trabajan. En este colectivo de edad el porcentaje de varones es del 59,5% frente al 40,5% de mujeres. La edad se ha considerado en deciles.

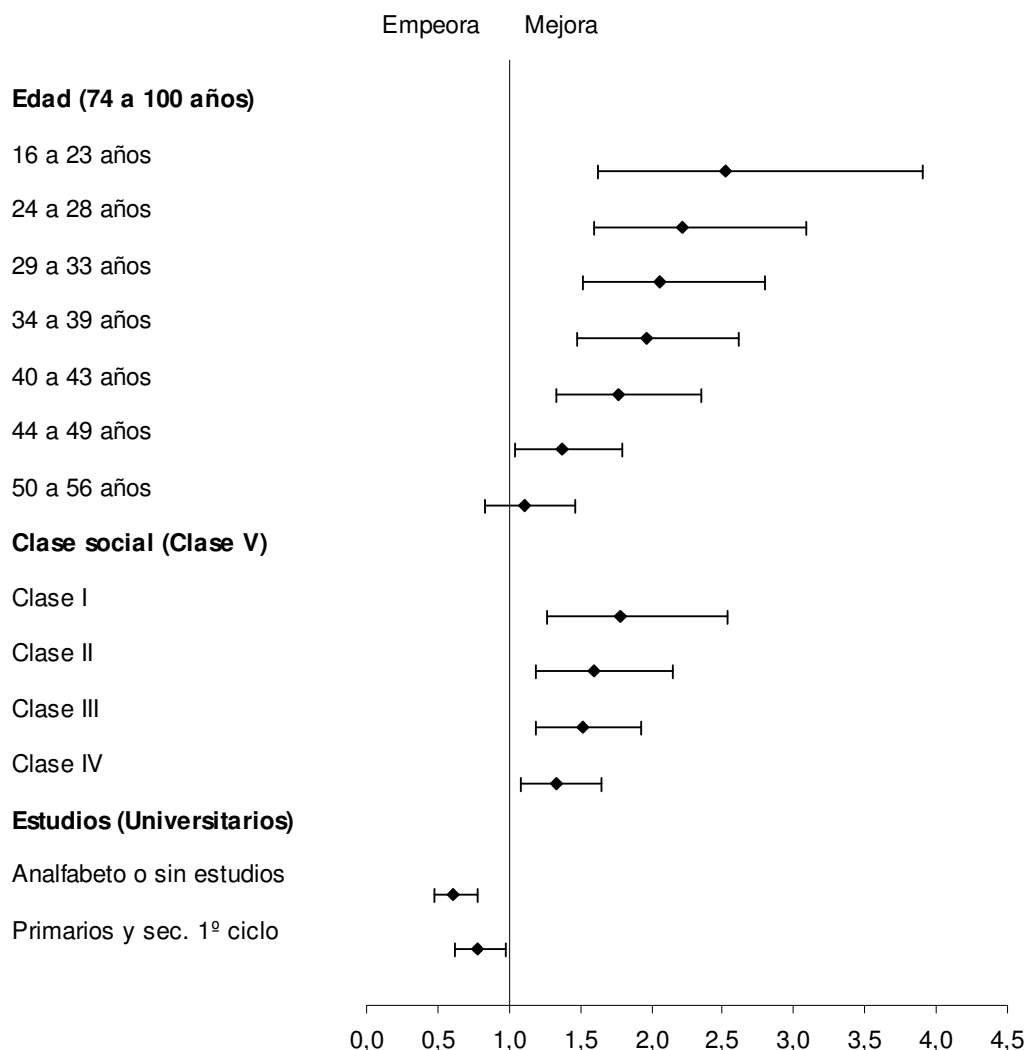
En este grupo de la población se han considerado dos nuevas variables relacionadas con el ambiente laboral, tener un nivel de estrés alto en el trabajo y tener un nivel alto de satisfacción con el trabajo que se realiza. Ambas variables, teniendo en cuenta las condiciones en que realiza su trabajo y las características del mismo, proporcionan información sobre el nivel de estrés y el nivel de satisfacción con el trabajo de la persona encuestada. Estas variables vienen definidas en una escala de 1 a 7 puntos de forma que 1 punto significa nada estresante/nada satisfactorio y 7 puntos muy estresante/muy satisfactorio, para cada una de las variables respectivamente. A partir de estas dos se han definido las variables “Tener un nivel de estrés alto en el trabajo” y “Tener un nivel alto de satisfacción con el trabajo” que se obtiene considerando la puntuación de 5 o más en las escalas comentadas anteriormente. En la muestra se observa que el 45,5% de las personas que trabajan tienen un nivel de estrés alto en su trabajo y el 66,1% tienen un nivel alto de satisfacción con el trabajo que realizan.

Para seleccionar las variables explicativas candidatas a entrar en el modelo general se ha realizado un análisis univariante de cada una de ellas sobre la SPP mediante una regresión logística, proporcionando información de si la variable analizada influye en la SPP (p-valor) y en su caso, si la influencia es positiva o negativa a través del valor del OR. Los resultados de estos análisis, que pueden consultarse en la tabla A2.3 del Anexo 2, confirman que para los cuatro grupos de variables todas resultaron significativamente asociadas con la SPP.

De manera similar al apartado anterior, para hacer más sencilla la exposición y explicación de los resultados, estos se presentan en cinco figuras, dos para el entorno social, y una para cada uno de los otros tres bloques. En

cualquier caso, el lector puede consultar los resultados detallados de este modelo en la tabla A2.4 del Anexo 2.

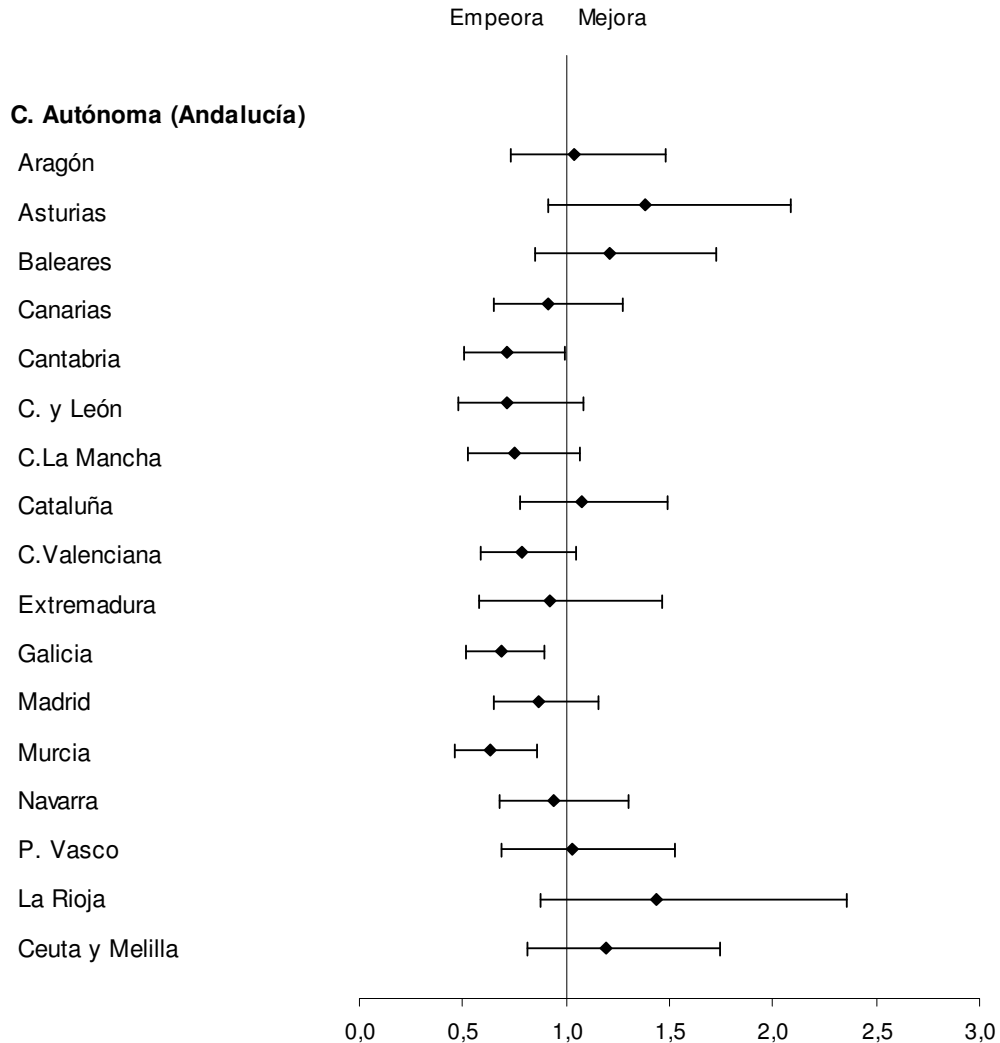
Figura 6. 6. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población ocupada (I).



En la figura 6.6 se presentan los resultados para el primer grupo de variables sociales: la edad, el sexo, el nivel educativo y la clase social. Como puede observarse, al igual que sucedía en el análisis de toda la muestra y en los de la población entre los 16 y 49 años, a mayor edad peor es la valoración de la SPP, y entre los de 50 y 56 años de edad no hay diferencias en la valoración de la salud positiva respecto a las personas de 57 a 64 años de

edad. Asimismo, cuanto mayor es la clase social del individuo o el nivel de estudios, mejor es la valoración de SPP, además en este colectivo la intensidad de las asociaciones con la SPP es mayor o igual que en la población de 16 o más años.

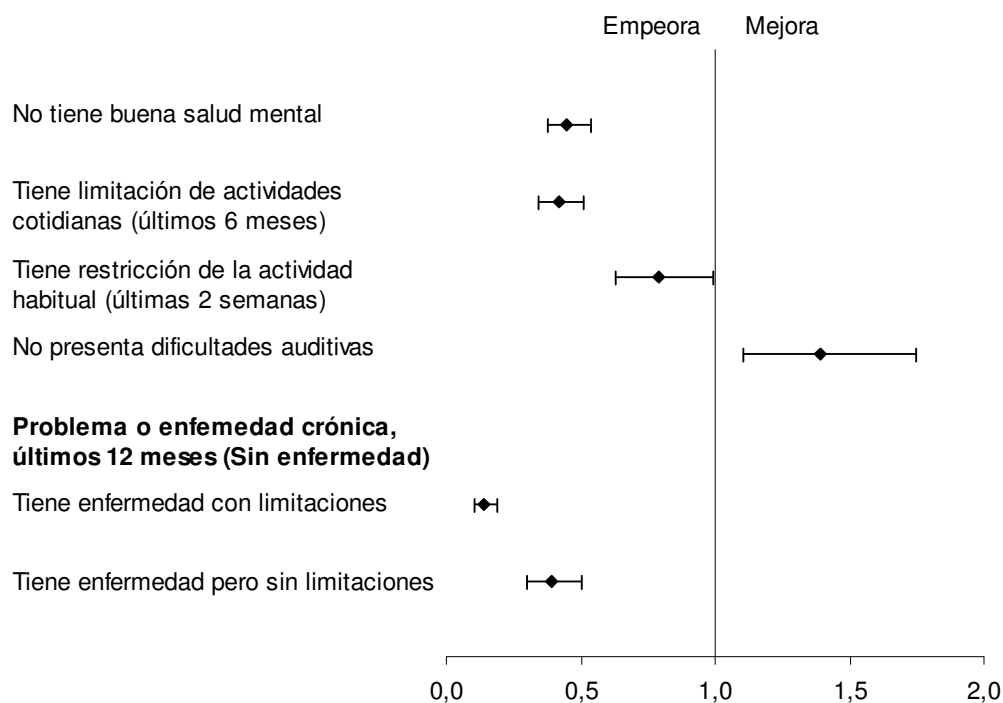
Figura 6. 7. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para la población ocupada (II).



Al analizar la influencia de la comunidad autónoma de residencia en la SPP (figura 6.7), se constata que los habitantes de Murcia y Galicia tienen menor valoración de la salud de forma positiva, seguido de las personas residentes en Cantabria que también tienen menor SPP aunque con menor intensidad que Murcia y Galicia. Para los habitantes del resto de las

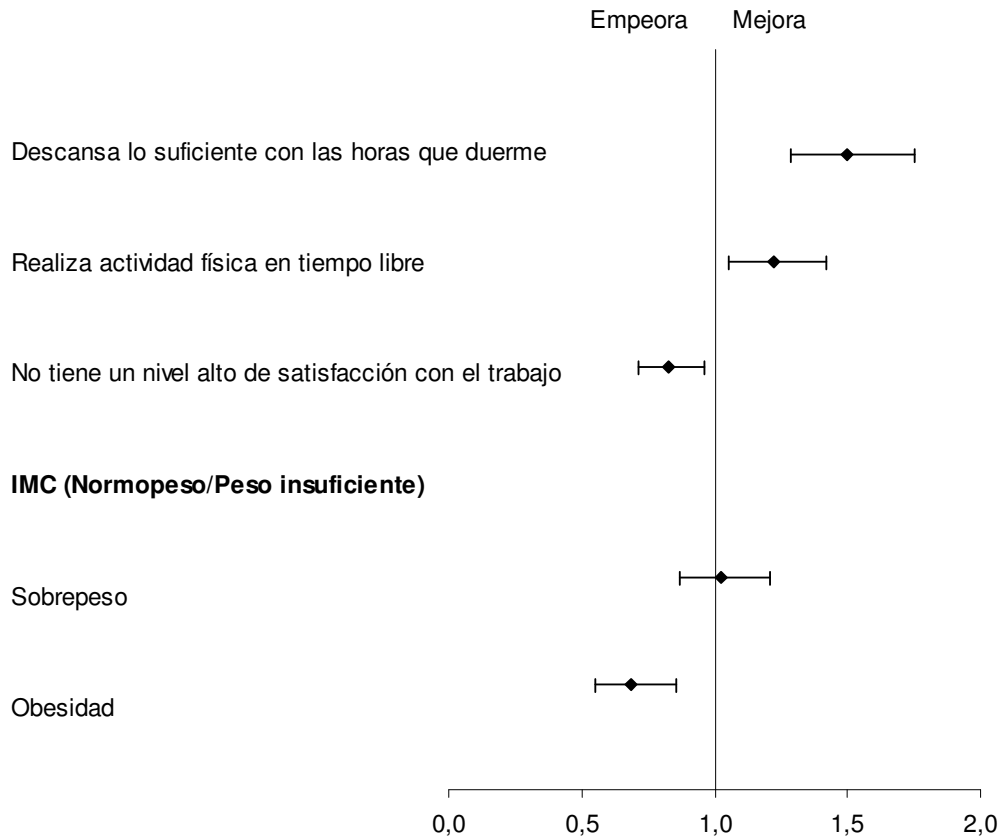
comunidades autónomas no se encontraron diferencias significativas en la SPP respecto a Andalucía.

Figura 6. 8. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para la población ocupada.



En cuanto a la influencia de las variables de morbilidad y discapacidad en este colectivo (figura 6.8), en general nos encontramos con una situación idéntica a la encontrada en los estudios ya presentados, es decir, se puede afirmar que para que las personas valoren su salud de forma positiva es más beneficioso no presentar una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo, medio y corto plazo) y tener un buen estado de salud mental. Además, la intensidad de la valoración de SPP para cada una de estas variables es similar a la encontrada para toda la población. Sin embargo, en este segmento de la población las personas que no presentan dificultades auditivas tienen 1,3 veces más riesgo de SPP que los que presentan dificultades auditivas.

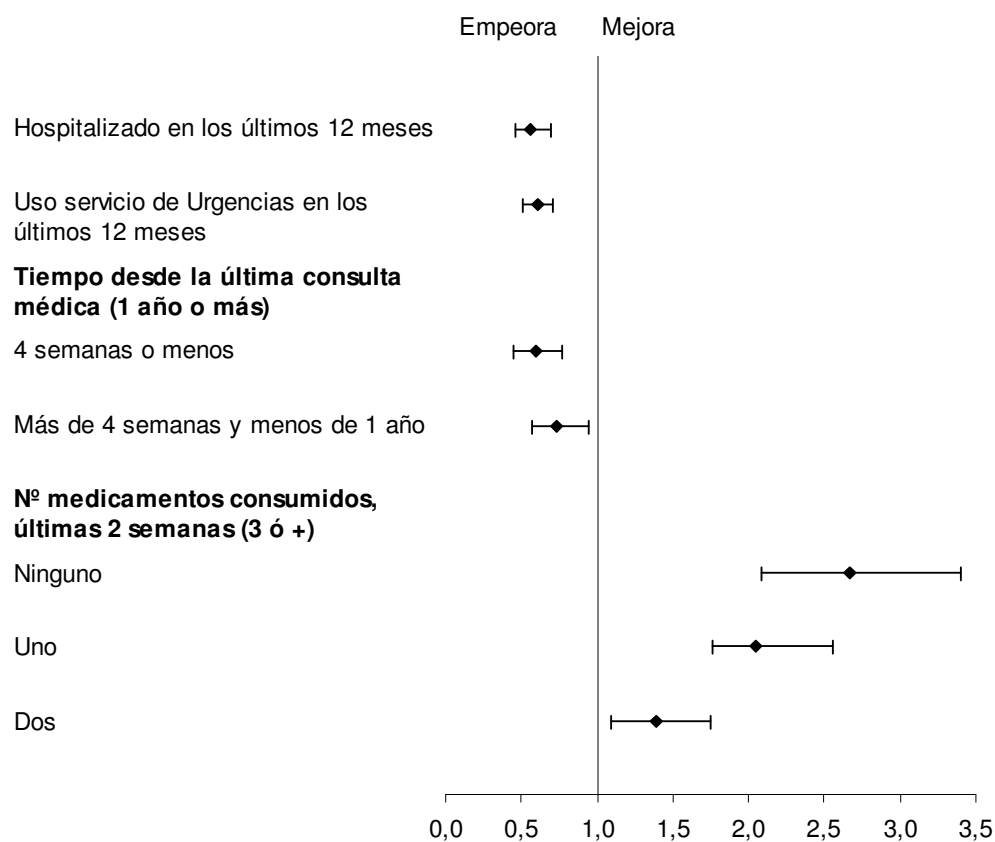
Figura 6. 9. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de estilo de vida. Modelo para la población ocupada.



En el grupo de variables de estilo de vida se observa un cambio, respecto a toda la muestra, en las variables que están asociadas con la SPP (figura 6.9) y la intensidad o relevancia con la que influyen. En primer lugar, el hábito de fumar o consumir alcohol no influye en la valoración de la salud de estas personas. En segundo lugar, las personas que descansan lo suficiente con las horas que duermen o que realizan ejercicio físico en su tiempo libre tienen mayor riesgo (1,5 y 1,2 veces, respectivamente) de tener SPP que aquellos que no descansan lo suficiente o no realizan ejercicio físico en su tiempo libre. Además, las personas con peso normal tienen 1,4 veces mejor SPP que las obesas (aproximadamente 1,3 veces en toda la población), pero no existen diferencias estadísticamente significativas con las personas que tienen sobrepeso al igual que sucedía en la población de 16 o más años de edad. Por

último, las personas que tienen un nivel alto de satisfacción con el trabajo que realizan tienen mejor valoración de la salud que aquellos que no tienen un nivel alto de satisfacción con el trabajo. En particular, las personas que tienen un nivel alto de satisfacción con el trabajo que realizan tienen 1,2 veces más riesgo de SPP que las que no lo tienen.

Figura 6. 10. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para la población ocupada.



Para terminar de analizar las variables explicativas de la SPP en la muestra de personas que trabajan, observamos, en la figura 6.10, los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, se observa que las personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses mejoran la valoración de salud percibida tal como se puso de manifiesto en el estudio de toda la muestra, sin embargo, la intensidad de esta valoración positiva de la salud por estas variables es igual o menor que en toda la muestra salvo en

hospitalización y servicio de urgencias que es mayor en este grupo. Por último, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas mayor es la valoración de SPP, aunque la intensidad de la asociación con la SPP es menor que en toda la muestra de 16 o más años de edad.

En resumen, la valoración de la SPP viene explicada por los cuatro grupos de variables, tal como sucedía en los estudios ya presentados, en particular se observa un sentido de las variables similar al del grupo de las personas de 16 o más años, y en el grupo de variables de entorno social la intensidad de las asociaciones es mayor en el grupo de las personas que trabajan. Además, en los ocupados las personas que no presentan dificultades auditivas tienen mejor SPP que los que presentan dificultades auditivas, lo cual no ocurría en los estudios anteriores. Por otra parte, el tener un nivel alto de satisfacción con el trabajo que realizan favorece una valoración positiva de la salud percibida, mientras que el tener un nivel de estrés alto en el trabajo no muestra una asociación significativa con la SPP.

6.3.2 Factores que explican la SPP y la SPMP para las personas que trabajan

Análogamente a los modelos de SPP presentados anteriormente se ha estimado el modelo de salud percibida para la población que trabaja distinguiendo entre SPP y SPMP con el fin de analizar si existen diferencias en el sentido e intensidad de las modalidades de los factores que explican estos dos grados de salud percibida positiva.

De nuevo siguiendo la metodología de modelos de regresión logística de respuesta ordinal, se ha llegado a un modelo general para los dos grados de salud percibida positiva cuyos resultados se presentan en la tabla 6.2.

En el grupo de variables de entorno social se obtienen los mismos resultados y con la misma intensidad para los dos grados de salud percibida positiva salvo la comunidad autónoma de residencia. Es decir, cuanto mayor es la clase social del individuo o cuanto mayor es el nivel de estudios, mejor es la valoración de la salud percibida de forma positiva (SPP y SPMP).

Respecto a la edad, aunque se obtienen los mismos resultados para los dos grados de salud percibida positiva y con la misma intensidad se observa que entre los 44 y 56 años la valoración de salud percibida no es significativamente diferente de la de las personas que tienen entre 57 y 64 años de edad. Además, el riesgo de salud percibida muy positiva empeora en todas las comunidades autónomas excepto en Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra y las ciudades de Ceuta y Melilla que presentan igual riesgo de SPP y SPMP que Andalucía.

En relación al grupo de variables explicativas de morbilidad, los resultados de la tabla 6.2, nos indican que puede afirmarse que hay mayor SPP o SPMP si las personas no tienen una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo, medio y corto plazo), si muestran un buen estado de salud mental y si no tienen dificultades auditivas, además las valoraciones de salud presentan la misma intensidad salvo en las limitación de actividades cotidianas en los últimos seis meses que no influye en la SPMP.

En el análisis de los resultados correspondientes a las variables de estilo de vida se observa que: en primer lugar, las personas que tienen un nivel alto de satisfacción con el trabajo que realizan o que realizan ejercicio físico en su tiempo libre tienen mayor riesgo de SPP y de SPMP y con la misma intensidad respecto a los que no tienen un nivel alto de satisfacción con el trabajo que realizan o no realizan ejercicio físico en su tiempo libre. En segundo lugar, aquellos que presentan obesidad tienen menos riesgo de SPP y SPMP y con igual intensidad, mientras que las personas con sobrepeso tienen menos riesgo de SPMP respecto a las personas con peso normal, pero no presenta diferencias significativas con el riesgo de SPP. Por último, descansar lo suficiente con las horas que se duerme es un factor beneficioso para la SPP, mientras que no afecta significativamente a la SPMP.

Por último, observamos los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos en los dos grados de salud percibida positiva entre las personas que trabajan. En general, se observa que aquellas personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los

últimos doce meses tienen mayor SPP, pero la valoración de SPMP no es significativamente diferente entre aquellos que han estado o no hospitalizados en los últimos doce meses y entre aquellos que han utilizado o no el servicio de urgencias en los últimos doce meses. Por otra parte, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas mayor es el riesgo de SPP y SPMP, además el riesgo es de igual intensidad en los dos grados de valoración de la salud percibida.

Tabla 6. 2. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población ocupada.

Modelo General de Líneas Paralelas		Bueno, Muy Bueno/ Regular, Malo (SPP)		Muy Bueno/ Bueno, Regular, Malo (SPMP)	
Entorno Social					
edad (57 a 64 años)					
16 a 23 años	2,569	*** (1,885 , 3,502)	2,569	*** (1,885 , 3,502)	2,569
24 a 28 años	2,299	*** (1,768 , 2,989)	2,299	*** (1,768 , 2,989)	2,299
29 a 33 años	1,699	*** (1,349 , 2,140)	1,699	*** (1,349 , 2,140)	1,699
34 a 39 años	1,792	*** (1,418 , 2,264)	1,792	*** (1,418 , 2,264)	1,792
40 a 43 años	1,679	*** (1,329 , 2,122)	1,679	*** (1,329 , 2,122)	1,679
44 a 49 años	1,224	(0,976 , 1,535)	1,224	(0,976 , 1,535)	1,224
50 a 56 años	1,080	(0,849 , 1,373)	1,080	(0,849 , 1,373)	1,080
Clase social (Clase V)					
Clase I	1,716	*** (1,351 , 2,180)	1,716	*** (1,351 , 2,180)	1,716
Clase II	1,559	*** (1,251 , 1,943)	1,559	*** (1,251 , 1,943)	1,559
Clase III	1,366	** (1,129 , 1,653)	1,366	** (1,129 , 1,653)	1,366
Clase IV	1,222	* (1,033 , 1,446)	1,222	* (1,033 , 1,446)	1,222
Estudios (Universitarios)					
Analfabeto o sin estudios/Primarios y Secundarios de 1º ciclo	0,645	*** (0,543 , 0,765)	0,645	*** (0,543 , 0,765)	0,645
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,843	* (0,718 , 0,991)	0,843	* (0,718 , 0,991)	0,843
Comunidad Autónoma (Andalucía)					
Aragón	0,929	(0,669 , 1,290)	0,929	(0,669 , 1,290)	0,453
Asturias	1,270	(0,864 , 1,865)	1,270	(0,864 , 1,865)	0,647
Baleares	0,994	(0,762 , 1,297)	0,994	(0,762 , 1,297)	0,994
Canarias	0,840	(0,614 , 1,149)	0,840	(0,614 , 1,149)	0,283
Cantabria	0,648	** (0,479 , 0,875)	0,648	** (0,479 , 0,875)	0,216
C. y León	0,634	** (0,471 , 0,854)	0,634	** (0,471 , 0,854)	0,634
Castilla La Mancha	0,699	* (0,530 , 0,923)	0,699	* (0,530 , 0,923)	0,699
Cataluña	1,022	(0,789 , 1,323)	1,022	(0,789 , 1,323)	1,022
Comunidad Valenciana	0,735	** (0,591 , 0,915)	0,735	** (0,591 , 0,915)	0,735
Extremadura	0,707	* (0,516 , 0,969)	0,707	* (0,516 , 0,969)	0,707
Galicia	0,635	*** (0,496 , 0,813)	0,635	*** (0,496 , 0,813)	0,377

Tabla 6. 2. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población ocupada (continuación).

Madrid	0,842	(0,666 , 1,066)	0,842	(0,666 , 1,066)	0,842	(0,666 , 1,066)
Murcia	0,501	(0,389 , 0,645)	0,501	(0,389 , 0,645)	0,501	(0,389 , 0,645)
Navarra	0,815	(0,646 , 1,029)	0,815	(0,646 , 1,029)	0,815	(0,646 , 1,029)
P. Vasco	0,921	(0,631 , 1,344)	0,921	(0,631 , 1,344)	0,921	(0,631 , 1,344)
La Rioja	1,337	(0,836 , 2,140)	1,337	(0,836 , 2,140)	1,337	(0,836 , 2,140)
Ceuta y Melilla	1,094	(0,771 , 1,551)	1,094	(0,771 , 1,551)	1,094	(0,771 , 1,551)
Morbilidad y discapacidad						
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)						
Enfermedad con limitaciones	0,164	(0,133 , 0,203)	0,164	(0,133 , 0,203)	0,240	(0,169 , 0,341)
Enfermedad sin limitaciones	0,459	(0,402 , 0,524)	0,459	(0,402 , 0,524)	0,459	(0,402 , 0,524)
Salud mental (Buena)						
NC	0,616	(0,447 , 0,851)	0,616	(0,447 , 0,851)	0,616	(0,447 , 0,851)
No Buena	0,466	(0,396 , 0,548)	0,466	(0,396 , 0,548)	0,466	(0,396 , 0,548)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)						
Sí	0,421	(0,346 , 0,513)	0,421	(0,346 , 0,513)	0,786	(0,580 , 1,067)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)						
Sí	0,768	(0,674 , 0,877)	0,768	(0,674 , 0,877)	0,768	(0,674 , 0,877)
Dificultades auditivas (Sí)						
No	1,499	(1,244 , 1,807)	1,499	(1,244 , 1,807)	1,499	(1,244 , 1,807)
Estilo de vida						
Nivel alto de satisfacción con el trabajo (Sí)						
No	0,820	(0,730 , 0,921)	0,820	(0,730 , 0,921)	0,820	(0,730 , 0,921)
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)						
Sí	1,507	(1,295 , 1,754)	1,507	(1,295 , 1,754)	1,173	(0,983 , 1,400)
Actividad física en tiempo libre (No)						
Sí	1,173	(1,050 , 1,310)	1,173	(1,050 , 1,310)	1,173	(1,050 , 1,310)
Índice de masa corporal (Normopeso/Peso insuficiente)						
Sobrepeso	0,993	(0,851 , 1,159)	0,993	(0,851 , 1,159)	0,790	(0,684 , 0,914)
Obesidad	0,644	(0,543 , 0,763)	0,644	(0,543 , 0,763)	0,644	(0,543 , 0,763)
NC	0,722	(0,540 , 0,966)	0,722	(0,540 , 0,966)	0,722	(0,540 , 0,966)

Tabla 6. 2. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población ocupada (continuación).

Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos	
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)	
4 semanas o menos	0,586 *** (0,491 , 0,699)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,693 *** (0,603 , 0,797)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)	
Sí	0,568 *** (0,464 , 0,696)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)	
Sí	0,610 *** (0,523 , 0,712)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)	
Ninguno	2,472 *** (1,984 , 3,080)
Uno	1,963 *** (1,600 , 2,409)
Dos	1,343 ** (1,073 , 1,680)
Constante	5,039 *** (3,137 , 8,095)
Contraste líneas paralelas F=0,77 p=0,842	
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov	
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 n=28293	
	p=0,384
	p=0,934

6.4 Modelos de salud percibida para varones y mujeres

En el estudio de los factores que explican la valoración de la salud percibida en la población de 16 o más años de edad no se detectó que el ser varón o mujer influya en dicha valoración de la salud, ello puede ser debido a que realmente no hay diferencias entre el grupo de varones y el grupo de mujeres o a que en caso de que existan diferencias, estadísticamente estas queden reflejadas a través de otros factores. Por otra parte, recordemos que en el epígrafe 3.3 del capítulo 3, a partir de la información proporcionada por la ENS-2006, se observó que las mujeres tienen una menor valoración de la SPP que los varones, independientemente del grupo de edad considerado (60,6% en las mujeres y 72,6% en los varones). Esta última observación nos guía por el camino de que en caso de que existan diferencias entre varones y mujeres estas se manifiestan a través de otros factores que explican la valoración de la salud percibida. La evidencia empírica sobre esta cuestión no es concluyente, de hecho, podemos encontrar trabajos que constatan que no hay diferencias entre varones y mujeres (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), 2001) y otros que ponen de manifiesto una peor SPP en las mujeres que en los varones (Artazcoz *et al* (2004), Borrel *et al* (2004), Borrel y Artazcoz (2008), etc.).

En consecuencia, en este apartado tratamos de responder a las siguientes cuestiones: ¿Cuáles son los factores que explican la valoración de la salud percibida en los varones?, ¿y los de las mujeres?, ¿existe algún factor que explique la valoración de la salud percibida y sea exclusivo del grupo de varones o del grupo de mujeres?

Para responder a estas cuestiones se van a presentar simultáneamente el modelo de SPP para varones y el modelo de SPP para mujeres. Asimismo, al igual que en los estudios anteriormente planteados, se analiza si existen diferencias en la intensidad de las modalidades de los factores que explican los dos grados de salud percibida positiva (SPP y SPMP).

6.4.1 Modelos de la SPP para varones y mujeres

En el análisis de la SPP en las poblaciones de varones y mujeres se han considerado inicialmente todas las variables excepto “Sentirse discriminado” y “Dificultades de visión” en la población de varones ya que, en la muestra para este grupo, sólo sufren discriminación el 4,2% y problemas de visión el 3,6%. La muestra de varones es el 49,1% de la muestra de personas de 16 o más años y para ambos géneros la edad se ha considerado en deciles, tal y como se hizo en el estudio de la población de 16 o más años de edad.

En la población de mujeres se ha considerado la variable “Uso de servicio de ginecología” que recoge la información sobre la utilización o no de este servicio y la frecuencia de uso. Esta variable se ha definido a partir de dos preguntas de la ENS-2006 específicas de las mujeres en la prevención de su salud: “¿Ha acudido alguna vez a una consulta de ginecología?” y “¿Cuándo ha efectuado la última visita a una consulta de ginecología por algún motivo distinto a los relacionados con embarazo o parto?”. A partir de ellas, la variable uso de servicio de ginecología presenta las siguientes modalidades: “Nunca o sólo embarazo o parto” (23,4%), “Hace menos de 6 meses” (20,0%), “Entre 6 meses y 1 año” (21,5%), “Entre 1 y 3 años” (21,5%) y “Más de 3 años” (13,6%).

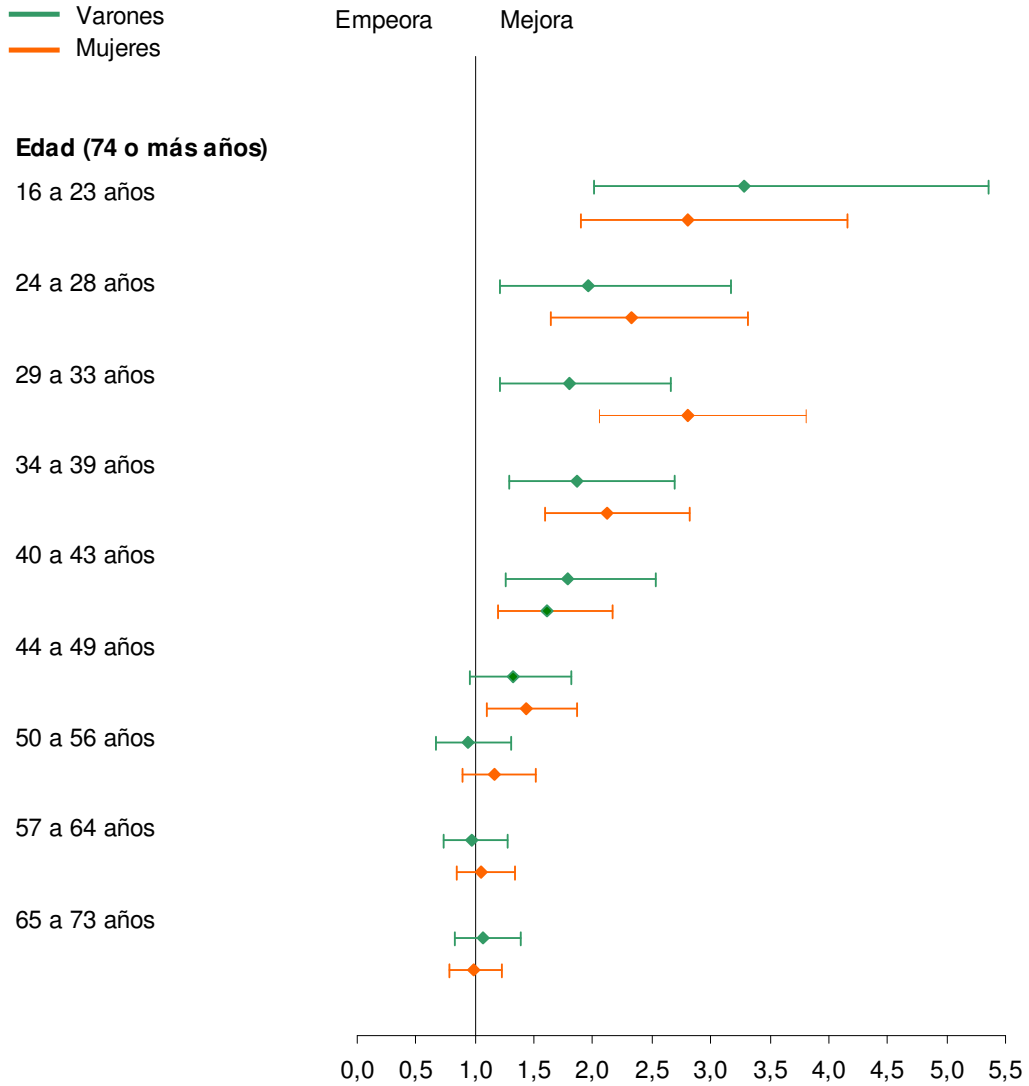
Al igual que en los estudios anteriores, para seleccionar las variables explicativas candidatas a entrar en el modelo de varones y mujeres, respectivamente, se ha realizado un análisis univariante de cada variable explicativa sobre la SPP mediante una regresión logística, proporcionando información de si la variable analizada influye en la SPP (p-valor) y en su caso, si la influencia es positiva o negativa a través del valor del OR. Los resultados de estos análisis para cada grupo, que pueden consultarse en las tablas A2.5 y A2.7 del Anexo 2, confirman que para todas las variables los análisis mostraron asociaciones significativas con la SPP en cada colectivo.

A partir de este primer análisis y siguiendo la metodología descrita en el capítulo 4, se ha llegado a dos modelos estadísticos que explican la SPP, uno para los varones y otro para las mujeres y cuyos resultados pueden consultarse en las tablas A2.6 y A2.8, respectivamente. Obsérvese que en el colectivo de

mujeres, la variable “Se ocupa de las tareas del hogar” aunque no es significativa, aparece en el modelo porque es confusora con la “Clase social”.

Tal y como se ha hecho a lo largo de este y del anterior capítulo se presentan los resultados de estos modelos mediante figuras.

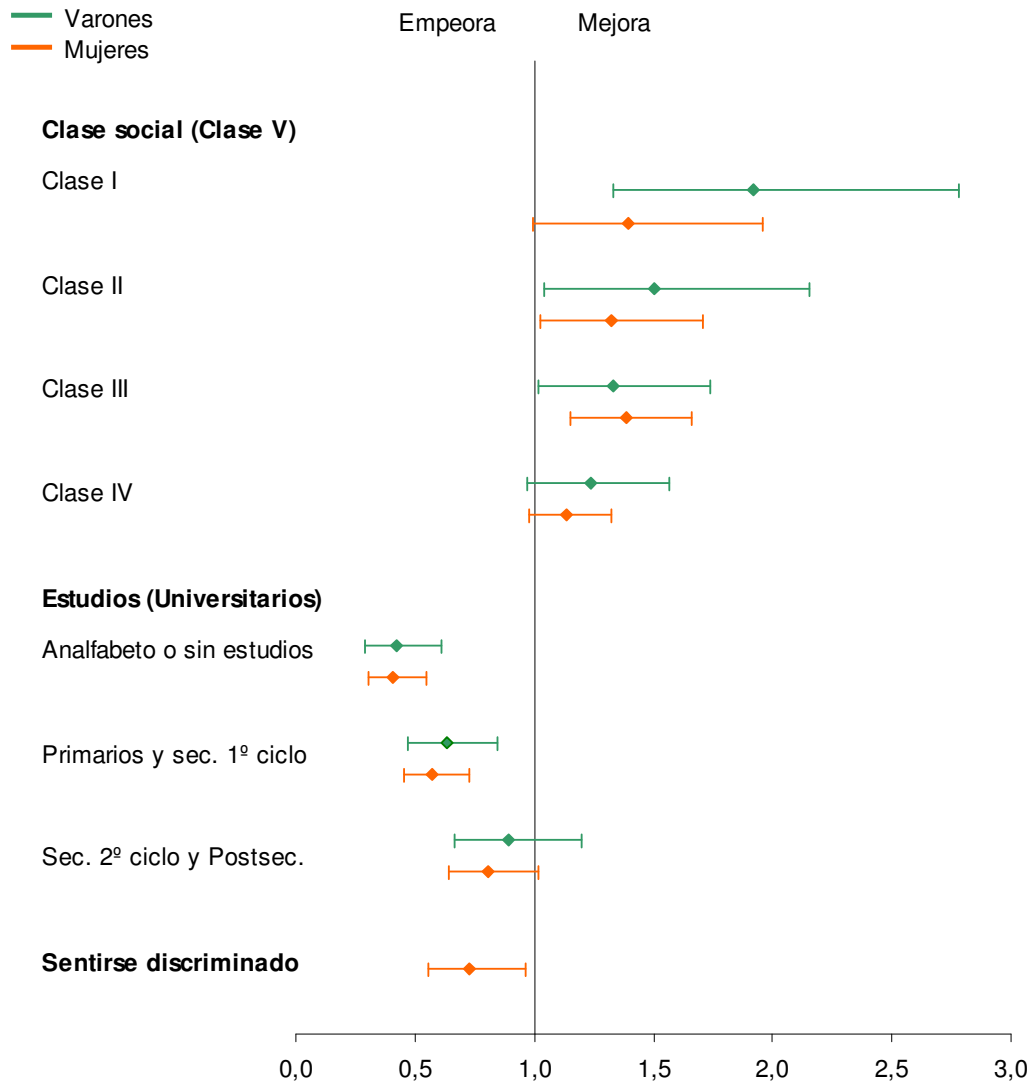
Figura 6. 11. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más (I).



En la figura 6.11 se presentan los resultados para la edad, que forma parte del primer grupo de variables sociales. Como puede observarse, en los varones entre los 16 y 43 años disminuye el riesgo de valorar la salud de forma positiva, mientras que a partir de los 44 años no hay diferencias significativas respecto a las personas de 74 o más años de edad. Sin embargo, en las mujeres el tramo de edad en que disminuye el riesgo de SPP es entre 16 y 49 años tal como ocurría en toda la muestra. La figura 6.12 presenta los resultados para el nivel educativo, la clase social y el sentirse discriminado. Puede apreciarse que cuanto mayor es la clase social de la persona mayor es el riesgo de tener SPP aunque con mayor intensidad en el colectivo de varones, salvo para la clase social I que no presenta diferencias para las mujeres y en la clase social IV que no hay diferencias entre ambos grupos respecto a la clase social V. Además, cuanto mayor es el nivel de estudios mayor es el beneficio de valorar la salud percibida de forma positiva en ambos colectivos de personas y con similar intensidad. Por último, el sentirse discriminado afecta negativamente a la SPP de las mujeres, mientras que no influye en la valoración de salud percibida positiva de los varones.

Para finalizar con las variables de entorno social que explican la SPP consideramos la influencia de la comunidad autónoma de residencia (figura 6.13), constatándose que, para el grupo de varones, los habitantes de Galicia tienen menor riesgo de valorar la salud de forma positiva que los de Andalucía, mientras que, para el grupo de mujeres, las habitantes de Galicia, Murcia y Comunidad Valenciana tienen menor riesgo de SPP; y las de Baleares, La Rioja y las ciudades de Ceuta y Melilla tienen más riesgo de SPP que Andalucía. Para el resto de las comunidades autónomas, en ambos colectivos, no se encontraron diferencias significativas en la SPP respecto a Andalucía.

Figura 6. 12. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más (II).



En cuanto a la influencia de las variables explicativas de morbilidad y discapacidad en estos dos colectivos poblacionales, en la figura 6.14, se observa para ambos grupos una situación idéntica a la encontrada para toda la muestra, salvo en las restricciones de actividad habitual en las últimas dos semanas que sólo presenta asociación con la SPP en el colectivo de mujeres. Es decir, se observa que las personas valoran su salud de forma positiva en mayor grado si no tienen una enfermedad crónica o limitaciones en las actividades cotidianas (a largo o medio plazo) y si muestran un buen estado de salud mental.

Figura 6. 13. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables del entorno social. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más (III).

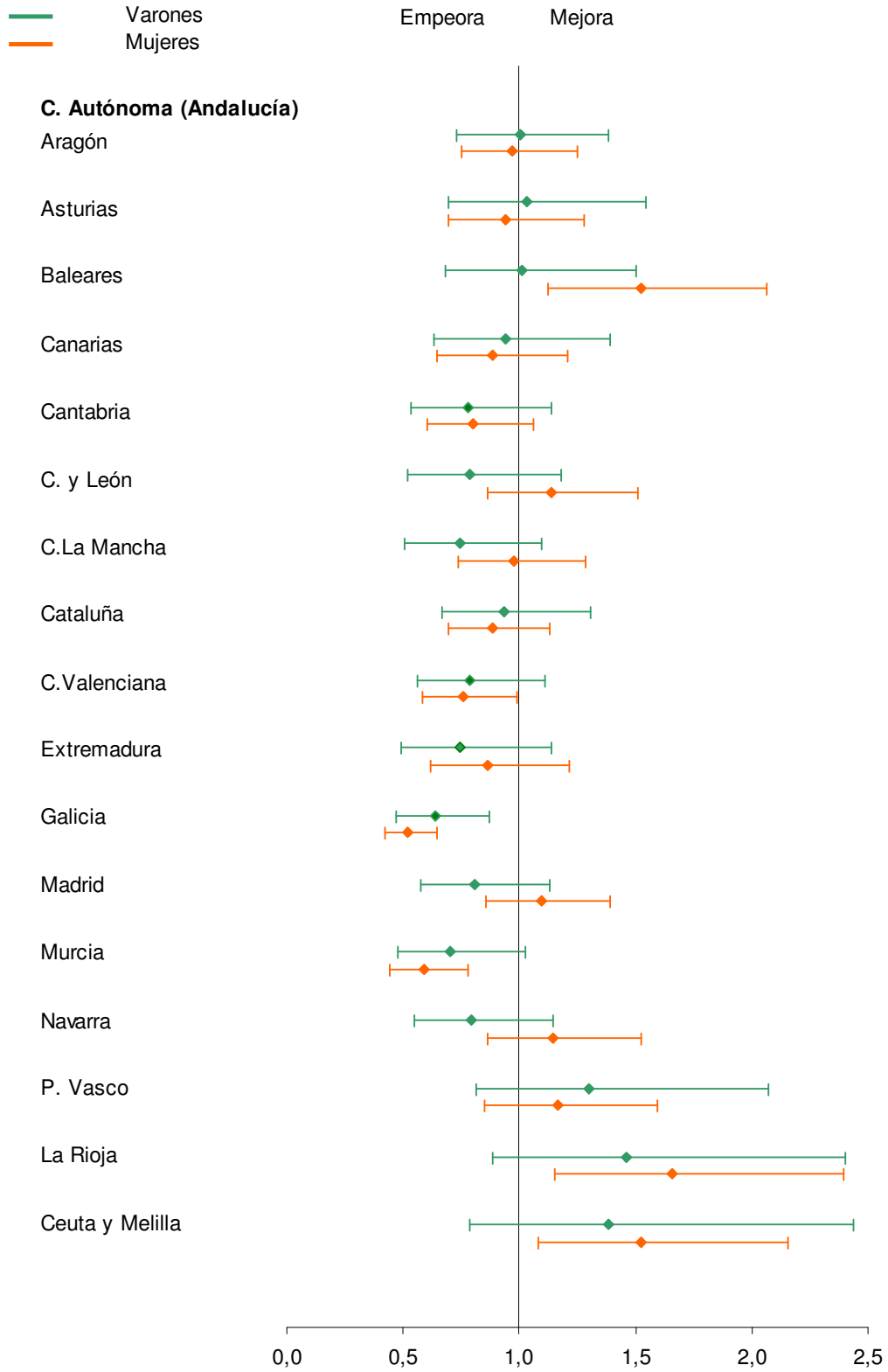
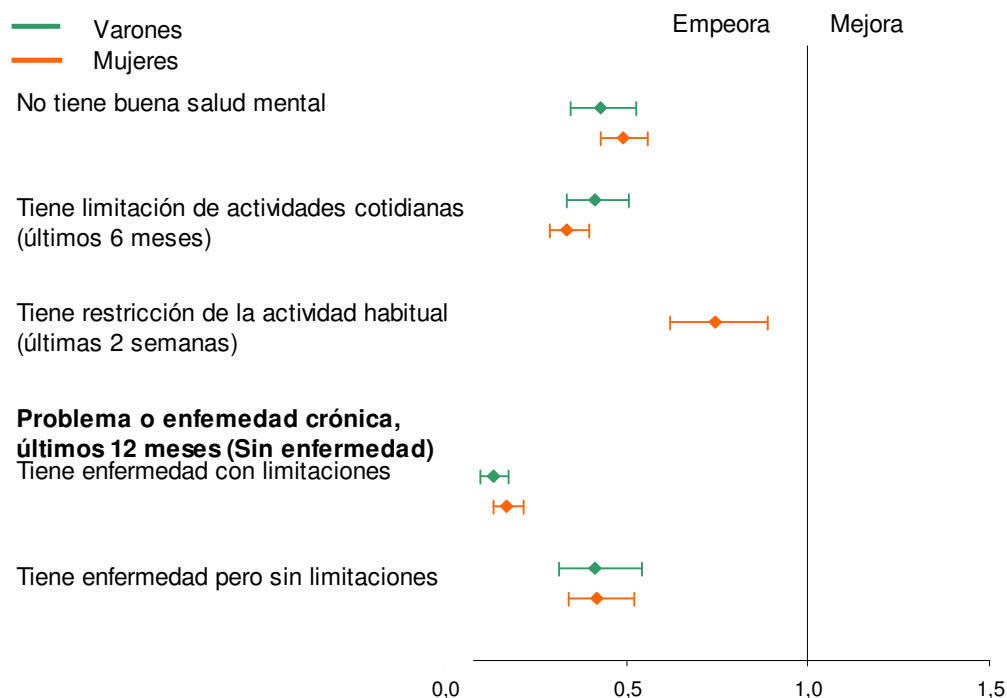


Figura 6. 14. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de morbilidad y discapacidad. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más.

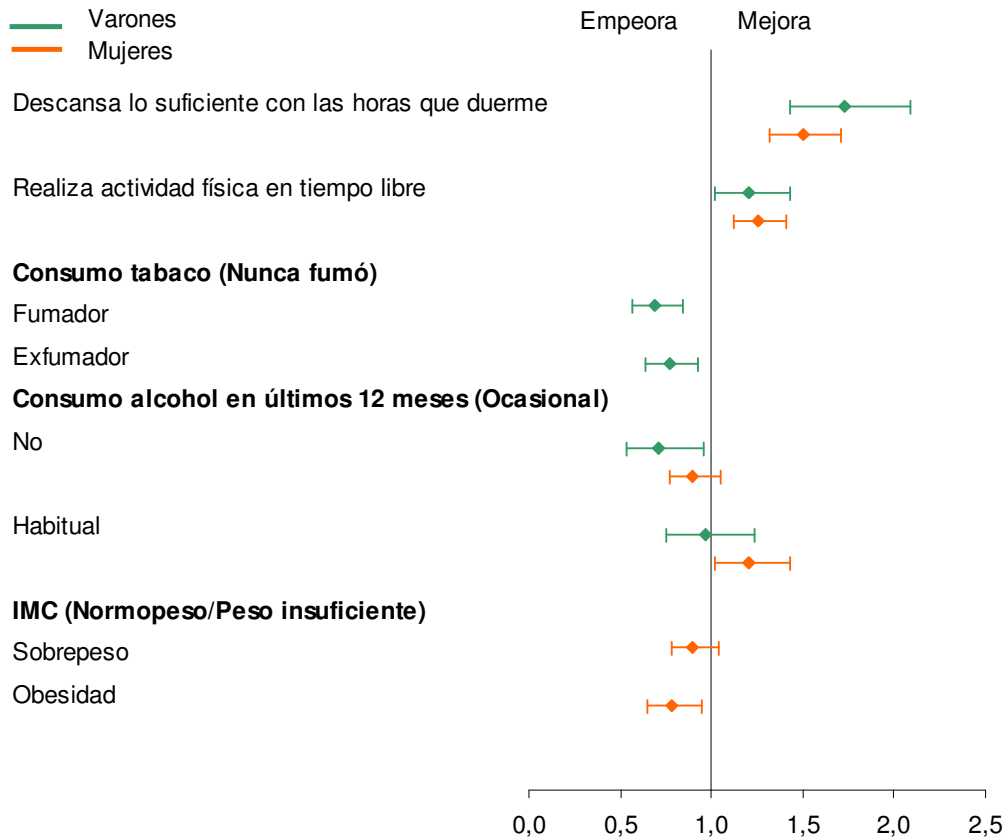


Además, al comparar la intensidad de la asociación de cada una de las variables de morbilidad con la SPP entre los varones y las mujeres se constata que para este tipo de variables la intensidad de asociación es igual o mayor en los varones que en las mujeres, excepto en las limitaciones de actividades cotidianas en los últimos seis meses donde el riesgo de SPP es mayor en las mujeres. Por tanto, las mujeres presentan mayor riesgo de valorar positivamente la salud que los varones cuando tienen limitaciones o restricciones a corto y medio plazo, en particular las restricciones a corto plazo no están asociadas con la SPP en el colectivo de los varones.

En la figura 6.15, se presentan los resultados en el grupo de variables de estilo de vida, observándose que las personas que descansan lo suficiente con las horas que duermen o que realizan una actividad física en su tiempo libre tienen mejor SPP en ambos colectivos y con mayor intensidad en el colectivo de varones. Sin embargo, en el resto de variables explicativas que influyen en la SPP se constatan diferencias (en asociación e intensidad de la misma) entre varones y mujeres: entre los varones aquellos que no han fumado

o que han consumido alcohol en los últimos 12 meses el riesgo de SPP es mayor que en los fumadores/exfumadores o que en los que no han consumido alcohol en los últimos 12 meses, mientras que entre las mujeres el ser obesa perjudica la valoración de SPP y el consumo de alcohol de forma habitual está asociado con una mejor SPP.

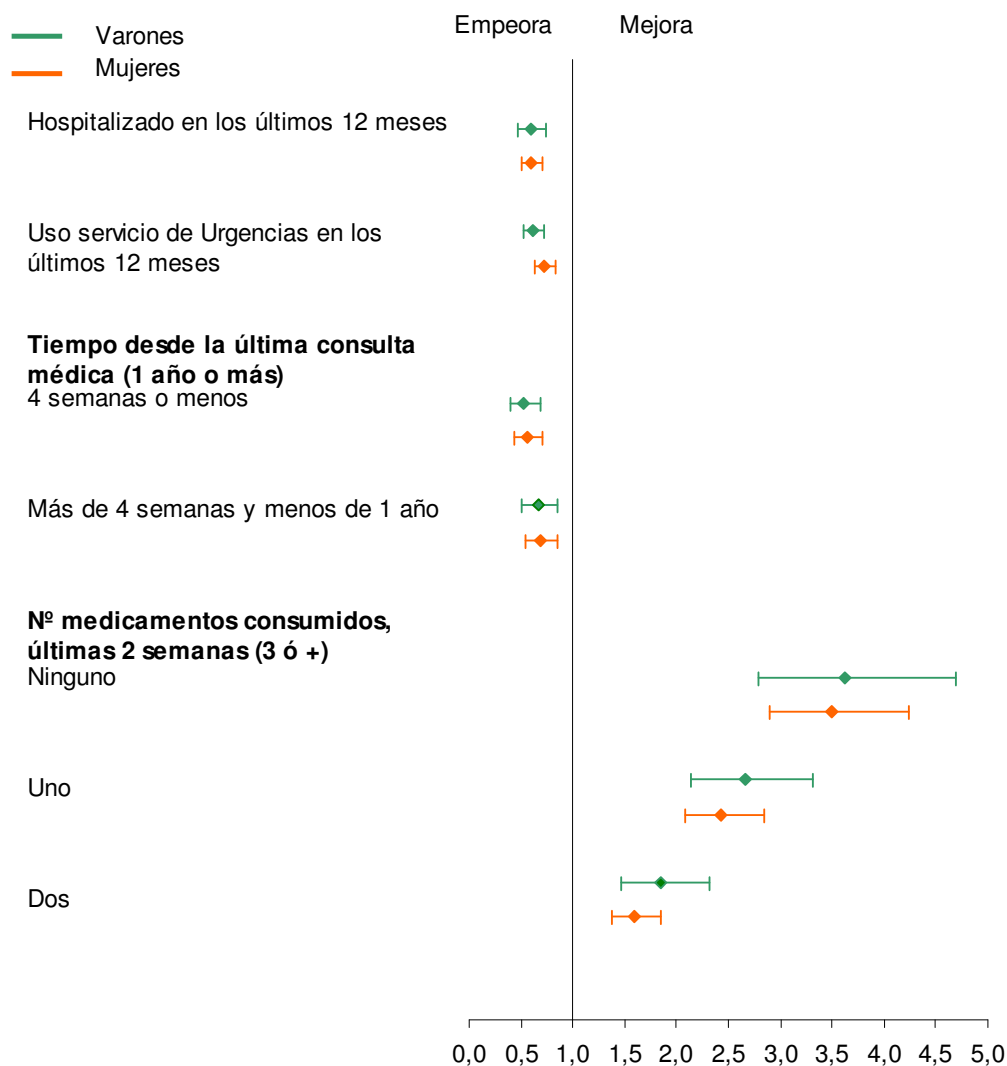
Figura 6. 15. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de estilo de vida. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más.



Para concluir el análisis de la SPP en estos dos colectivos, observamos, en la figura 6.16, los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos. En general, tanto para varones como para mujeres, se observa que aquellas personas que no han utilizado alguno de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos doce meses mejoran la valoración de salud percibida tal como se puso de manifiesto en toda la muestra, además, la intensidad de esta valoración positiva de la salud por estas variables es similar

entre varones, entre mujeres y en toda la muestra. Asimismo, en ambos grupos de personas, se observa que, cuanto menor es el número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas mejor es la valoración de SPP, y además la intensidad de la valoración de SPP es mayor en los varones que en las mujeres.

Figura 6. 16. Odds Ratio e intervalos de confianza para las variables de uso de servicios sanitarios. Modelo para varones y mujeres de 16 años o más.



En definitiva, la valoración de la SPP en los colectivos de varones y mujeres aunque viene explicada por los cuatro grupos de variables presenta diferencias en intensidad y sentido de asociación en cada colectivo, salvo para

el conjunto de variables de uso sanitario que presenta similar comportamiento entre los varones y las mujeres. En el grupo de variables de estilo de vida es donde se producen mayores diferencias por género. En las características de morbilidad se constata una influencia similar, en sentido, entre los varones y mujeres, excepto en las restricciones de actividad habitual en las últimas dos semanas que sólo presenta asociación con la SPP en las mujeres. Por último, en las variables de entorno social se observa el mismo sentido pero no en la misma intensidad en ambos colectivos, excepto en el sentirse discriminado que únicamente afecta a la SPP de las mujeres y en sentido negativo.

6.4.2 Factores que explican la SPP y la SPMP en los varones y en las mujeres

Similarmente a los dos modelos de SPP presentados en los apartados anteriores (población de 65 o más años de edad y población que trabaja) se han estimado los modelos de salud percibida para los varones y las mujeres distinguiendo entre SPP y SPMP con el fin de analizar si existen diferencias en el sentido e intensidad de las modalidades de los factores que explican estos dos grados de salud percibida positiva en cada uno de los colectivos considerados (varones y mujeres).

Tras realizar el análisis estadístico, comentado en apartados anteriores, se ha llegado a dos modelos de salud, uno para varones y otro para mujeres, para los dos grados de salud percibida positiva cuyos resultados se presentan en la tabla 6.3 y 6.4, respectivamente.

En la muestra de varones para el grupo de variables del entorno social se obtienen los mismos resultados y con similar intensidad en los dos grados de salud percibida positiva salvo para la variable comunidad autónoma de residencia. En particular, en este colectivo, en todas las comunidades autónomas el riesgo de SPMP es menor o igual que el de SPP, excepto en Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra y las Ciudades de Ceuta y Melilla que tienen igual riesgo de SPP y SPMP que Andalucía. Sin embargo, en la muestra de mujeres los resultados son distintos en la influencia de la edad, en la comunidad autónoma de residencia y en el sentirse discriminado. En este grupo de personas, el riesgo de SPMP entre los 43 y 49 años de edad no es

significativamente diferente respecto al de las personas de 74 o más años de edad, mientras que el riesgo de SPP en ese tramo de edad es significativamente diferente. Respecto a la comunidad autónoma, las residentes en Castilla La Mancha, Cataluña, Madrid y las Ciudades de Ceuta y Melilla tienen igual riesgo de SPP y SPMP que Andalucía, y en las otras desciende el riesgo de SPMP salvo en Baleares que no presenta diferencias con Andalucía en este grado de salud positiva. Por último, el sentirse discriminado está asociado negativamente con la SPP pero no influye en la SPMP.

Con respecto a la influencia de las variables de morbilidad y discapacidad en estos dos colectivos poblacionales, se observa para ambos grupos una situación idéntica a la encontrada para toda la muestra, en el sentido de asociación en los dos grados de salud positiva, salvo en las restricciones en las últimas 2 semanas que sólo presenta asociación con la SPP y SPMP en el colectivo de mujeres. En ambos colectivos, las variables explicativas de morbilidad muestran igual intensidad en los dos niveles de SPP y SPMP, salvo en la limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses que presenta mayor intensidad de SPP. Además, en el grupo de mujeres, las restricciones de actividad habitual en las últimas 2 semanas tienen igual intensidad de asociación en ambas valoraciones de salud.

En el análisis de los resultados de las variables de estilo de vida se observan diferencias entre varones y mujeres: en primer lugar, realizar alguna actividad física en el tiempo libre tiene el mismo beneficio para la SPP y la SPMP en ambos grupos de personas, pero con mayor intensidad en el grupo de mujeres. En segundo lugar, descansar lo suficiente con las horas que se duerme mejora en la misma medida el riesgo de SPP y SPMP entre los varones, mientras que en las mujeres sólo presenta diferencias significativas con el riesgo de SPP respecto a aquellos que no descansan lo suficiente. En tercer lugar, sólo entre los varones los hábitos de fumar o no consumir alcohol en los últimos 12 meses disminuye el riesgo de SPP, mientras que el ser exfumador empeora el riesgo de SPP y SPMP en la misma relevancia respecto a los que nunca fumaron. Para terminar de analizar el estilo de vida se constata que sólo entre las mujeres, las que tienen peso normal tienen el mismo riesgo

de SPP y SPMP respecto a las que presentan sobrepeso, y además las mujeres con Normopeso aumentan el riesgo de SPP respecto a las obesas.

Por último, si observamos los resultados de la influencia de las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos en los dos grados de salud percibida positiva, concluimos que independientemente de ser varón o mujer a menor número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas mayor es la valoración de SPP y SPMP y ambas con igual intensidad. Además, se observa que los varones o mujeres que no han acudido a la consulta médica en los últimos 12 meses tienen mejor SPP y SPMP, sin embargo, para los que no han utilizado el servicio de urgencias y no han sido hospitalizados sólo presentan mayor valoración de SPP en el grupo de varones y en el de mujeres, respectivamente.

En consecuencia, al analizar los dos grados de salud percibida positiva entre los varones y las mujeres se observa que, al igual que sucedía en el apartado anterior, las principales diferencias están en las características de estilo de vida, tal como se puso de manifiesto al analizar este grupo de variables. Sin embargo, en cada colectivo de personas se han detectado algunas diferencias entre las dos graduaciones de salud: entre los varones las valoraciones de SPP y SPMP son análogas, en sentido e intensidad, excepto en el uso de urgencias que influye en la SPP y en las variables estudios secundarios de 2º ciclo y postsecundarios y las diferentes comunidades autónomas que afectan a la SPMP. Entre las mujeres, las valoraciones de SPP son análogas o con menor intensidad que las de SPMP, salvo en ser hospitalizado que afecta a la SPP, en tener entre 44 y 49 años de edad o sentirse discriminado, que no influye en la SPMP, y en las distintas comunidades autónomas que influyen negativamente en la SPMP.

Tabla 6. 3. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de varones de 16 años o más.

Modelo General de Líneas Paralelas		Bueno, Muy Bueno/ Regular, Malo (SPP)	Muy Bueno/ Bueno, Regular, Malo (SPMP)
Entorno Social		OR	OR
		IC(95%)	IC(95%)
edad (74 o más años)			
16 a 23 años	2,5828 *** (1,9021, 3,5072)	2,5828 *** (1,9021, 3,5072)	2,5828 *** (1,9021, 3,5072)
24 a 28 años	2,1698 *** (1,5432, 3,0506)	2,1698 *** (1,5432, 3,0506)	2,1698 *** (1,5432, 3,0506)
29 a 33 años	1,4521 * (1,0882, 1,9376)	1,4521 * (1,0882, 1,9376)	1,4521 * (1,0882, 1,9376)
34 a 39 años	1,7057 *** (1,282, 2,2695)	1,7057 *** (1,282, 2,2695)	1,7057 *** (1,282, 2,2695)
40 a 43 años	1,4821 ** (1,1156, 1,969)	1,4821 ** (1,1156, 1,969)	1,4821 ** (1,1156, 1,969)
44 a 49 años	1,1002 (0,8416, 1,4383)	1,1002 (0,8416, 1,4383)	1,1002 (0,8416, 1,4383)
50 a 56 años	0,8732 (0,6562, 1,162)	0,8732 (0,6562, 1,162)	0,8732 (0,6562, 1,162)
57 a 64 años	0,9564 (0,734, 1,2462)	0,9564 (0,734, 1,2462)	0,9564 (0,734, 1,2462)
65 a 73 años	1,0322 (0,8033, 1,3261)	1,0322 (0,8033, 1,3261)	1,0322 (0,8033, 1,3261)
Clase social (Clase V)			
Clase I	1,8651 *** (1,4265, 2,4385)	1,8651 *** (1,4265, 2,4385)	1,8651 *** (1,4265, 2,4385)
Clase II	1,5679 *** (1,2067, 2,0372)	1,5679 *** (1,2067, 2,0372)	1,5679 *** (1,2067, 2,0372)
Clase III	1,3672 ** (1,1035, 1,6938)	1,3672 ** (1,1035, 1,6938)	1,3672 ** (1,1035, 1,6938)
Clase IV	1,2634 * (1,0509, 1,519)	1,2634 * (1,0509, 1,519)	1,2634 * (1,0509, 1,519)
Estudios (Universitarios)			
Analfabeto o sin estudios	0,4312 *** (0,3234, 0,5749)	0,4312 *** (0,3234, 0,5749)	0,4312 *** (0,3234, 0,5749)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,6393 *** (0,5248, 0,7789)	0,6393 *** (0,5248, 0,7789)	0,6393 *** (0,5248, 0,7789)
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,9011 (0,7094, 1,1447)	0,9011 (0,7094, 1,1447)	0,6958 *** (0,5607, 0,8634)
Comunidad Autónoma (Andalucía)			
Aragón	0,9563 (0,7202, 1,2698)	0,9563 (0,7202, 1,2698)	0,4865 *** (0,3534, 0,6697)
Asturias	0,9521 (0,6733, 1,3464)	0,9521 (0,6733, 1,3464)	0,4839 ** (0,3132, 0,7476)
Baleares	0,8744 (0,6449, 1,1855)	0,8744 (0,6449, 1,1855)	0,8744 (0,6449, 1,1855)
Canarias	0,9255 (0,647, 1,3237)	0,9255 (0,647, 1,3237)	0,1989 *** (0,1217, 0,325)
Cantabria	0,7475 (0,5364, 1,0418)	0,7475 (0,5364, 1,0418)	0,2001 *** (0,1274, 0,3142)
Castilla y León	0,6517 ** (0,4879, 0,8705)	0,6517 ** (0,4879, 0,8705)	0,6517 ** (0,4879, 0,8705)

Tabla 6. 3. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de varones de 16 años o más (continuar).

Castilla La Mancha	0,6572 ** (0,4881, 0,8848)	0,6572 ** (0,4881, 0,8848)	0,6572 ** (0,4881, 0,8848)
Cataluña	0,9893 (0,763, 1,2827)	0,9893 (0,763, 1,2827)	0,9893 (0,763, 1,2827)
Comunidad Valenciana	0,7744 * (0,6067, 0,9883)	0,7744 * (0,6067, 0,9883)	0,7744 * (0,6067, 0,9883)
Extremadura	0,592 *** (0,448, 0,7822)	0,592 *** (0,448, 0,7822)	0,592 *** (0,448, 0,7822)
Galicia	0,6165 *** (0,4736, 0,8025)	0,6165 *** (0,4736, 0,8025)	0,6165 *** (0,4736, 0,8025)
Madrid	0,8777 (0,6828, 1,1283)	0,8777 (0,6828, 1,1283)	0,8777 (0,6828, 1,1283)
Murcia	0,6748 * (0,4789, 0,9508)	0,6748 * (0,4789, 0,9508)	0,3287 *** (0,2205, 0,49)
Navarra	0,7877 (0,6127, 1,0128)	0,7877 (0,6127, 1,0128)	0,7877 (0,6127, 1,0128)
P. Vasco	1,2518 (0,8169, 1,9182)	1,2518 (0,8169, 1,9182)	0,5451 ** (0,3608, 0,8235)
La Rioja	1,423 (0,8925, 2,2688)	1,423 (0,8925, 2,2688)	0,4665 ** (0,296, 0,7352)
Ceuta y Melilla	1,4525 (0,9367, 2,2523)	1,4525 (0,9367, 2,2523)	1,4525 (0,9367, 2,2523)
Morbilidad y discapacidad			
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)			
Enfermedad con limitaciones	0,1365 *** (0,1082, 0,1722)	0,1365 *** (0,1082, 0,1722)	0,1365 *** (0,1082, 0,1722)
Enfermedad sin limitaciones	0,4191 *** (0,358, 0,4906)	0,4191 *** (0,358, 0,4906)	0,4191 *** (0,358, 0,4906)
Salud mental (Buena)			
NC	0,7014 * (0,5156, 0,9541)	0,7014 * (0,5156, 0,9541)	0,7014 * (0,5156, 0,9541)
No Buena	0,4451 *** (0,3692, 0,5366)	0,4451 *** (0,3692, 0,5366)	0,4451 *** (0,3692, 0,5366)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)			
Sí	0,3952 *** (0,3245, 0,4813)	0,3952 *** (0,3245, 0,4813)	0,6838 * (0,4913, 0,9517)
Estilo de vida			
Consumo tabaco (Nunca fumó)			
Fumador	0,7412 ** (0,6154, 0,8927)	0,7412 ** (0,6154, 0,8927)	0,9268 (0,7834, 1,0964)
Exfumador	0,8189 ** (0,7049, 0,9514)	0,8189 ** (0,7049, 0,9514)	0,8189 ** (0,7049, 0,9514)
Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)			
No	0,7018 ** (0,5517, 0,8927)	0,7018 ** (0,5517, 0,8927)	0,9762 (0,7602, 1,2536)
Habitual	0,934 (0,7873, 1,1082)	0,934 (0,7873, 1,1082)	0,934 (0,7873, 1,1082)
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)			
Sí	1,5658 *** (1,3394, 1,8305)	1,5658 *** (1,3394, 1,8305)	1,5658 *** (1,3394, 1,8305)

Tabla 6. 3. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de varones de 16 años o más (continuar).

Actividad física en tiempo libre (No)		1,1858* (1,0397, 1,3524)	1,1858* (1,0397, 1,3524)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos			
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)			
4 semanas o menos	0,4983*** (0,4085, 0,6079)	0,7087** (0,565, 0,8888)	
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,6478*** (0,5562, 0,7545)	0,6478*** (0,5562, 0,7545)	
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)			
Sí	0,6503*** (0,5304, 0,7973)	0,6503*** (0,5304, 0,7973)	
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)			
Sí	0,6173*** (0,5254, 0,7253)	0,8372 (0,6874, 1,0197)	
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)			
Ninguno	3,367*** (2,704, 4,1926)	3,367*** (2,704, 4,1926)	
Uno	2,709*** (2,1968, 3,3406)	2,709*** (2,1968, 3,3406)	
Dos	1,7835*** (1,4313, 2,2224)	1,7835*** (1,4313, 2,2224)	
Constante	6,9212*** (4,1638, 11,505)	0,1852*** (0,1117, 0,3072)	
Contraste líneas paralelas F=1,11 p=0,2939			
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov		p=0,875	p=0,546
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 n=28293			

Tabla 6. 4. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de mujeres de 16 años o más.

Modelo General de Líneas Paralelas		Bueno, Muy Bueno/ Regular, Malo (SPP)	Muy Bueno/ Bueno, Regular, Malo (SPMP)	
	OR	IC(95%)	OR	IC(95%)
Entorno Social				
edad (74 a 100 años)				
16 a 23 años	2,620 ***	(1,950 , 3,522)	2,620 ***	(1,950 , 3,522)
24 a 28 años	2,006 ***	(1,518 , 2,651)	2,006 ***	(1,518 , 2,651)
29 a 33 años	2,525 ***	(1,887 , 3,380)	1,386 *	(1,024 , 1,876)
34 a 39 años	1,933 ***	(1,480 , 2,524)	1,458 **	(1,111 , 1,915)
40 a 43 años	1,464 **	(1,130 , 1,896)	1,464 **	(1,130 , 1,896)
44 a 49 años	1,361 *	(1,057 , 1,752)	0,998	(0,739 , 1,348)
50 a 56 años	1,109	(0,875 , 1,405)	1,109	(0,875 , 1,405)
57 a 64 años	1,023	(0,819 , 1,277)	1,023	(0,819 , 1,277)
65 a 73 años	0,924	(0,747 , 1,142)	0,924	(0,747 , 1,142)
Clase social (Clase V)				
Clase I	1,376 *	(1,078 , 1,756)	1,376 *	(1,078 , 1,756)
Clase II	1,377 **	(1,118 , 1,695)	1,377 **	(1,118 , 1,695)
Clase III	1,258 **	(1,077 , 1,469)	1,258 **	(1,077 , 1,469)
Clase IV	1,103	(0,965 , 1,262)	1,103	(0,965 , 1,262)
Se ocupa de las tareas del hogar (No)				
Sí, sólo	0,964	(0,817 , 1,138)	0,964	(0,817 , 1,138)
Sí, compartido	0,981	(0,827 , 1,164)	0,981	(0,827 , 1,164)
Sentirse discriminado (No)				
Sí	0,737 *	(0,566 , 0,960)	1,046	(0,774 , 1,412)
Estudios (Universitarios)				
Analfabeto o sin estudios	0,484 ***	(0,383 , 0,610)	0,484 ***	(0,383 , 0,610)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,651 ***	(0,551 , 0,768)	0,651 ***	(0,551 , 0,768)
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,902	(0,766 , 1,061)	0,902	(0,766 , 1,061)
C.Autónoma (Andalucía)				
Aragón	0,926	(0,727 , 1,179)	0,604 **	(0,425 , 0,857)
Asturias	0,921	(0,687 , 1,233)	0,574 **	(0,387 , 0,852)
Baleares	1,511 **	(1,135 , 2,012)	0,914	(0,686 , 1,217)

Tabla 6. 4. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de mujeres de 16 años o más (continuación).

Canarias	0,815	(0,603 , 1,103)	0,259 ***	(0,176 , 0,382)
Cantabria	0,786	(0,602 , 1,025)	0,233 ***	(0,164 , 0,332)
C. y León	1,107	(0,848 , 1,446)	0,699 *	(0,495 , 0,987)
C.La Mancha	0,867	(0,686 , 1,095)	0,867	(0,686 , 1,095)
Cataluña	0,939	(0,757 , 1,165)	0,939	(0,757 , 1,165)
C.Valenciana	0,782 *	(0,634 , 0,964)	0,782 *	(0,634 , 0,964)
Extremadura	0,878	(0,637 , 1,209)	0,506 **	(0,333 , 0,767)
Galicia	0,531 ***	(0,436 , 0,646)	0,359 ***	(0,279 , 0,461)
Madrid	1,007	(0,819 , 1,237)	1,007	(0,819 , 1,237)
Murcia	0,597 ***	(0,465 , 0,767)	0,597 ***	(0,465 , 0,767)
Navarra	1,120	(0,859 , 1,460)	0,698 **	(0,536 , 0,909)
P. Vasco	1,130	(0,846 , 1,510)	0,583 **	(0,405 , 0,839)
La Rioja	1,531 *	(1,082 , 2,167)	0,291 ***	(0,178 , 0,475)
Ceuta y Melilla	1,429 *	(1,022 , 1,996)	1,429 *	(1,022 , 1,996)
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)				
Enfermedad con limitaciones	0,170 ***	(0,134 , 0,217)	0,291 ***	(0,213 , 0,397)
Enfermedad sin limitaciones	0,418 ***	(0,339 , 0,516)	0,559 ***	(0,477 , 0,656)
Salud mental (Buena)				
NC	0,620 **	(0,454 , 0,848)	0,620 **	(0,454 , 0,848)
No Buena	0,493 ***	(0,432 , 0,561)	0,493 ***	(0,432 , 0,561)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)				
Sí	0,343 ***	(0,294 , 0,400)	0,652 **	(0,477 , 0,893)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)				
Sí	0,719 ***	(0,616 , 0,839)	0,719 ***	(0,616 , 0,839)
Estilo de vida				
Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)				
No	0,933	(0,817 , 1,065)	0,933	(0,817 , 1,065)
Habitual	1,130	(0,992 , 1,286)	1,130	(0,992 , 1,286)

Tabla 6. 4. Modelo de salud percibida positiva y muy positiva. Modelo para la población de mujeres de 16 años o más (continuación).

Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)		1,499 *** (1,320 , 1,702)	1,147 (0,953 , 1,381)
Sí			
Actividad física en tiempo libre (No)			
Sí		1,213 *** (1,102 , 1,336)	1,213 *** (1,102 , 1,336)
Índice de masa corporal (Normopeso/Peso insuficiente)			
Sobrepeso		0,844 ** (0,751 , 0,948)	0,844 ** (0,751 , 0,948)
Obesidad		0,731 *** (0,615 , 0,871)	0,983 (0,768 , 1,260)
NC		0,849 (0,711 , 1,013)	0,849 (0,711 , 1,013)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos			
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)			
4 semanas o menos		0,532 *** (0,448 , 0,631)	0,532 *** (0,448 , 0,631)
Más de 4 semanas y menos de 1 año		0,682 *** (0,583 , 0,798)	0,682 *** (0,583 , 0,798)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)			
Sí		0,606 *** (0,515 , 0,714)	0,931 (0,744 , 1,166)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)			
Sí		0,794 *** (0,709 , 0,889)	0,794 *** (0,709 , 0,889)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)			
Ninguno		3,143 *** (2,648 , 3,732)	3,143 *** (2,648 , 3,732)
Uno		2,297 *** (1,981 , 2,665)	2,297 *** (1,981 , 2,665)
Dos		1,612 *** (1,391 , 1,868)	1,612 *** (1,391 , 1,868)
Constante		5,486 *** (3,462 , 8,694)	0,253 *** (0,162 , 0,396)
Contraste líneas paralelas F=1,09 p=0,328			
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov		p=0,864	p=0,525
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001 n=16937			

6.5 Conclusiones

En este capítulo se han estudiado algunos colectivos específicos de la población de personas de 16 o más años de edad constatándose, que la valoración de la salud percibida es un indicador de salud que engloba distintas dimensiones y que está relacionado con diversos tipos de factores tales como sociodemográficos, geográficos, de morbilidad e incapacidad, de estilos de vida y de uso de servicios sanitarios.

Una vez más, el carácter multidimensional de la valoración de la salud percibida viene determinado no sólo por los distintos factores que la explican en la población española de 16 o más años de edad, los cuales se han inferido a partir de la muestra de la ENS-2006, sino también por factores que influyen en la valoración de la salud en distintos colectivos poblacionales según tramos de edad, situación laboral o género. Es más, estos estudios en subpoblaciones, además de mostrar nuevos factores que delimitan la valoración de la salud percibida, aportan información complementaria sobre los factores que explicaban la valoración de la salud percibida en el modelo de la población de 16 o más años de edad y ponen de manifiesto las desigualdades en la salud de la población y de subpoblaciones.

El cuadro 6.1 resume los resultados fundamentales obtenidos para la población de 65 años o más en comparación con la población total y las personas de 50 o más años de edad. Uno de los resultados más destacados es la constatación de que hay algunos factores que explican la salud percibida y son invariantes en el signo de su asociación con la SPP. Algunos ejemplos de estos factores son el nivel de estudios en el grupo de variables de entorno social; no tener enfermedad crónica con o sin limitaciones, no haber tenido limitaciones a corto y medio plazo y tener buena salud mental, en el grupo de variables de morbilidad; descansar lo suficiente con el tiempo que duerme y realizar actividad física en tiempo libre en el grupo de características de estilo de vida y las variables de uso de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses así como el consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas.

Sin embargo, en la población de 65 o más años de edad hay cuatro factores específicos que explican la SPP que son: no tener algún tipo de dependencia funcional, vivir solo, tener más de 82 años (común a la población de 50 o más años de edad) y que la zona o región de residencia no sea Cantabria, Cataluña o Extremadura, ya que los residentes en Galicia tienen menor valoración de SPP independientemente de la población considerada y en Murcia también tienen peor SPP pero sólo para la población de 16 años o más y la población de 65 o más años de edad.

Además, en la población de 65 o más años la valoración de SPMP, a diferencia de la SPP, no está explicada por las variables de salud mental y limitación de actividades cotidianas en los últimos seis meses. Para el resto de las variables se observa que influyen en ambas valoraciones de la salud percibida positiva, aunque no con la misma intensidad.

Cuadro 6. 1. Factores que benefician la SPP en la población general y en los de 65 o más años.

Población general	65 o más años
Menor edad	Mayor de 82 años
Mayor Clase social	Mayores ingresos familiares mensuales
Mayor nivel de estudios	Mayor nivel de estudios
	Vivir sólo
No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones	No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones
No tener limitaciones a corto y medio plazo	No tener limitaciones a corto y medio plazo
Buena salud mental	Buena salud mental
	No tener algún tipo de dependencia funcional
No ser fumador	
Consumo de alcohol	
Descansar lo suficiente	Descansar lo suficiente
Realizar actividad física en tiempo libre	Realizar actividad física en tiempo libre
No ser obeso	
Mayor tiempo hasta consulta médica	Mayor tiempo hasta consulta médica
No hospitalizado	No hospitalizado
No usar urgencias	No usar urgencias
Menor nº de medicamentos consumidos	Menor nº de medicamentos consumidos
Residir en La Rioja , Ceuta y Melilla	No residir en Cantabria, Cataluña, Extremadura, Galicia y Murcia

En cuanto a los resultados obtenidos para la población que trabaja y en comparación con toda la población de 16 años o más, de nuevo se constata que hay algunos factores que explican la salud percibida y son invariantes en el

signo de la asociación con la SPP. Ejemplo de estos factores, como se puede observar en el cuadro 6.2, son la edad, la clase social y el nivel de estudios en el grupo de variables de entorno social; no tener enfermedad crónica con o sin limitaciones, no haber tenido limitaciones a corto y medio plazo y tener buena salud mental, en el grupo de variables de morbilidad; descansar lo suficiente con el tiempo que duerme, realizar actividad física en tiempo libre y no ser obeso, en el grupo de características de estilo de vida y las variables de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses así como el consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas.

Además, hay tres factores exclusivos que explican la SPP en este colectivo: no tener dificultades auditivas, tener un nivel alto de satisfacción con el trabajo que realiza y que la zona o región de residencia no sea Cantabria o Murcia, ya que los residentes en Galicia tienen menor SPP, independientemente de la población considerada.

En el grupo de las personas que trabajan, la SPMP, a diferencia de la SPP, no está explicada por las variables de limitación de actividades cotidianas en los últimos seis meses, descansar lo suficiente con las horas que se duerme, hospitalización en los últimos 12 meses y uso del servicio de urgencias en los últimos 12 meses. Por el contrario, la SPP no está explicada por el sobrepeso. El resto de las variables explican ambos grados de la salud percibida positiva, aunque no con la misma intensidad. En concreto, el riesgo de SPMP es menor que el de SPP en la mayoría de las comunidades autónomas y cuando el individuo no tiene una enfermedad crónica con limitaciones. Sin embargo, tener un nivel alto de satisfacción con el trabajo que se realiza es beneficioso para valorar positivamente la salud percibida y con la misma intensidad en ambas graduaciones.

Cuadro 6. 2. Factores que benefician la SPP en la población general y en la población que trabaja.

Población general	Población que trabaja
Menor edad	Menor edad
Mayor Clase social	Mayor Clase social
Mayor nivel de estudios	Mayor nivel de estudios
No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones	No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones
No tener limitaciones a corto y medio plazo	No tener limitaciones a corto y medio plazo
Buena salud mental	Buena salud mental
	No tener dificultades auditivas
No ser fumador	
Consumo de alcohol	
	Nivel alto de satisfacción con el trabajo
Descansar lo suficiente	Descansar lo suficiente
Realizar actividad física en tiempo libre	Realizar actividad física en tiempo libre
No ser obeso	No ser obeso
Mayor tiempo hasta consulta médica	Mayor tiempo hasta consulta médica
No hospitalizado	No hospitalizado
No usar urgencias	No usar urgencias
Menor nº de medicamentos consumidos	Menor nº de medicamentos consumidos
Residir en La Rioja , Ceuta y Melilla	No residir en Cantabria, Galicia y Murcia

Por último, en los resultados obtenidos para las poblaciones de varones y mujeres y en comparación con toda la población de 16 años o más de edad, se constata que hay algunos factores que explican la salud percibida y son invariantes en el sentido de asociación con la SPP. Ejemplo de estos factores, como se puede observar en el cuadro 6.3, son la clase social y el nivel de estudios, en el grupo de variables de entorno social; no tener enfermedad crónica con o sin limitaciones, no haber tenido limitaciones a medio plazo y tener buena salud mental en el grupo de variables de morbilidad; descansar lo suficiente con el tiempo que duerme, realizar actividad física en tiempo libre y no haber consumido alcohol en los últimos 12 meses, en el grupo de características de estilo de vida; y las variables de los servicios sanitarios (consulta médica, hospitalización y servicio de urgencia) en los últimos 12 meses así como el consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas.

Sin embargo, en la población de varones hay dos factores específicos que explican la SPP que son: no ser fumador y tener una edad inferior a los 43 años. Por el contrario, en la población de mujeres los factores específicos son no sentirse discriminado, no tener limitaciones a corto plazo (común a la población de 16 o más años de edad) y no ser obeso. Respecto a la zona o

región de residencia, entre las mujeres hay mayor valoración de SPP en las residentes en La Rioja y las ciudades de Ceuta y Melilla (de forma similar que en la población de 16 o más años de edad), mientras que entre los varones, al igual que entre las mujeres y en toda la población, hay menor valoración de SPP en los residentes en Galicia.

Además, entre los varones las valoraciones de SPP y SPMP son análogas, en sentido e intensidad, excepto en el uso de urgencias que influye sólo en la SPP y en las variables estudios secundarios de 2º ciclo y postsecundarios y las diferentes comunidades autónomas que afectan únicamente a la SPMP. Entre las mujeres, las valoraciones de SPP son análogas o con menor intensidad que las de SPMP, salvo en sentirse discriminado o ser hospitalizado que afecta sólo a la SPP, en tener entre 44 y 49 años de edad que no influye en la SPMP y en las distintas comunidades autónomas que influyen negativamente en la SPMP.

Cuadro 6. 3. Factores que benefician la SPP en la población general y en los colectivos de varones y mujeres.

Población general	Varones	Mujeres
Menor edad	Menor edad hasta 43 años	Menor edad
Mayor Clase social	Mayor Clase social	Mayor Clase social
Mayor nivel de estudios	Mayor nivel de estudios	Mayor nivel de estudios
		No sentirse discriminado
No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones	No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones	No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones
No tener limitaciones a corto y medio plazo	No tener limitaciones a medio plazo	No tener limitaciones a corto y medio plazo
Buena salud mental	Buena salud mental	Buena salud mental
No ser fumador	Nunca fumó	
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol	Consumo habitual de alcohol
Descansar lo suficiente	Descansar lo suficiente	Descansar lo suficiente
Realizar actividad física en tiempo libre	Realizar actividad física en tiempo libre	Realizar actividad física en tiempo libre
No ser obeso		No ser obeso
Mayor tiempo hasta consulta médica	Mayor tiempo hasta consulta médica	Mayor tiempo hasta consulta médica
No hospitalizado	No hospitalizado	No hospitalizado
No usar urgencias	No usar urgencias	No usar urgencias
Menor nº de medicamentos consumidos	Menor nº de medicamentos consumidos	Menor nº de medicamentos consumidos
Residir en La Rioja , Ceuta y Melilla	No residir en Galicia	Residir en Baleares, La Rioja , Ceuta y Melilla

Capítulo 7. Discusión de resultados

7.1 Introducción

En los análisis empíricos realizados en los dos capítulos anteriores se han elaborado distintos modelos que estudian la relación entre la valoración de la salud percibida y un conjunto de variables independientes. En este capítulo se aborda la discusión de los resultados de estos modelos considerando los efectos comunes entre ellos y las características específicas de subgrupos analizados. El capítulo se estructura en dos epígrafes, además de esta introducción.

En el primer epígrafe se comparan los resultados empíricos desde la perspectiva del indicador de salud percibida SPP y en el segundo, se discuten los resultados de los modelos según el grado de valoración positiva de la salud definido en el estudio que es la SPP (“Muy bueno” y “Bueno”) y SPMP (“Muy bueno”).

7.2 La Salud Percibida Positiva (SPP)

En el análisis de la influencia de las características de los cuatro grupos de variables (entorno social, morbilidad y discapacidad, estilo de vida y uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos) en la SPP se observa una relación de la mayoría de las variables independientes con la SPP, pero esta varía en función del bloque de variables considerado y el colectivo examinado.

En general, independientemente de la muestra o subgrupo considerado, se constata que un factor determinante de la SPP es la edad, que presenta una relación negativa con la valoración de la salud, salvo en los colectivos de personas de 50 años o más o en la población de jubilados donde en las personas de mayor edad, concretamente a partir de los 83 años, se observa una asociación positiva con la SPP. Sin embargo, en toda la muestra la valoración de la salud es negativa hasta los 49 años y a partir de esa edad deja de influir de forma significativa. Estos resultados son, en general, similares a los de estudios anteriores, excepto en el estudio de la Agencia de Evaluación

de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2001) y Fernández-Mayorales *et al* (2007), donde la edad no afecta a la SPP en las personas de 65 o más años, en el primero, mientras que en el segundo la salud empeora a mayor edad en el colectivo de 65 o más años. Los resultados obtenidos justifican el análisis de los determinantes que explican la valoración de la salud percibida en distintos grupos de edad por separado.

Aunque tanto para la muestra total como para los dos segmentos de edad estudiados (16 a 49 años y 50 o más años) no se encontraron diferencias en la valoración de la salud de varones y mujeres en la modelización multivariante, se han presentado modelos que expliquen la SPP para cada uno de los sexos debido a dos razones: por una parte las evidencias empíricas de que en la muestra de la ENS los varones tienen una mayor valoración de SPP y que en la regresión logística univariante se observa que el ser mujer afecta de forma negativa a la SPP, unido al hecho de que es bastante probable que las posibles diferencias que pudieran apreciarse entre varones y mujeres en el modelo para la muestra total estén recogidas a través de otros factores (de entorno social, morbilidad y discapacidad, estilo de vida o uso de servicios sanitarios), tal como se constató en el análisis de los modelos de varones y mujeres. Por otra parte, la literatura revisada sobre este tema pone de manifiesto evidencias encontradas, lo que aconseja profundizar en las diferencias entre mujeres y varones, salvo en el estudio de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2001) que afirma que no existen diferencias significativas en la SPP de varones y mujeres en base a un criterio estadístico que cuantifica la asociación entre las dos variables. Un razonamiento similar al anterior y al planteado en el capítulo 6 junto con la información específica sobre la dependencia funcional en las personas de 65 o más años de edad y del trabajo en la ENS-2006, justifica la necesidad de considerar el análisis de la salud percibida en la población de 65 años o más y en la población ocupada o trabajadora, respectivamente.

Un resultado destacable es que en todos los casos las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos junto con las variables de morbilidad y discapacidad (excepto tener restricciones de la actividad habitual

en las últimas dos semanas en el colectivo de varones) están muy relacionadas con la SPP, además el sentido de la relación es invariante para los distintos colectivos estudiados aunque con pequeñas diferencias en la intensidad. El sentido e intensidad de estos dos grupos de variables en la valoración de la salud percibida es compatible con el hallado en estudios previos basados en la Encuesta de Salud de España o en otras encuestas de salud percibida y refleja una vez más la estrecha relación de salud percibida con factores de morbilidad y utilización de servicios sanitarios.

Entre las variables de uso sanitario y consumo de medicamentos, esta última es la que ejerce una mayor mejora en la valoración de la salud de forma positiva cuanto menor sea el consumo de medicamentos. Asimismo, pero en menor intensidad, cuanto mayor es el tiempo transcurrido desde la última consulta médica se detecta una mayor asociación directa con la SPP, así como no ser hospitalizado o no usar el servicio de urgencias en los últimos 12 meses mejoran la valoración de salud. Estas relaciones, probablemente están indicando el estado de “bienestar” cotidiano en el entorno del individuo o la ausencia de problemas de salud en el individuo a corto y medio plazo.

Unido al anterior grupo de variables están las de morbilidad y discapacidad que también presentan una alta asociación, en sentido e intensidad, con la SPP independientemente del colectivo considerado. En particular, tener una enfermedad crónica con o sin limitaciones perjudica, en general, la valoración de SPP. Esta influencia negativa es un poco mayor en los varones que en las mujeres y menor en las personas de 65 años o más, frente a la muestra total o los segmentos de edad de 16 a 49 años y de 50 o más años. Un comportamiento similar, aunque con menor relevancia, se observa en la influencia de la valoración de la salud mental en la percepción de la salud de forma positiva y además, el efecto negativo sobre la SPP de nuevo es ligeramente menor en los mayores de 65 años y en las mujeres. Las variables de limitación de actividades cotidianas a medio plazo y restricciones de actividad habitual en las últimas 2 semanas son también características que perjudican la valoración de la salud aunque con igual o menor intensidad que las anteriores, excepto en el colectivo de varones que no presenta diferencias

significativas en la SPP respecto a las restricciones de actividad en las 2 últimas semanas. Estas variables y su relación con la SPP están reflejando el aumento de la disposición y capacidad de convivir con problemas crónicos de salud y limitaciones conforme aumenta la edad y entre las mujeres.

En la influencia o asociación de las variables de entorno social y estilos de vida en la SPP se constata que no hay, en general, coincidencia en la relación de estas características con la valoración de salud positiva en los grupos analizados y en aquellos factores que influyen simultáneamente, la intensidad de la relación varía según el segmento de la población considerado. Además, al contrario de lo que ocurría con las variables de morbilidad y uso de servicios sanitarios, los resultados obtenidos no siempre son similares a los obtenidos en estudios realizados anteriormente debido, entre otras razones, a cómo se han definido las variables en los distintos estudios (consumo de alcohol, clase social y horas que descansa), a que en estudios anteriores no se han considerado algunas variables (índice de masa corporal y comunidad autónoma) o no se disponía de información sobre ellas (nivel de satisfacción con el trabajo) que si se han considerado en este estudio.

En relación con los factores de entorno social, en primer lugar, se observa que a medida que aumenta el nivel de estudios de la persona mejora la valoración de SPP tanto para la muestra total como para cualquier muestra de los colectivos estudiados. En segundo lugar, al igual que con el nivel de estudios, cuanto mayor es la clase social a la que pertenece el individuo mayor es la valoración de la salud percibida de forma positiva.

En la gran mayoría de los estudios consultados, en particular en el informe de la OMS sobre determinantes sociales de la salud (2003), se reconoce que el nivel de estudios y la clase social del individuo son factores relevantes en la valoración de la salud percibida. En las estimaciones de los modelos multivariantes de SPP para el caso de las personas de 65 o más años se observa que la clase social influye sobre la valoración de salud percibida. Sin embargo, en estos modelos los valores observados no se ajustan bien a los valores esperados, cuestionando así la capacidad explicativa del modelo. Esta falta de ajuste es debida a que la clase social en la ENS-2006 se obtiene a

partir de la última ocupación del adulto seleccionado según la Clasificación Nacional de Ocupaciones de 1994 (CNO 94) y en este tramo de edad podría no ser el mejor indicador sobre todo a medida que aumenta esta. En consecuencia, en el grupo de las personas de 65 o más años se ha considerado como indicador de la clase social los ingresos mensuales familiares, puesto que es una medida más estable y actual, junto con el nivel de estudios, para situar socialmente a estas personas. En este colectivo se ha observado que a mayores ingresos familiares mensuales mejor SPP. Además, en el grupo de personas de 65 o más años, vivir sólo es un factor específico que beneficia la SPP, lo cual puede estar reflejando que las personas que se mantienen en situación de autonomía e independencia valoran mejor su salud independientemente de que reciban apoyo o ayuda de familiares u organismos sociales. En España, entre las personas de 65 o más años que viven solas predominan las mujeres a pesar de que valoren peor su salud percibida (Rueda *et al* (2008)). En la muestra de mujeres la clase social afecta en el mismo sentido que en otros colectivos a la SPP pero en la clase social más alta no se detectan diferencias estadísticamente significativas, ello puede ser debido al pequeño porcentaje de mujeres en esta categoría (inferior al 7%), de hecho, aunque los resultados no se muestran, al agrupar la clase social I y II en una única categoría las diferencias son significativas.

En el colectivo de mujeres el no sentirse discriminada provoca un efecto beneficioso en la valoración de la salud lo que refleja la existencia de situaciones cotidianas y estructurales de discriminación de las mujeres frente a los varones las cuales afectan a cómo se sienten, en múltiples facetas, y en particular como perciben su salud.

En la figura 7.1 se presenta el efecto, positivo/negativo (+/-), de la comunidad autónoma de residencia del individuo en la valoración de la salud percibida en los distintos escenarios analizados. En general, no se aprecian diferencias importantes en las comunidades autónomas salvo en Galicia y Murcia, ya que en la primera de estas comunidades, en todos los análisis se constata que residir en ella empeora la SPP frente a Andalucía. En la Comunidad de Murcia, siendo esta peor varía según el colectivo y en particular

en el colectivo de hombres y en el de personas de 50 o más años no se aprecian diferencias significativas respecto a la comunidad de referencia. Hay otras comunidades que presentan diferencias, en sentido positivo o negativo, en dos o más colectivos, como son La Rioja, Ceuta y Melilla, Extremadura, Comunidad Valenciana y Cantabria.

Figura 7. 1. SPP en las comunidades autónomas según el colectivo analizado.

C. Autónoma (Andalucía)	Pobla. general	16-49 años	50 o más años	65 o más años	Trabaja	Varones	Mujeres
Aragón							
Asturias							
Baleares							+
Canarias							
Cantabria				-	-		
C. y León							
C.La Mancha							
Cataluña				-			
C.Valenciana	-		-				
Extremadura			-	-			
Galicia	-	-	-	-	-	-	-
Madrid							
Murcia	-	-		-	-		-
Navarra							
P. Vasco							
La Rioja	+		+				+
Ceuta y Melilla	+	+					+

Las diferencias que se observan entre comunidades autónomas son difíciles de explicar ya que, por una parte, en estudios previos o bien no se ha considerado este factor o si se ha considerado se hace desde un análisis descriptivo, salvo en el trabajo de Rodríguez-Sanz et al (2006) que analiza las desigualdades geográficas en salud y concluye que las comunidades autónomas que presentan peores resultados en salud son Galicia, Canarias, Extremadura y Andalucía. Esos resultados no son muy similares a los

obtenidos en este estudio. Por otra parte, los distintos efectos de la comunidad autónoma de residencia en la SPP, pueden ser debidos a diversos factores que no han sido incluidos en los modelos y que están interrelacionados entre sí como condiciones socioeconómicas, climáticas, ambientales, geográficas, modelo de sistema sanitario, etc.

En consecuencia, esta situación aconseja realizar un estudio más pormenorizado por comunidades autónomas para lo cual sería deseable contar, junto con la Encuesta Nacional de Salud de España, con la información de las Encuestas de Salud de las comunidades autónomas ya que estas contienen características específicas de su realidad social, geográfica y sanitaria.

En el grupo de variables de estilo de vida se constata que los hábitos que se adoptan en la vida cotidiana están vinculados con el nivel de salud percibido de las personas en consonancia a lo constatado en estudios anteriores. Así, descansar lo suficiente con las horas de sueño, el realizar actividad física, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, o el tener sobrepeso son factores que afectan a la SPP pero no todos en el mismo sentido y con igual intensidad.

En general, las personas que manifiestan descansar lo suficiente con las horas que duermen valoran su salud de forma positiva, siendo esta valoración mayor a medida que aumenta la edad y mejor en los varones que en las mujeres. Esto indica que aquellos que descansan lo suficiente se encuentran en disponibilidad de llevar a cabo su vida cotidiana de forma positiva e independientemente del número de horas de descanso. Asimismo, salvo para las personas de 16 a 49 años de edad, realizar ejercicio físico en el tiempo libre proporciona una mejor SPP, además este beneficio se incrementa conforme aumenta la edad de las personas lo cual es debido a que a medida que presentan mayor edad es más necesario el ejercicio físico porque tienen mayor riesgo de padecer alguna enfermedad (respiratoria, ósea, problema circulatorio o cardiovascular). Aunque en los colectivos de varones y mujeres también es un factor beneficioso la intensidad de mejor SPP es similar entre ambos grupos.

Respecto al consumo de tabaco, a pesar de que es un elemento nocivo para la salud que conlleva enfermedades, el 29,5% declara ser fumador (35,3% de los varones y 23,9% de las mujeres). Sin embargo, el efecto de ser fumador en la SPP sólo es perjudicial en la muestra total, en las personas de 16 a 49 años de edad y en el colectivo de varones, en este último grupo ser exfumador también empeora la SPP. Este comportamiento de la influencia del consumo de tabaco es debido, entre otras razones, a que conforme aumenta la edad el consumo de tabaco es menor (37,6% en el grupo de 16 a 49 años frente al 16,9% en el grupo de 50 años o más) y el abandono del hábito de fumar es creciente. Además, entre los varones exfumadores la influencia negativa en la SPP puede ser debida a que el dejar de fumar esté asociado con enfermedades o problemas respiratorios. Estos resultados son consistentes con la mayoría de estudios previos (Hernan *et al* (2004), Cayuela *et al* (2007), etc.)

Al contrario de lo que ocurre con el consumo de tabaco, se constata que el consumo de alcohol tiene un efecto positivo en la valoración de la salud en los casos de la muestra total, el segmento de edad entre 16 y 49 años y en el grupo de los varones; además, en el colectivo de las mujeres se aprecia que, aquellas mujeres que consumen alcohol de forma habitual tienen mejor SPP que aquellas que lo consumen ocasionalmente o no lo consumen. Estos resultados son contradictorios con los obtenidos en la mayoría de los estudios (Del Llano Señaris (2006), Rodríguez-Sanz *et al* (2006) y Hernan *et al* (2004)) en los que se pone de manifiesto que cuanto mayor es el consumo de alcohol peor es la valoración del estado de salud, aunque también se reconoce que el consumo de alcohol en pequeñas dosis puede tener un efecto beneficioso para la salud. Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio son coincidentes con el estudio de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2001), en el sentido de que el consumo de alcohol mejora la salud. Podría sospecharse que este resultado se debe a la construcción de la variable "Consumo de alcohol en los últimos doce meses", para descartar esta posibilidad se ha probado con otras definiciones de la variable. Concretamente, entre los consumidores de forma habitual se definieron distintos tipos de consumidores según el número de veces que se consumió y el tipo de bebida

que se ha consumido. Respecto al primer criterio se detectaron a los que declaran haber consumido al menos tres veces una o más bebidas, que representan el 7% de la muestra, y respecto al tipo de bebida se diferenciaron entre los consumidores de bebidas fermentadas y no destiladas (35,7%) y los de bebida fermentadas y destiladas (12,7%). Todas las pruebas realizadas corroboran la relación positiva entre el consumo de alcohol y la SPP. Por razones de sencillez y de gastos de libertad del modelo se ha optado por presentar la variable que recoge las tres categorías ya mencionadas: No consumo, Consumo Ocasional y Habitual.

En general, aunque se espera que el consumo de alcohol se encuentre asociado a peor salud y a un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad, los resultados obtenidos aquí pueden ser debidos a las dos razones siguientes: en primer lugar, el empeoramiento de la SPP entre los que no han consumido alcohol en los últimos 12 meses puede estar indicando que estas personas tengan una enfermedad o problema de salud. Y en segundo lugar, en España el hábito de consumo de alcohol se desarrolla en las actividades sociales y de ocio que pueden proporcionar a la persona una mejor percepción de la salud.

Por último, al analizar el efecto del sobrepeso y la obesidad en la valoración de la salud percibida se observa que ser obeso influye negativamente en la SPP en los modelos estimados excepto para las personas de 50 o más años y en el colectivo de varones, mientras que el tener sobrepeso no afecta a la valoración de salud en ningún colectivo. Teniendo en cuenta que la prevalencia de la obesidad es del 13,8% lo cual supone un serio problema de salud en España, ya que padecerla aumenta el riesgo de tener numerosas enfermedades, cabe preguntarse por las razones de la falta de influencia en los varones y en las personas de 50 o más años. El hecho de que la obesidad no presente asociación con la SPP en estos dos colectivos puede ser debido a que con la edad aumenta el peso y se ve como “normal” un exceso de peso en el que realmente subyace un sobrepeso o un obesidad en grado bajo, un razonamiento similar se puede hacer en el colectivo de varones unido a que no están tan preocupados por su IMC o no sufren las mismas transformaciones biológicas que las mujeres, lo que significa una menor

incidencia de esta dimensión en la SPP. Es necesario clarificar, para valorar el efecto real de la obesidad y el sobrepeso en la SPP, que el IMC en la ENS-2006 viene definido en cuatro categorías para las personas de 16 o más años (Normopeso/pesoinsuficiente, sobrepeso, obesidad y No consta), esto supone que no se conoce cual es el efecto del pesoinsuficiente en la SPP y además cuando se analiza la influencia del sobrepeso y la obesidad en la SPP se hace comparándolo con Normopeso/pesoinsuficiente.

Figura 7. 2. Factores que influyen en la SPP según el colectivo analizado.

	Pobla. general	16-49 años	50 o más años	65 o más años	Trabaja	Varones	Mujeres
Entorno Social							
Edad							
Mayor clase social	+	+	+		+	+	+
Mayores ingresos				+			
Mayor nivel de estudios	+	+	+	+	+	+	+
Vivir sólo				+			
No sentirse discriminada							+
Morbilidad y discapacidad							
No tener enfermedad crónica con o sin limitaciones	+	+	+	+	+	+	+
No tener limitaciones a medio plazo	+	+	+	+	+	+	+
No tener limitaciones a corto plazo	+	+	+	+	+		+
Buena salud mental	+	+	+	+	+	+	+
No presentar dependencia funcional				+			
No tener dificultades auditivas					+		
Estilo de vida							
No ser fumador	+	+				+	
Consumo alcohol	+	+				+	+
Descansar lo suficiente	+	+	+	+	+	+	+
Realizar actividad física en tiempo libre	+		+	+	+	+	+
No ser obeso	+	+			+		+
Nivel alto de satisfacción con el trabajo					+		
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos							
Mayor tiempo hasta consulta médica	+	+	+	+	+	+	+
No hospitalizado	+	+	+	+	+	+	+
No usar urgencias	+	+	+	+	+	+	+
Menor nº de medicamentos consumidos	+	+	+	+	+	+	+

Finalmente, en la figura 7.2, se presentan los factores influyentes en la valoración de la salud percibida positiva según el escenario poblacional considerado y que se han ido comentando y explicando en los párrafos anteriores. En esta figura, independientemente de la intensidad de asociación de cada característica con la SPP, se pone de manifiesto la verificación o cumplimiento de la hipótesis de trabajo planteada en esta investigación, es decir, la salud percibida tiene un carácter multidimensional de forma que está estrechamente vinculada con diversos factores que afectan a la salud de las personas y de la población.

7.3 La Salud Percibida Positiva (SPP) y la Salud Percibida Muy Positiva (SPMP)

Antes de iniciar los comentarios y discusión de los resultados en las dos graduaciones de salud percibida positiva, es necesario recordar que los modelos estimados de SPP y SPMP son obtenidos a partir de los modelos de salud positiva, comentados en el epígrafe anterior, y pretenden evaluar el impacto o efecto de los factores en las dos valoraciones positivas de salud percibida. Además, los resultados no se comparan con estudios anteriores ya que no se han encontrado en la literatura de la salud percibida trabajos que aborden los dos grados de salud percibida.

En los estudios realizados de la relación de las características de los cuatro grupos de variables (entorno social, morbilidad y discapacidad, estilo de vida y uso servicios sanitarios y consumo de medicamentos) con las dos graduaciones de valoración positiva de la salud, SPP y SPMP, se observa una influencia de la mayoría de las variables independientes con las valoraciones positivas de la salud, pero esta se comporta de forma distinta según el bloque de variables considerado y el colectivo examinado, tal como ocurría en los análisis de SPP, y del mayor o menor nivel de valoración positiva de la salud.

En general, independientemente de la muestra o colectivo considerado, se observa que las características de entorno social, excepto la comunidad

autónoma de residencia, explican ambas valoraciones de la salud percibida positiva con igual sentido y pequeñas o similares variaciones en intensidad. Un comportamiento beneficioso, en sentido y relevancia, se presenta para la característica de vivir sólo en el grupo de personas de 65 o más años. Respecto a la relación de la comunidad autónoma de residencia con las dos graduaciones de salud se constata que la valoración de SPMP es menor o igual que la de SPP en la mayoría de las comunidades autónomas para los distintos escenarios poblacionales considerados. En particular, en el tramo de edad de 50 o más años, los habitantes de las comunidades de Madrid, La Rioja y Comunidad Valenciana presentan mayor SPMP que SPP. Estos resultados, por una parte, avalan la importancia de factores como la edad, la clase social y los estudios en la valoración del estado de salud. Por otra parte, el impacto o influencia de la comunidad autónoma en las valoraciones de salud positiva reafirman la necesidad de realizar un estudio más detallado teniendo en cuenta información específica de cada una de ellas que no aporta la ENS.

En todos los análisis empíricos realizados se observa que las variables de morbilidad explican ambas valoraciones de la salud percibida positiva, aunque no con la misma intensidad o relevancia. En concreto, en casi todos los colectivos, la valoración de SPMP es menor o igual que la de SPP en no presentar una enfermedad crónica con limitaciones o sin limitaciones, en tener buena salud mental y en no tener limitaciones de actividades cotidianas en los últimos 6 meses. En el colectivo de 65 o más años es importante destacar que la no presencia de dependencia funcional afecta de forma beneficiosa y similar relevancia a ambas valoraciones de salud; sin embargo, en este colectivo, la valoración de SPMP, a diferencia de la SPP, no está explicada por la salud mental y la limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses. Este último factor tampoco influye en la SPMP en el grupo de las personas que trabajan.

En el grupo de variables de estilos de vida es donde se constatan mayores cambios en los dos grados de salud percibida positiva. En primer lugar, la valoración de SPMP, en contraste a la SPP, no está explicada por el consumo de alcohol en los últimos 12 meses en los análisis realizados en la

muestra total, en el segmento de edad de 16 a 49 años y en el grupo de varones. En este último colectivo, el hábito de fumar no influye en la SPMP pero sí en la SPP de forma perjudicial. En segundo lugar, en los estudios realizados en las personas de 50 o más años, en las de 65 o más, en la población trabajadora y en el colectivo de mujeres, el descansar lo suficiente con las horas que duerme no está asociado con la SPMP mientras que sí afecta de forma beneficiosa a la SPP.

En tercer lugar, la influencia del IMC en cada uno de los grados de salud positiva varía según se presente sobrepeso u obesidad, excepto en los grupos de 50 años o más, 65 años o más y varones, tal y como se observó en la SPP. En particular, en la muestra total, el tener sobrepeso u obesidad explica ambas valoraciones de la salud percibida positiva pero es más perjudicial presentar obesidad; sin embargo, entre las personas de 16 y 49 años y en el colectivo de trabajadores, ser obeso influye negativamente en la SPP y la SPMP mientras que tener sobrepeso afecta negativamente a la valoración de SPMP pero no a la de SPP. Por el contrario, en la muestra de mujeres, se constata que tener sobrepeso está asociado negativamente con las dos valoraciones positivas de salud, y la valoración de SPP está explicada por la obesidad pero no la de SPMP. Estos resultados pueden estar mostrando una mayor sensibilidad de las personas que declaran su salud percibida como muy positiva, a los problemas que conlleva un exceso de peso, pero también pueden ser consecuencia de la categoría de referencia en el IMC ya que la influencia del sobrepeso y la obesidad en ambos grados de salud positiva se analiza comparándolo con Normopeso/pesoinsuficiente.

Por último, entre el grupo de hábitos de vida, realizar ejercicio físico en el tiempo libre mejora, con igual o similar intensidad, las valoraciones de los dos grados de salud percibida positiva en aquellos grupos que presentaba asociación con la SPP.

Con relación al grupo de variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos se constata la estrecha vinculación con los dos grados de nivel de salud percibido aunque no siempre con la misma intensidad. Así, la valoración de SPMP, a diferencia de la SPP, no está explicada por la

hospitalización en los últimos 12 meses y la utilización del servicio de urgencias en los últimos 12 meses en todos los colectivos estudiados, salvo en los tramos de edad de 50 años o más y 65 años o más que presentan una asociación, en el mismo sentido e intensidad, con ambas valoraciones de salud positiva. Además, en la muestra de varones el uso del servicio de urgencias en los últimos 12 meses no afecta a la SPMP pero sí a la SPP, mientras que en la muestra de mujeres no haber sido hospitalizada influye en la SPP pero no en la SPMP. Estos resultados, en ambas graduaciones de salud, pueden estar reflejando la gravedad del problema de salud por ser hospitalizado o acudir al servicio de urgencias, ya que es de esperar que a mayor edad sea más necesario la hospitalización o el uso de urgencias debido a mayores complicaciones de salud o enfermedad.

En referencia al consumo de medicamentos en las últimas dos semanas se observa que a menor consumo de medicamentos mejor SPP y SPMP, pero la valoración de la SPMP es menor o igual que la de la SPP independientemente del colectivo analizado. Asimismo, el tiempo desde la última consulta médica está asociado con ambos grados de salud positiva de forma que cuanto mayor es el tiempo transcurrido mejora la valoración de la salud y esta mejora de SPMP es menor o igual que en la SPP.

En definitiva, los factores que explican las dos graduaciones de salud positiva causan diferencias entre estos dos grados de salud y estas fundamentalmente son debidas a la zona geográfica donde vive la persona, a la edad, los problemas de salud a través del uso de los servicios sanitarios y a las variables de hábitos de vida. En este último grupo de variables, los distintos resultados pueden ser debido a las diferencias reflejadas en los colectivos estudiados en el análisis de SPP o también a las categorías establecidas en las variables consumo de alcohol, hábito de fumar e IMC. A pesar de la dificultad que entraña justificar alguna de las diferencias entre la valoración de SPP y SPMP e independientemente de la intensidad de asociación de cada factor con los dos grados de salud positiva, se pone de manifiesto las distintas facetas que engloba la salud percibida como medida de la salud de la población y de diversos colectivos tal como se constato en el estudio de la SPP.

Conclusiones y futuras líneas de investigación

A. Conclusiones

El principal objetivo de esta tesis ha sido caracterizar los distintos determinantes de la salud de la población española de 16 o más años de edad, utilizando como indicador de salud la valoración de la salud percibida de los individuos. Para ello se han planteado varios estudios empíricos utilizando la Encuesta Nacional de Salud del año 2006, y a través de ellos se ha perseguido estudiar las siguientes cuestiones: identificar los factores determinantes de la salud percibida en la población de 16 o más años de edad, analizar en qué medida y cómo afecta la edad en los determinantes de la valoración de la salud percibida y estudiar cómo los factores que afectan a la salud percibida son modificados en el caso de los jubilados, ocupados, varones y mujeres. En todos los análisis se han considerado dos graduaciones de salud percibida positiva (SPP y SPMP).

Mediante el análisis empírico se ha constatado la hipótesis de trabajo planteada en esta investigación, es decir, que la salud percibida es un indicador integral de salud que abarca distintas dimensiones y que está relacionado con diversos tipos de factores (sociodemográficos, geográficos, de morbilidad e incapacidad, de estilos de vida y de uso de servicios sanitarios) que afectan a la salud objetiva de la población. En consecuencia, se ha observado que la valoración de la SPP (Salud percibida positiva) y SPMP (Salud percibida Muy Positiva) no sólo depende de las características físicas y biológicas del individuo, sino que también depende de características de morbilidad y limitación de la actividad, del estilo y hábitos de vida, del uso de los servicios sanitarios y consumo de medicamentos, y del entorno social y geográfico. Además, estos factores no son excluyentes entre sí, ya que están interrelacionados y representan la visión de la salud de las personas de la población que están inmersas en una sociedad con sus desigualdades y distintos hábitos de vida.

A continuación se resumen los resultados más relevantes de los análisis empíricos:

- La edad de las personas es un factor influyente en la salud percibida cuya asociación varía según la muestra considerada de forma que a mayor edad peor salud, salvo en la población de 50 años o más, donde las personas de más de 82 años tienen mejor salud percibida que aquellas que tienen entre 50 y 82 años. Estos resultados justifican la necesidad de estudiar la valoración de la salud percibida en distintos tramos de edad.
- Cuánto mayor es el nivel de estudios de las personas mejor es la valoración de salud percibida positiva en sus dos graduaciones, independientemente de la muestra o colectivo considerado.
- La clase social a la que pertenece la persona es un factor invariante en la asociación con la SPP y SPMP, excepto en el tramo de edad de 65 o más años, de forma que a mayor clase social mejor valoración de la salud. En el colectivo de las personas de 65 o más años, a medida que son mayores los ingresos familiares mensuales mejoran ambas graduaciones de salud positiva y con similar intensidad.
- Se han encontrado diferencias en la salud percibida de varones y mujeres a partir de la elaboración de modelos separados ya que en la muestra total no se encontraron diferencias. En la población de varones hay dos factores específicos que explican la SPP que son: el no ser fumador y tener una edad inferior a los 43 años. Por el contrario, en la población de mujeres los factores específicos que explican ambas valoraciones de salud positiva son: el no tener limitaciones a corto plazo (común a la población de 16 o más años de edad), no sentirse discriminada y no presentar obesidad.
- La zona o comunidad autónoma de residencia de la población es un factor que explica la SPP. En particular, se observa que los residentes en Galicia tienen peor valoración de SPP independientemente de la población considerada y en Murcia

también tienen menor valoración, excepto en la población de 50 o más años de edad y el colectivo de varones. En las dos graduaciones de salud se constata que la valoración de SPMP es menor o igual que la de SPP en la mayoría de las comunidades autónomas para los distintos colectivos estudiados.

- El grupo de variables de morbilidad presenta una alta asociación, en sentido e intensidad con la SPP. En particular, no tener enfermedad crónica con o sin limitaciones, tener buena salud mental y no haber tenido limitaciones a corto y medio plazo son factores que mejoran la valoración de la salud percibida en todos los estudios realizados, salvo en la muestra de varones en la que tener restricciones de la actividad habitual en las últimas 2 semanas no explica la SPP. La valoración de SPMP es menor o igual que la de SPP para todas estas variables, excepto para la limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses, que no explica la SPMP en los colectivos de los que trabajan y de 65 o más años, y en la salud mental que no está asociada con la SPMP en las personas de 65 años o más.
- Las variables de uso de servicios sanitarios y consumo de medicamentos también están fuertemente relacionadas con la valoración de la salud percibida. Así, cuánto menor es el consumo de medicamentos en las últimas 2 semanas mejor es la valoración de SPP y esta es mayor o igual que la de SPMP. Por otra parte la valoración de SPP aumenta a medida que es mayor el tiempo transcurrido desde la última consulta, no ser hospitalizado y no utilizar el servicio de urgencias. Sin embargo, la valoración de SPMP no está explicada por las variables hospitalización y uso de servicio de urgencias en los últimos 12 meses, salvo en las personas de 50 o más años de edad que presentan igual valoración de SPMP y SPP.
- El hábito de descansar lo suficiente con las horas que uno duerme mejora la SPP en todos los grupos estudiados, pero sólo

mejora la SPMP en toda la muestra, en el grupo de varones y en el grupo de los de menor edad. Por otra parte, realizar ejercicio físico en el tiempo libre mejora las valoraciones de SPP y SPMP, y estas valoraciones son mayores a medida que aumenta la edad de las personas, excepto en el tramo de edad de 16 a 49 años en el que la actividad física en el tiempo de ocio no explica la salud percibida.

- El efecto del hábito de fumar empeora las valoraciones de los dos grados de salud positiva en la muestra total y en los menores de 50 años, mientras que en el colectivo de varones sólo afecta a la SPP de forma perjudicial. Por el contrario, el consumo de alcohol en los últimos 12 meses es un factor que afecta a la SPP, excepto en las personas de 50 o más años y en el colectivo de ocupados, pero no afecta a la valoración de la SPMP, ni en la muestra total ni en los colectivos de varones, mujeres y los más jóvenes.
- El efecto del exceso de peso en cada uno de los grados de salud positiva es perjudicial y varía según se considere tener sobrepeso u obesidad en todos los estudios realizados, excepto en los varones y en las personas mayores de 50 o más años de edad, para los cuales este factor no afecta a las valoraciones de salud percibida positiva. En concreto, aquellas personas que presentan obesidad empeoran la valoración de SPP.
- En el grupo de personas de 65 o más años de edad hay cuatro factores específicos que mejoran las valoraciones de SPP y SPMP, ambas con igual intensidad, que son: no tener algún tipo de dependencia funcional, mayores ingresos familiares mensuales, vivir solo y tener más de 82 años (común a la población de 50 o más años de edad).
- En el colectivo de ocupados hay dos factores exclusivos que explican la salud percibida: no tener dificultades auditivas y tener

un nivel alto de satisfacción con el trabajo que realiza mejora la valoración de SPP y SPMP, ambas con la misma intensidad.

- Las dos valoraciones de salud percibida positiva (SPP y SPMP) ponen de manifiesto que la valoración de la salud percibida es la expresión de dos facetas que engloba distintas dimensiones: la primera está formada por los distintos problemas de salud o enfermedad que la persona ha vivido y vive en la actualidad, y la segunda por la disponibilidad o capacidad de vivir cotidianamente en su entorno social con unas actitudes y hábitos saludables ante diversos problemas y a medida que aumenta la edad.
- La Encuesta Nacional de Salud de España, junto con las Encuestas de Salud de las comunidades autónomas, es un medio que permite evaluar los factores que afectan a la salud de la población y cómo estos van evolucionando, lo cual le convierte en un buen instrumento para plantear y diseñar líneas de actuación que favorezcan la salud en la población española y en colectivos específicos.

B. Futuras líneas de investigación

En el trabajo de investigación desarrollado se han estudiado las posibilidades que ofrece la ENS del año 2006 como instrumento para analizar el estado de salud desde un enfoque multidimensional y considerando indicadores de los que no se disponía información hasta la realización de esta encuesta. Se ha planteado una metodología para estudiar y caracterizar el estado de salud de una población y los dos grados de salud percibida positiva y se han presentados distintos resultados de la valoración del estado de salud percibido en función de otros factores para la población de 16 o más años de edad y para subpoblaciones específicas. Sin embargo, dado que la senda establecida en distintas instituciones (Unión Europea, Ministerio de Sanidad y Consumo y comunidades autónomas) es ir coordinando y reunificando los

determinantes de la salud y los indicadores de salud sería muy interesante trabajar en las siguientes líneas: En aquellas comunidades autónomas que tienen encuestas de salud propias (Cataluña, Comunidad Valenciana, País Vasco, Galicia, etc.) sería recomendable obtener y comparar los resultados de los modelos con ambas encuestas ya que así se pueden obtener resultados más específicos que pueden ayudar a vislumbrar cuáles son las raíces que subyacen en la valoración de la salud percibida en una comunidad autónoma. Un caso particular es Galicia que independientemente del colectivo o población considerada siempre presenta menor riesgo de salud percibida positiva.

En la línea desarrollada en esta investigación, sería interesante abordar estudios de los factores que influyen en la valoración del estado de salud en otros colectivos específicos como enfermos de larga evolución, incapacitados, entre las personas que tienen a su cargo otras personas, etc. Estos microestudios permitirán mejorar nuestro conocimiento sobre los factores que afectan al estado de salud y con qué intensidad influyen.

Por último, desde el punto de vista estadístico, se hace necesario profundizar en técnicas para muestras complejas que nos permitan reducir la información minimizando los sesgos. Esto permitirá considerar información relativa a la alimentación, a las prácticas preventivas o características de la vivienda, que tal y como está realizado el diseño muestral no se pueden considerar sin introducir sesgos en la variabilidad explicada.

REFERENCIAS

- Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) (2001): "Análisis comparativo de la Encuesta Nacional de Salud. Año 1997". Ed. *Instituto de Salud Carlos III*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid.
- Anderson, J. A. (1984): "Regression and ordered categorical variables". *Journal of the Royal Statistical Society; Series B* 46:1-30.
- Archer J. y Lemeshow S. (2006): "Goodness-of-fit test for a logistic regression model fitted using survey sample data". *The stata Journal*; 1: 97-105.
- Armstrong, B., Sloan, M. (1989): "Ordinal regression models for epidemiologic data". *American Journal Epidemiologic*; 129:191-204.
- Artazcoz, L., Moya, C., Vanaclocha, H., Pont, P. (2004): "La salud de las personas adultas". *Gaceta Sanitaria*; 18(Supl1): 56-68.
- Artazcoz, L. (2007): "Trabajo y salud desde una perspectiva de género y clase social". *Revista vasca de sociología y ciencia política*; 44: 215-228.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J.R., Abanades, J.C., García,N., Alvear,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*; 76:683-699
- Bellon J.A., Delgado A, Luna del Castillo J.D. y Lardelli, P. (1996): "Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar". *Atención Primaria*; 18(6): 289-96.
- Barroso, I., Cañizares, M. y Lera, L. (2002): "Influencia de la estructura de los datos en la selección de los métodos de análisis estadísticos". *Revista Española Salud Pública*; 76:95-103.
- Blaxter, M. (1990): *Health and lifestyles*. Routledge, London.
- Bowling, A. (1994): *La medida de la salud. Revisión de escalas de medida de la calidad de vida. Cuestionario de salud general (General Health Questionnaire, GHQ)*. Masson.
- Borrel, C., García-Calvente, M., Martí-Bosca, J. (2004): "La salud pública desde la perspectiva de género y clase social". *Gaceta Sanitaria*; 18(S1):2-6.
- Borrel, C. y Artazcoz, L. (2008): "Las Desigualdades de Género en Salud: Retos para el futuro". *Revista Española de Salud Pública*; 82:245-249.

Referencias

- Cañizares, M., Barroso, I., Alfonso, A., García, R., Alfonso, K., Chang, M., Bonet, M., León, E.M. (2004): "Estimaciones usadas en diseños muestrales complejos: aplicaciones en la encuesta de salud cubana del año 2001". *Revista Panamericana Salud Publica*; 15(3):176-84.
- Castro, A., Espinosa, I., Rodríguez, P., Santos, P. (2007): "Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población Española". *International Journal of Clinical and Health Psychology* ; 7:883-898.
- Cayuela, A., Rodríguez-Domínguez, S y Otero, R. (2007): "Deterioro de la calidad de vida relacionada con la salud en fumadores varones sanos". *Archivos de Bronconeumología*; 43:59-63.
- Colomer Revuelta, C., Álvarez-Dardet Díaz, C. (2001): *Promoción de la salud y cambio social*. Ed. Masson.
- Crossley, T., Kennedy, S. (2002): "The reliability of self-assessed health status". *Journal of Health Economics*; 21:643-658.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1992): *Políticas and strategies to promote equity in health*. Copenhagen, Who Regional Office for Europe.
- Del Llano Señaris. Fundación Gaspar Casal (2007): *Los españoles frente a la salud y sus determinantes*. Editado por Forum Sanefi-Aventis.
- Dever, G. (1977): "Epidemiological Model for Health Policy Analysis". *Social Indicators Research*; 2:453-466.
- Domingo-Salvany A, Regidor E, Alonso J, et al. Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2000): "Una propuesta de medida de la clase social". *Atención Primaria*; 25 (5): 350-63.
- Evans, T., Whitehead, M., Dideerichsen, F., Bhuiya, A., Wirth, M. (2001): *Desafío a la falta de Equidad en Salud: de la ética a la acción*. Pan American Health Org.
- Fernández-Mayorales, G. (Dir.) (2007): "El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores". *Informe Portal Mayores*; 74.
- Fielding, R., Li, J. (1997): "A validation of the concept of current perceived health and the Current Perceived Health-42 (CPH-42) questionnaire". *Quality of Life Research*; 6:35-42.

- Fienberg, S.E. (1980): *The Analysis of Cross-Classified Categorical Data*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Frutos, J. y Royo, M.A. (2006): *Salud Pública y Epidemiología*. Ed. Díaz de Santos.
- Fylkesnes, K., Forde, O. (1992): "Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of Health". *Social Science and Medicine*; 35:271-279.
- Gameroff, M.J. (2005): "Using the proportional odds model for health-related outcomes: Why, when and how with various SAS procedures". Cary, NC: SAS Publishing, BBU Press.
- García Mainar, I. (2000): "Estado de salud, situación laboral y salarios en España". *Cuadernos Aragoneses de Economía*; 10(1):233-246.
- Goldberg, D. (1972): *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gonzalo, E. y Pasarin, M. I. (2004): "La salud de las personas mayores". *Gaceta Sanitaria*; 18(1): 69-80.
- Hernán, M., Fernández, A. y Ramos, M. (2004): "La salud de los jóvenes". *Gaceta Sanitaria*; 18:47-55.
- Hosmer, D. y Lemeshow, S. (2000): *Applied logistic regression*. 2ª edición, J.Wiley.
- Idler EL y Benyamini Y. (1997): "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies". *Journal of Health & Social Behavior* ; 38:21-37.
- Idler, E.L. y Kasl S.V. (1995): "Self ratings of health: do they also predict change in functionality?". *Journal of Gerontology: Social Sciences*; 508:S344-S353.
- Instituto Nacional de Estadística (2008a): *Encuesta Nacional de Salud 2006. Metodología Detallada*. <http://www.ine.es>.
- Instituto Nacional de Estadística (2008b): *Panel de hogares de la Unión Europea (PHOGUE). Eurostat (1991-2001)*. <http://www.ine.es>.
- Kaplan G.A. y Camacho T. (1983): "Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory cohort". *American Journal of Epidemiology*; 117:292-304.
- Krause N.M. y Jay G.M. (1994): "What do global self-rated health items measure?" *Medical Care*, 32(9):930-942.

Referencias

- Laframboise, H. L. (1973): "Health policy: breaking the problem down into more manageable segments. *Canadian Medical Association Journal*; 108:388-391.
- Lalonde, M. A. (1981): "A new perspective on the health of Canadians: a working document". Ottawa: Minister of Supply and Services Canada.
- Long, J.S. (1997): *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables, Vol. 7 of Advanced Quantitative Techniques in The Social Sciences*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Long, J.S., Freese J. (2006): *Regression Models for Categorical Dependent Variables Using Stata*. Stata Press.
- Maldonado, G., Greenland, S. (1993): "Simulation study of confounder-selection strategies". *American Journal of Epidemiology*; 138:923-936
- Martínez-González M.A., Sánchez Villegas A., Faulin Fajardo J. (2006): *Bioestadística Amigable*. Ed. Díaz de Santos, 2ª edición.
- McCullagh, P. (1980): "Regression models for ordinal data". *Journal of the Royal Statistical Society*; 42:109-142.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Metodología*. (2008a)
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Cuestionario de Adultos*. (2008b).
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Encuesta Nacional de Salud de España 2006. Cuestionario del Hogar*. (2008c)
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2006/>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud*. (2007)
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/reIndicNCLASNS.pdf>

- Ministerio de Sanidad y Consumo. *Indicadores de salud 2005. La salud de la Población Española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud.*(2005)
<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/nivelSalud.htm>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública, Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. (2002): *Encuesta Nacional de Salud de España 2001*. Madrid
- Ministerio de Sanidad y Consumo (1986): *Organización Mundial de la Salud. Los objetivos de la Salud para todos. Objetivos de la estrategia regional europea de la Salud para todos*. Madrid
- Naciones Unidas, (1946): *Constitution of the World Health Organization*. Genova, United Nations.
- Organización Panamericana de la Salud (2005): *Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas*. Organización Panamericana de la Salud.
- Oviedo-Joekes, E., March, J. C., Ramos, M. J., Ballesta, R., Prieto, M. A. (2005): “Percepción del estado de salud y utilización de servicios sanitarios por parte de las personas internas en una prisión andaluza, 1999”. *Revista Española de Salud Pública*; 79 (1):35-46
- Patrick, D.L. y Bergner, M. (1990): “Measurement of health status in the 1990s”. *Annual Review of Public Health*, 11:165-83.
- Péruña de Torres, L.A.; Martínez de la Iglesia, J.; Ruíz Moral, R. et al. (1995): “Variables relacionadas con el estado de salud autopercebido : estudio poblacional”. *Atención primaria*; 16(6): 323-329.
- Peterson, B. y Harrell, F. E. (1990): “Partial proportional odds models for ordinal response variables”. *Applied Statistics*; 39: 205-217.
- Piédrola Gil, G. et al. (2003): *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 10ª edición, Ed. Masson. Barcelona.
- Powers, D., Xie, Y. (2000): *Statistical methods for categorical data analysis*. Ed. Academic Press.
- Prieto-Flores, M., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardiés-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K. et al.(2008): “Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como

- dominio de calidad de vida de las personas mayores en la Comunidad de Madrid: 2005". *Revista Española de Salud Pública*; 82 (3):301-313.
- Robine, J.M., Jagger, C. y Egidi, V. (2000): "Selection of a coherent Set of Health Indicators. Final Draft. A first Step Towards A User's Guide to Health Experiences for the European Union". Euro-REVES (Francia).
- Rodríguez-Sanz, M., Carrillo, P., Borrel, C. (2006): *Desigualdades Sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las comunidades autónomas, 1993-2003*. Agencia de Salud Pública de Barcelona.
- Rueda, S., Artazcoz, L., Navarro, V. (2008): "Health inequalities among the elderly in western Europe". *Journal of Epidemiology and Community Health*; 62: 492-498.
- Sánchez-Cantalejo Ramírez, E. (2000): *Regresión logística en salud pública*. Escuela Andaluza de Salud Pública . Monografías nº 26.
- Sanders, B. S. (1964): "Measuring community health levels". *American Journal Public Health*; 54:1063-70.
- San Martín, H. (1988): *Ecología humana y salud. El hombre y su ambiente*. 2ª edición, La Prensa Médica Mexicana
- Salleras Sanmartí, L. (1990): *Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones*. Ed.. Díaz de Santos.
- Schnittker, J. (2004): "Age and the Shifting Signification of Self-Rated Health". Conference. *Population Association of American Annual Meetings*.
- Schnittker, J. (2004): "Education and the Changing Shape of the Income Gradient in Health". *Journal of Health and Social Behavior*; 45:286-305.
- Séculi, E., Fusté, J., Brugulat, P. et al. (2001): "Health self-perception in men and women among the elderly". *Gaceta Sanitaria*; 15:217-223.
- SESPAS (2000): *La salud pública ante los desafíos de un nuevo siglo. Informe Sespas 2000*. Ed. Escuela Andaluza de Salud Pública-SESPAS, Carlos Álvarez Dardet y Salvador Peró.
- SESPAS (2004): *La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Informe Sespas 2004*. Ed. Carme Borrel, María del Mar García-Calvente y José Vicente Martí-Boscá.
- Silva AyÇaguer LC, Barroso Utra IM. (2004): *Regresión logística*. Ed. La Muralla S.A.

- Simon, J. G., De Boer, J. B., Joung, I.M., Mackenbach, J.P. (2005): "How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health". *European Journal of Public Health*; 15(2):200-208.
- Smilkstein, G. (1978): "The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians". *Journal of Family Practice*; 6: 1231-9.
- Sullivan, D. F. (1971): "A single index of mortality and morbidity". *HSMHA Health Reports*; 86:347-54.
- Taghrid, A., Balsam, A., Samer, R., Tanja, P., Kenneth, D., Wasim, M. (2007): "Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East". *BMC Public health*; 7:177.
- Terris, M. (1987): *La revolución epidemiológica y la medicina social*. Ed. Siglo XXI, Mexico.
- Vittinghoff E, Glidden D, Shiboski S, McCulloch C. (2005): *Regression Methods in Biostatistics*. Ed. Springer.
- Wang, J., Smith, W., Cumming, R., Mitchell, P. (2006): "Variables Determining Perceived Global Health Ranks: Findings from a Population-based Study". *Annals Academy of Medicine*; 35:190-197.
- Ware, J.E. (1987): "Standards for validating health measures: definition and content". *Journal of Chronic Disease*; 40(6):473-480.
- World Health Organisation (2003): *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Copenhagen, WHO
- Zimmer, Z., Natividad, J., Lin H., Chayovan, N. (2000): "A Cross-national Examination of the Determinants of Self-assessed Health". *Journal of Health and Social Behavior*; 41:465-481.

ANEXOS

ANEXO 1.

Tabla A1.1. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP.

Población: 16 años o más.

	Distribución (%)	Prevalencia de la SPP (%)	OR	p-valor
Estado de Salud percibido		66,6		
Entorno Social				
Edad				***
16 a 23 años	11,0	88,0	13,952	***
24 a 28 años	9,0	82,0	8,715	***
29 a 33 años	10,6	80,9	8,117	***
34 a 39 años	10,9	78,4	6,922	***
40 a 43 años	8,6	74,0	5,443	***
44 a 49 años	10,7	67,8	4,031	***
50 a 56 años	9,7	60,4	2,910	***
57 a 64 años	10,0	50,9	1,982	***
65 a 73 años	10,3	44,5	1,530	***
74 o más años	9,1	34,3	1,000	
Sexo				
Varón	49,1	72,6	1,725	***
Mujer	50,9	60,6		
Clase social				***
Clase I	8,4	81,7	3,394	***
Clase II	9,3	75,2	2,309	***
Clase III	23,0	69,4	1,728	***
Clase IV	41,2	64,5	1,386	***
Clase V	18,2	56,7	1,000	
Estudios				***
Analfabeto o sin estudios	11,3	36,1	0,124	***
Primarios y secundarios de 1º ciclo	43,4	60,9	0,342	***
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	28,3	78,0	0,778	***
Universitarios	17,0	82,0	1,000	
Situación laboral				***
Trabaja	51,6	77,1	2,713	***
No trabaja	48,4	55,3	1,000	
Comunidad Autónoma				***
Aragón	2,9	70,4	1,160	0,08
Asturias	2,5	62,5	0,813	*
Baleares	2,3	71,6	1,229	*
Canarias	4,4	68,0	1,034	0,75
Cantabria	1,3	71,6	1,226	*
C. y León	5,7	71,0	1,193	0,05
Castilla La Mancha	4,3	66,2	0,955	0,61
Cataluña	16,0	65,9	0,942	0,41
Comunidad Valenciana	10,7	63,1	0,834	*
Extremadura	2,4	62,8	0,821	0,08
Galicia	6,4	54,6	0,586	***
Madrid	13,5	70,2	1,145	0,10
Murcia	3,0	62,0	0,796	**
Navarra	1,3	68,5	1,057	0,54

Tabla A1.1. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP.
Población: 16 años o más (continuación).

P. Vasco	4,9	71,2	1,202	0,07
La Rioja	0,7	76,0	1,542	***
Ceuta y Melilla	0,3	67,2	0,999	0,99
Andalucía	17,4	67,2	1,000	
Vive sólo				
Sí	7,0	54,0	0,567	***
No	93,0	67,5	1,000	
En el hogar hay personas que necesitan cuidados ***				
Sí y se ocupa	14,8	73,7	1,363	***
Sí y no se ocupa	16,6	56,8	0,639	***
No	68,6	67,3	1,000	
Se ocupa de las tareas del hogar ***				
Sí, solo	29,5	57,5	0,571	***
Sí, compartido	29,6	70,6	1,012	0,81
No	40,9	70,3	1,000	
Función familiar ***				
Buena	87,8	67,7	1,000	
Moderada-Grave	6,2	54,3	0,568	***
NC	5,9	62,4	0,793	**
Sentirse discriminado				
Sí	5,3	58,5	0,692	***
No	94,7	67,1		
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses ***				
Enfermedad con limitaciones	23,8	25,6	0,024	***
Enfermedad sin limitaciones	47,8	70,9	0,173	***
Sin enfermedad	28,4	93,4	1,000	
Salud mental ***				
Buena	73,0	75,2	1,000	
No Buena	19,8	37,0	0,194	***
NC	7,2	60,2	0,494	***
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses				
Sí	23,2	25,4	0,090	***
No	76,8	79,0		
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas				
Sí	14,8	35,3	0,212	***
No	85,2	72,0	1,000	
Accidente, últimos 12 meses				
Sí	10,4	54,8	0,574	***
No	89,6	67,9	1,000	
Dificultades auditivas				
No	88,7	69,4	2,862	***
Sí	11,3	44,2	1,000	
Dificultades visuales				
No	94,9	68,2	3,752	***
Sí	5,1	36,3	1,000	
Estilo de vida				
Consumo tabaco ***				
Fumador	29,5	71,5	1,365	***
Exfumador	20,5	63,5	0,944	0,18
Nunca	50,0	64,8	1,000	

Tabla A1.1. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP.
Población: 16 años o más (continuación).

Consumo alcohol en últimos 12 meses ***				
No	31,4	55,9	0,566	***
Habitual	48,4	72,4	1,170	**
Ocasional	20,2	69,1	1,000	
Descansa lo suficiente con las horas que duerme				
Sí	77,4	71,1	2,373	***
No	22,6	50,9	1,000	
Actividad física en tiempo libre				
Sí	60,6	69,6	1,390	***
No	39,4	62,2		
Actividad física en actividad principal ***				
Sentado la mayor parte de la jornada	35,1	64,6	0,663	***
De pie la mayor parte de la jornada y sin realizar grandes esfuerzos	47,8	65,5	0,689	***
Desplazamientos frecuentes o realizando grandes esfuerzos	17,2	73,4	1,000	
Índice de masa corporal () ***				
Normopeso/Peso insuficiente	44,0	74,6	1,000	
Sobrepeso	33,7	66,1	0,665	***
Obesidad	13,8	52,1	0,371	***
NC	8,5	50,2	0,344	***
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos				
Tiempo desde la última consulta médica ***				
4 semanas o menos	38,4	48,0	0,103	***
Más de 4 semanas y menos de 1 año	44,6	73,5	0,310	***
1 año o más	17,0	90,0		
Hospitalización en los últimos 12 meses				
Sí	14,7	39,2	0,260	***
No	85,3	71,3	1,000	
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses				
Sí	29,5	51,8	0,404	***
No	70,5	72,7	1,000	
Tiempo desde la última consulta al dentista o estomatólogo ***				
3 meses o menos	17,5	66,8	1,076	0,11
Más de 3 y menos de 12 meses	20,3	70,4	1,272	***
1 año o más	62,2	65,2		
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas ***				
Ninguno	33,7	89,1	22,300	***
Uno	29,1	75,2	8,243	***
Dos	16,0	55,7	3,415	***
Tres o más	21,2	26,9	1,000	
n=29.478				
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001				

Tabla A1.2. Modelo de salud percibida positiva. Población: 16 años o más.

	OR	IC(95%)
Entorno Social		
edad (74 o más años)		
16 a 23 años	3,170 ***	(2,377 , 4,228)
24 a 28 años	2,167 ***	(1,619 , 2,901)
29 a 33 años	2,345 ***	(1,846 , 2,978)
34 a 39 años	2,010 ***	(1,610 , 2,511)
40 a 43 años	1,718 ***	(1,369 , 2,156)
44 a 49 años	1,384 **	(1,132 , 1,693)
50 a 56 años	1,067	(0,870 , 1,307)
57 a 64 años	1,009	(0,844 , 1,206)
65 a 73 años	1,010	(0,857 , 1,191)
Clase social (Clase V)		
Clase I	1,674 ***	(1,308 , 2,141)
Clase II	1,425 ***	(1,157 , 1,755)
Clase III	1,366 ***	(1,171 , 1,593)
Clase IV	1,171 *	(1,024 , 1,338)
Estudios (Universitarios)		
Analfabeto o sin estudios	0,426 ***	(0,340 , 0,534)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,606 ***	(0,505 , 0,728)
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,845	(0,703 , 1,015)
Comunidad Autónoma (Andalucía)		
Aragón	0,984	(0,804 , 1,203)
Asturias	0,995	(0,775 , 1,276)
Baleares	1,272	(0,983 , 1,645)
Canarias	0,906	(0,698 , 1,177)
Cantabria	0,796	(0,630 , 1,005)
C. y León	0,959	(0,751 , 1,226)
Castilla La Mancha	0,863	(0,688 , 1,083)
Cataluña	0,907	(0,742 , 1,108)
Comunidad Valenciana	0,772 *	(0,630 , 0,946)
Extremadura	0,821	(0,622 , 1,084)
Galicia	0,579 ***	(0,485 , 0,692)
Madrid	0,956	(0,778 , 1,174)
Murcia	0,649 ***	(0,521 , 0,810)
Navarra	0,961	(0,763 , 1,211)
P. Vasco	1,224	(0,949 , 1,579)
La Rioja	1,524 *	(1,090 , 2,132)
Ceuta y Melilla	1,501 **	(1,108 , 2,034)
Morbilidad y discapacidad		
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)		
Enfermedad con limitaciones	0,152 ***	(0,125 , 0,186)
Enfermedad sin limitaciones	0,420 ***	(0,351 , 0,502)
Salud mental (Buena)		
NC	0,709 **	(0,548 , 0,917)
No Buena	0,469 ***	(0,418 , 0,526)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)		
Sí	0,379 ***	(0,333 , 0,431)

Tabla A1.2. Modelo de salud percibida. Población: de 16 años o más (continuación).

Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)	
Sí	0,781 ** (0,673 , 0,906)
Estilo de vida	
Consumo tabaco (Nunca fumó)	
Fumador	0,836 ** (0,740 , 0,943)
Exfumador	0,951 (0,845 , 1,070)
Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)	
No	0,840 * (0,729 , 0,967)
Habitual	1,092 (0,959 , 1,243)
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)	
Sí	1,591 *** (1,424 , 1,777)
Actividad física en tiempo libre (No)	
Sí	1,222 *** (1,106 , 1,350)
Índice de masa corporal (Normopeso/Peso insuficiente)	
Sobrepeso	0,976 (0,875 , 1,088)
Obesidad	0,790 ** (0,679 , 0,920)
NC	0,908 (0,757 , 1,088)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos	
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)	
4 semanas o menos	0,560 *** (0,467 , 0,670)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,679 *** (0,568 , 0,811)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)	
Sí	0,604 *** (0,527 , 0,692)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)	
Sí	0,682 *** (0,613 , 0,758)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)	
Ninguno	3,477 *** (2,957 , 4,088)
Uno	2,506 *** (2,199 , 2,855)
Dos	1,702 *** (1,500 , 1,932)
Constante	4,917 *** (3,265 , 7,406)
n=28293, F de Wald =68,18 p=0,000	
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov =0,505 p=0,872	
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001	

Tabla A1.3. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP.. Población de 16 a 49 años de edad.

	Distribución (%)	Prevalencia de la SPP (%)	OR	p-valor
Estado de Salud percibido	100	78,6		
Entorno Social				
Edad				***
16 a 23 años	18,1	88,0	3,461	***
24 a 28 años	14,8	82,0	2,162	***
29 a 33 años	17,4	80,9	2,013	***
34 a 39 años	17,9	78,4	1,717	***
40 a 43 años	14,2	74,0	1,350	***
44 a 49 años	17,6	67,8	1,000	***
Sexo				
Varón	51,2	82,6	1,636	***
Mujer	48,8	74,4		
Clase social				
Clase I	9,2	87,3	2,847	***
Clase II	10,1	83,1	2,046	***
Clase III	22,5	81,6	1,843	***
Clase IV	41,3	77,1	1,398	***
Clase V	16,8	70,7	1,000	
Estudios				
Analfabeto o sin estudios/Primarios y secundarios de 1º ciclo	41,0	72,7	0,474	***
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	37,6	81,5	0,782	**
Universitarios	21,5	84,9	1,000	
Situación laboral				
Trabaja	68,6	80,1	1,314	***
No trabaja	31,4	75,4	1,000	
Comunidad Autónoma				
Aragón	2,7	81,9	1,188	0,24
Asturias	2,2	79,0	0,987	0,93
Baleares	2,4	81,1	1,129	0,36
Canarias	4,9	78,0	0,931	0,59
Cantabria	1,2	82,8	1,269	0,08
C. y León	5,2	85,3	1,522	*
Castilla La Mancha	4,3	81,3	1,145	0,37
Cataluña	15,8	78,6	0,964	0,73
Comunidad Valenciana	10,9	75,5	0,809	0,06
Extremadura	2,4	78,9	0,986	0,93
Galicia	5,7	70,1	0,617	***
Madrid	13,9	79,0	0,989	0,93
Murcia	3,3	73,5	0,730	**
Navarra	1,3	79,7	1,033	0,81
P. Vasco	4,5	81,5	1,162	0,30
La Rioja	0,7	87,8	1,902	***
Ceuta y Melilla	0,3	81,2	1,138	0,48
Andalucía	18,3	79,2	1,000	

Tabla A1.3. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Población de 16 a 49 años de edad (continuación).

En el hogar hay personas que necesitan cuidados ***				
Sí y se ocupa	23,0	75,2	0,722	***
Sí y no se ocupa	15,1	75,3	0,722	***
No	61,9	80,8	1,000	
Se ocupa de las tareas del hogar ***				
Sí, sólo	23,7	70,0	0,474	***
Sí, compartido	33,5	79,2	0,775	***
No	42,7	83,1	1,000	
Función familiar ***				
Buena	88,7	79,5	1,000	
Moderada-Grave	5,7	66,3	0,508	***
NC	5,6	77,1	0,866	0,23
Sentirse discriminado				
Sí	7,0	64,0	0,450	***
No	93,3	79,8		
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses ***				
Enfermedad con limitaciones	16,9	40,3	0,041	***
Enfermedad sin limitaciones	43,2	79,3	0,234	***
Sin enfermedad	39,8	94,2	1,000	
Salud mental ***				
Buena	76,0	84,8	1,000	
No Buena	17,4	53,5	0,206	***
NC	6,6	73,6	0,501	***
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses				
Sí	16,1	40,0	0,108	***
No	83,9	86,0		
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas				
Sí	13,1	50,7	0,213	***
No	86,9	82,8	1,000	
Accidente, últimos 12 meses				
Sí	10,9	68,2	0,539	***
No	89,1	79,9	1,000	
Dificultades auditivas				
No	94,3	79,6	2,274	***
Sí	5,7	63,1	1,000	
Estilo de vida				
Consumo tabaco ***				
Fumador	37,6	75,8	0,683	***
Exfumador	16,8	75,4	0,666	***
Nunca	45,6	82,1	1,000	
Consumo alcohol en últimos 12 meses ***				
No	25,8	73,8	0,836	*
Habitual	49,9	81,9	1,341	***
Ocasional	24,2	78,6	1,000	
Descansa lo suficiente con las horas que duerme				
Sí	76,3	82,7	2,574	***
No	23,7	65,1	1,000	

Tabla A1.3. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP.
Población de 16 a 49 años de edad (continuación).

Actividad física en tiempo libre				
Sí	59,2	80,8	1,349	***
No	40,8	75,8		
Actividad física en actividad principal				

Sentado la mayor parte de la jornada	33,9	81,3	1,205	*
De pie la mayor parte de la jornada y sin realizar grandes esfuerzos	44,9	76,8	0,916	0,19
Desplazamientos frecuentes o realizando grandes esfuerzos	21,2	78,3	1,000	
Índice de masa corporal (I)				

Normopeso/Peso insuficiente	55,2	81,0	1,000	
Sobrepeso	29,9	78,7	0,868	*
Obesidad	10,0	66,7	0,470	***
NC	5,0	75,0	0,704	**
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos				
Tiempo desde la última consulta médica				

4 semanas o menos	30,0	62,9	0,140	***
Más de 4 semanas y menos de 1 año	48,8	82,3	0,383	***
1 año o más	21,2	92,4		
Hospitalización en los últimos 12 meses				
Sí	12,3	54,4	0,261	***
No	87,7	82,1	1,000	
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses				
Sí	30,9	66,2	0,368	***
No	69,1	84,2	1,000	
Tiempo desde la última consulta al dentista o estomatólogo				
				0,20
3 meses o menos	18,5	76,9	0,879	0,08
Más de 3 y menos de 12 meses	23,2	78,8	0,981	0,76
1 año o más	58,3	79,1		
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas				

Ninguno	44,9	90,5	14,826	***
Uno	32,8	79,7	6,078	***
Dos	12,8	63,6	2,712	***
Tres o más	9,5	39,2	1,000	
n=15.220				
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001				

Tabla A1.4. Modelo de salud percibida positiva. Población de 16 a 49 años de edad.

	OR	IC(95%)
Entorno Social		
edad (44 a 49 años)		
16 a 23 años	2,219 ***	(1,702 , 2,892)
24 a 28 años	1,559 ***	(1,217 , 1,997)
29 a 33 años	1,666 ***	(1,340 , 2,073)
34 a 39 años	1,419 ***	(1,177 , 1,711)
40 a 43 años	1,230 *	(1,017 , 1,487)
Clase social (Clase V)		
Clase I	1,709 **	(1,230 , 2,374)
Clase II	1,641 ***	(1,228 , 2,193)
Clase III	1,533 ***	(1,227 , 1,914)
Clase IV	1,308 **	(1,085 , 1,578)
Estudios (Universitarios)		
Analfabeto o sin estudios/Primarios y Secundarios de 1 ^a ciclo	0,658 ***	(0,518 , 0,836)
Secundarios de 2 ^o ciclo y Postsecundarios	0,868	(0,692 , 1,089)
Comunidad Autónoma (Andalucía)		
Aragón	1,017	(0,757 , 1,365)
Asturias	1,203	(0,852 , 1,699)
Baleares	1,386	(0,985 , 1,950)
Canarias	1,054	(0,767 , 1,450)
Cantabria	0,805	(0,572 , 1,134)
C. y León	0,961	(0,648 , 1,423)
Castilla La Mancha	0,925	(0,667 , 1,283)
Cataluña	1,013	(0,766 , 1,339)
Comunidad Valenciana	0,814	(0,622 , 1,064)
Extremadura	0,957	(0,634 , 1,446)
Galicia	0,696 **	(0,546 , 0,888)
Madrid	0,916	(0,701 , 1,196)
Murcia	0,595 ***	(0,457 , 0,775)
Navarra	0,862	(0,640 , 1,162)
P. Vasco	1,282	(0,920 , 1,786)
La Rioja	1,165	(0,741 , 1,832)
Ceuta y Melilla	1,796 *	(1,144 , 2,821)
Morbilidad y discapacidad		
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)		
Enfermedad con limitaciones	0,160 ***	(0,126 , 0,203)
Enfermedad sin limitaciones	0,390 ***	(0,317 , 0,481)
Salud mental (Buena)		
NC	0,563 **	(0,398 , 0,796)
No Buena	0,483 ***	(0,414 , 0,564)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)		
Sí	0,374 ***	(0,312 , 0,448)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)		
Sí	0,759 **	(0,621 , 0,928)
Estilo de vida		
Consumo tabaco (Nunca fumó)		
Fumador	0,793 **	(0,676 , 0,929)
Exfumador	0,889	(0,746 , 1,060)

Tabla A1.4. Modelo de salud percibida positiva. Población de 16 a 49 años de edad (continuación)

Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)		
No	0,795 *	(0,658 , 0,960)
Habitual	1,097	(0,932 , 1,292)
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)		
Sí	1,427 ***	(1,235 , 1,648)
Índice de masa corporal (Normopeso/Peso insuficiente)		
Sobrepeso	1,051	(0,907 , 1,217)
Obesidad	0,695 **	(0,552 , 0,874)
NC	0,821	(0,575 , 1,172)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos		
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)		
4 semanas o menos	0,598 ***	(0,467 , 0,766)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,729 **	(0,576 , 0,922)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,568 ***	(0,468 , 0,689)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,727 ***	(0,631 , 0,836)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)		
Ninguno	3,236 ***	(2,563 , 4,086)
Uno	2,437 ***	(1,967 , 3,021)
Dos	1,573 ***	(1,256 , 1,969)
Constante		
	7,179 ***	(4,404 , 11,703)
n=14814, F de Wald =38,58 p=0,000		
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov =0,932 p=0,496		
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001		

Tabla A1.5. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Población de 50 años o más.

	Distribución (%)	Prevalencia de la SPP (%)	OR	p-valor
Estado de Salud percibido		47,7		
Entorno Social				
Edad				***
50 a 56 años	24,8	60,4	2,625	***
57 a 64 años	25,6	50,9	1,787	***
65 a 72 años	21,2	45,0	1,409	***
73 a 82 años	21,7	35,5	0,948	0,61
83 o mas años	6,7	36,7	1,000	***
Sexo				
Varón	45,8	55,3	1,754	***
Mujer	54,2	41,3		
Clase social (Clase V)				***
Clase I/Clase II	14,9	64,2	2,857	***
Clase III	23,8	51,0	1,660	***
Clase IV	40,9	44,3	1,268	***
Clase V	20,4	38,6	1,000	
Estudios (Universitarios)				***
Analfabeto o sin estudios	24,0	29,9	0,163	***
Primarios y secundarios de 1º ciclo	52,2	46,9	0,338	***
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	13,8	63,2	0,655	***
Universitarios	10,1	72,4	1,000	
Situación laboral				***
Trabaja	25,0	64,0	2,433	***
No trabaja	75,0	42,2	1,000	
Comunidad Autónoma (Andalucía)				***
Aragón	3,3	56,0	1,493	***
Asturias	3,0	43,5	0,905	0,44
Baleares	2,0	54,4	1,401	*
Canarias	3,7	47,2	1,051	0,76
Cantabria	1,4	56,9	1,553	***
C. y León	6,6	53,7	1,362	**
Castilla La Mancha	4,3	42,8	0,880	0,29
Cataluña	16,2	46,8	1,032	0,76
Comunidad Valenciana	10,4	43,1	0,888	0,29
Extremadura	2,4	37,6	0,707	**
Galicia	7,3	35,8	0,656	***
Madrid	12,9	55,4	1,457	***
Murcia	2,5	38,8	0,745	*
Navarra	1,4	52,1	1,276	*
P. Vasco	5,4	57,7	1,606	**
La Rioja	0,7	59,2	1,708	***
Ceuta y Melilla	0,2	39,0	0,750	0,16
Andalucía	16,0	46,0	1,000	
Vive sólo				
Si	12,3	42,8	0,799	***
No	87,7	48,4	1,000	

Tabla A1.5. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Población de 50 años o más (continuación).

En el hogar hay personas que necesitan cuidados ***				
Sí	20,9	35,2	0,522	***
No	79,1	51,0	1,000	
Se ocupa de las tareas del hogar **				
Sí, solo	38,6	45,5	0,909	0,07
Sí, compartido	23,4	51,3	1,114	*
No	38,0	47,9	1,000	
Función familiar ***				
Buena	86,5	48,8	1,000	
Moderada-Grave	7,1	39,2	0,677	***
NC	6,5	42,8	0,785	*
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses ***				
Enfermedad con limitaciones	34,4	14,3	0,022	***
Enfermedad sin limitaciones	54,9	60,6	0,205	***
Sin enfermedad	10,7	88,3	1,000	
Salud mental (Buena) ***				
Buena	68,2	58,4	1,000	
No Buena	23,5	18,1	0,157	***
NC	8,3	43,4	0,545	***
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)				
Sí	34,2	14,6	0,092	***
No	65,8	64,9		
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)				
Sí	17,5	17,3	0,177	***
No	82,5	54,2	1,000	
Accidente, últimos 12 meses				
Sí	9,6	31,4	0,469	***
No	90,4	49,4	1,000	
Dificultades auditivas				
No	80,0	50,7	1,840	***
Sí	20,0	35,8	1,000	
Dificultades visuales				
No	91,0	49,8	2,712	***
Sí	9,0	26,7	1,000	
Estilo de vida				
Consumo tabaco (fumó) ***				
Fumador	16,9	56,7	1,729	***
Exfumador	26,3	51,7	1,410	***
Nunca	56,7	43,1	1,000	
Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional) ***				
No	40,0	37,9	0,672	***
Habitual	46,0	56,3	1,421	**
Ocasional	14,0	47,6	1,000	
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)				
Sí	79,2	53,6	3,357	***
No	20,8	25,6	1,000	
Actividad física en tiempo libre (No)				
Sí	62,7	52,9	1,759	***
No	37,3	39,0	1,000	

Tabla A1.5. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Población de 50 años o más (continuación).

Actividad física en actividad principal ***				
Sentado la mayor parte de la jornada	36,9	40,6	0,490	***
De pie la mayor parte de la jornada y sin realizar grandes esfuerzos	52,2	50,3	0,725	***
Desplazamientos frecuentes o realizando grandes esfuerzos	10,9	58,3	1,000	
Índice de masa corporal () ***				
Normopeso/Peso insuficiente	26,6	53,7	1,000	
Sobrepeso	39,7	51,2	0,906	0,10
Obesidad	19,8	40,6	0,589	***
NC	13,9	36,4	0,493	***
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos				
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más) ***				
4 semanas o menos	51,4	34,5	0,113	***
Más de 4 semanas y menos de 1 año	38,1	56,0	0,273	***
1 año o más	10,5	82,3		
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)				
Sí	18,5	23,5	0,271	***
No	81,5	53,2	1,000	
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)				
Sí	27,3	26,4	0,286	***
No	72,7	55,7	1,000	
Tiempo desde la última consulta al dentista o estomatólogo *				
3 meses o menos	15,9	48,6	1,081	0,24
Más de 3 y menos de 12 meses	15,8	51,3	1,203	*
1 año o más	68,3	46,7		
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más) ***				
Ninguno	16,2	83,1	17,100	***
Uno	23,4	65,4	6,590	***
Dos	20,9	48,0	3,220	***
Tres o más	39,5	22,3	1,000	
n=14.258				
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001				

Tabla A1.6. Modelo de salud percibida positiva. Población de 50 años o más.

	OR	IC(95%)
Entorno Social		
Edad (83 o mas años)		
50 a 56 años	0,652 **	(0,481 , 0,883)
57 a 64 años	0,641 **	(0,481 , 0,854)
65 a 72 años	0,636 **	(0,481 , 0,841)
73 a 82 años	0,597 ***	(0,449 , 0,794)
Clase social (Clase V)		
Clase I /Clase II	1,318 *	(1,025 , 1,695)
Clase III	1,220 *	(1,008 , 1,476)
Clase IV	1,021	(0,857 , 1,216)
Estudios (Universitarios)		
Analfabeto o sin estudios	0,321 ***	(0,234 , 0,440)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,485 ***	(0,365 , 0,645)
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,760	(0,559 , 1,033)
Comunidad Autónoma (Andalucía)		
Aragón	0,961	(0,729 , 1,267)
Asturias	0,863	(0,614 , 1,214)
Baleares	1,180	(0,847 , 1,645)
Canarias	0,710	(0,468 , 1,076)
Cantabria	0,762	(0,569 , 1,022)
Castilla y León	0,915	(0,663 , 1,263)
Castilla La Mancha	0,799	(0,567 , 1,127)
Cataluña	0,791	(0,593 , 1,056)
Comunidad Valenciana	0,729 *	(0,541 , 0,983)
Extremadura	0,673 *	(0,495 , 0,914)
Galicia	0,473 ***	(0,369 , 0,607)
Madrid	1,033	(0,764 , 1,398)
Murcia	0,770	(0,562 , 1,055)
Navarra	1,108	(0,821 , 1,496)
P. Vasco	1,170	(0,816 , 1,676)
La Rioja	1,859 **	(1,234 , 2,800)
Ceuta y Melilla	1,149	(0,656 , 2,012)
Morbilidad y discapacidad		
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)		
Enfermedad con limitaciones	0,146 ***	(0,102 , 0,209)
Enfermedad sin limitaciones	0,471 ***	(0,339 , 0,654)
Salud mental (Buena)		
NC	0,794	(0,576 , 1,094)
No Buena	0,434 ***	(0,365 , 0,518)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)		
Sí	0,374 ***	(0,316 , 0,443)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)		
Sí	0,796 *	(0,645 , 0,982)
Acidente (No)		
Sí	1,194	(0,914 , 1,558)
Estilo de vida		
Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)		
No	0,879	(0,706 , 1,096)
Habitual	1,066	(0,863 , 1,316)

Tabla A1.6. Modelo de salud percibida positiva. Población de 50 años o más (continuación).

Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)		
Sí	1,910	*** (1,615 , 2,259)
Actividad física en tiempo libre (No)		
Sí	1,404	*** (1,213 , 1,624)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos		
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)		
4 semanas o menos	0,483	*** (0,374 , 0,623)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,576	*** (0,445 , 0,745)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,657	*** (0,545 , 0,792)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,585	*** (0,495 , 0,693)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)		
Ninguno	4,019	*** (3,128 , 5,164)
Uno	2,504	*** (2,111 , 2,971)
Dos	1,811	*** (1,551 , 2,114)
Constante		
	8,127	*** (4,224 , 15,636)
n=13555, F de Wald =41,50 p=0,000		
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov =1,410 p=0,178		
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001		

ANEXO 2.

Tabla A2.1. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Modelo para la población de 65 años o más.

	Distribución (%)	Prevalencia de la SPP (%)	OR	p-valor
Estado de Salud percibido		39,7		
Entorno Social				
Edad				
65 a 82 años	86,4	40,2	1,158	0,13
83 o más años	13,6	36,7	1,000	
Sexo				
Varón	42,7	48,5	1,901	***
Mujer	57,3	33,1		
Clase social				***
Clase I/Clase II	12,0	57,4	2,878	***
Clase III	24,9	40,8	1,474	***
Clase IV	41,1	38,5	1,338	**
Clase V	12,0	31,8	1,000	
Ingresos mensuales familiares				***
Hasta 900 €	45,3	33,7	0,407	***
901-1200€	17,9	42,8	0,599	**
1201-1800€	13,3	44,3	0,638	**
Más de 1800€	8,6	55,5	1,000	
NC	14,8	40,5	0,546	***
Estudios				***
Analfabeto o sin estudios	37,1	28,8	0,214	***
Primarios y secundarios de 1º ciclo	49,7	41,8	0,381	***
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	7,2	59,1	0,765	0,16
Universitarios	6,1	65,4	1,000	
Comunidad Autónoma				***
Aragón	3,5	47,0	1,253	0,11
Asturias	3,1	34,7	0,750	0,12
Baleares	1,9	42,6	1,048	0,79
Canarias	3,4	40,2	0,952	0,80
Cantabria	1,4	48,9	1,355	0,06
C. y León	7,4	47,5	1,281	0,09
Castilla La Mancha	4,8	34,3	0,736	0,09
Cataluña	15,9	37,3	0,840	0,21
Comunidad Valenciana	10,3	37,0	0,830	0,23
Extremadura	2,7	28,9	0,574	***
Galicia	7,9	23,0	0,423	***
Madrid	12,0	47,4	1,273	0,11
Murcia	2,6	29,2	0,584	**
Navarra	1,4	43,4	1,082	0,62
P. Vasco	5,3	51,8	1,517	*
La Rioja	0,7	46,4	1,223	0,23
Ceuta y Melilla	0,2	34,9	0,758	0,27
Andalucía	15,7	41,4	1,000	

Tabla A2.1. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Modelo para la población de 65 años o más (continuación).

Vive sólo				
Si	18,6	38,6	0,942	0,33
No	81,4	40,0	1,000	
En el hogar hay personas que necesitan cuidados ***				
Sí	26,2	28,5	0,515	***
No	73,8	43,6	1,000	
Se ocupa de las tareas del hogar **				
Sí, solo	36,8	38,5	1,011	0,88
Sí, compartido	22,1	44,8	1,315	**
No	41,0	38,2	1,000	
Función familiar **				
Buena	84,2	41,1	1,000	
Moderada-Grave	8,2	32,0	0,674	**
NC	7,6	32,1	0,677	**
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses ***				
Enfermedad con limitaciones	38,1	12,1	0,024	***
Enfermedad sin limitaciones	55,6	53,4	0,204	***
Sin enfermedad	6,3	84,9	1,000	
Salud mental ***				
Buena	64,3	50,5	1,000	
No Buena	26,4	14,7	0,169	***
NC	9,4	36,1	0,553	***
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses				
Sí	40,8	13,4	0,113	***
No	59,2	57,8	1,000	
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas				
Sí	17,9	12,1	0,163	***
No	82,1	45,7	1,000	
Accidente, últimos 12 meses				
Sí	10,5	24,8	0,467	***
No	89,5	41,4	1,000	
Dificultades auditivas				
No	73,1	42,4	1,540	***
Sí	26,9	32,4	1,000	
Dificultades visuales				
No	87,1	41,8	2,080	***
Sí	12,9	25,7	1,000	
Presenta algún tipo de dependencia funcional				
Sí	48,6	22,6	0,230	***
No	51,4	56,0		
Estilo de vida				
Consumo tabaco ***				
Fumador	8,3	71,5	1,730	***
Exfumador	25,7	63,5	1,413	***
Nunca	66,0	64,8	1,000	
Consumo alcohol en últimos 12 meses ***				
No	47,6	31,9	0,705	**
Habitual	40,4	49,0	1,445	***
Ocasional	11,9	40,0	1,000	

Tabla A2.1. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Modelo para la población de 65 años o más (continuación).

Descansa lo suficiente con las horas que duerme				
Sí	81,6	44,5	3,407	***
No	18,4	19,1	1,000	
Actividad física en tiempo libre				
Sí	62,7	47,2	2,352	***
No	37,3	27,5		
Actividad física en actividad principal				
Sentado la mayor parte de la jornada	45,7	31,6	0,371	***
De pie la mayor parte de la jornada y sin realizar grandes esfuerzos	47,7	45,3	0,664	**
Desplazamientos frecuentes o realizando grandes esfuerzos	6,6	55,5	1,000	
Índice de masa corporal ()				
Normopeso/Peso insuficiente	23,7	44,1	1,000	
Sobrepeso	37,2	43,3	0,968	0,70
Obesidad	18,9	36,6	0,733	**
NC	20,2	30,8	0,564	***
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos				
Tiempo desde la última consulta médica				
4 semanas o menos	59,1	31,6	0,131	***
Más de 4 semanas y menos de 1 año	34,6	46,6	0,247	***
1 año o más	6,3	77,9	1,000	
Hospitalización en los últimos 12 meses				
Sí	21,6	19,9	0,301	***
No	78,4	45,2	1,000	
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses				
Sí	29,7	20,6	0,283	***
No	70,3	47,8	1,000	
Tiempo desde la última consulta al dentista o estomatólogo				
3 meses o menos	13,1	40,4	1,059	0,53
Más de 3 y menos de 12 meses	11,7	43,5	1,202	0,07
1 año o más	75,2	39,0	1,000	
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas				
Ninguno	8,4	77,9	13,660	***
Uno	18,3	65,7	7,400	***
Dos	22,6	47,1	3,440	***
Tres o más	50,7	20,5	1,000	
n=7.835				
* p<0,05, ** p<0,01,*** p<0,001				

Tabla A2.2. Modelo de salud percibida positiva. Modelo para la población de 65 años o más.

	OR	IC(95%)
Entorno Social		
Edad (83 o más años)		
65 a 82 años	0,546 ***	(0,418 , 0,713)
Ingresos mensuales familiares (Más de 1800€)		
Hasta 900€	0,521 ***	(0,362 , 0,750)
De 901 a 1200€	0,607 *	(0,409 , 0,900)
De 1201 a 1800€	0,630 *	(0,428 , 0,927)
NC	0,700	(0,456 , 1,076)
Vive sólo (No)		
Sí	1,193 *	(1,006 , 1,415)
Estudios (Universitarios/Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios)		
Analfabeto o sin estudios	0,442 ***	(0,328 , 0,595)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,634 **	(0,482 , 0,833)
Comunidad Autónoma (Andalucía)		
Aragón	0,800	(0,569 , 1,125)
Asturias	0,622	(0,383 , 1,011)
Baleares	1,035	(0,669 , 1,599)
Canarias	0,662	(0,377 , 1,163)
Cantabria	0,637 *	(0,428 , 0,950)
C. y León	0,792	(0,536 , 1,170)
Castilla La Mancha	0,693	(0,448 , 1,072)
Cataluña	0,546 **	(0,369 , 0,806)
Comunidad Valenciana	0,732	(0,483 , 1,107)
Extremadura	0,505 **	(0,336 , 0,760)
Galicia	0,299 ***	(0,214 , 0,418)
Madrid	0,964	(0,673 , 1,380)
Murcia	0,671 *	(0,451 , 0,998)
Navarra	0,951	(0,628 , 1,441)
P. Vasco	0,950	(0,580 , 1,556)
La Rioja	1,412	(0,899 , 2,219)
Ceuta y Melilla	1,169	(0,567 , 2,408)
Morbilidad y discapacidad		
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)		
Enfermedad con limitaciones	0,176 ***	(0,111 , 0,277)
Enfermedad sin limitaciones	0,488 ***	(0,321 , 0,739)
Salud mental (Buena)		
NC	0,920	(0,592 , 1,428)
No Buena	0,484 ***	(0,386 , 0,607)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)		
Sí	0,472 ***	(0,379 , 0,587)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)		
Sí	0,721 *	(0,538 , 0,967)
Presenta algún tipo de dependencia funcional (No)		
Sí	0,653 ***	(0,539 , 0,793)
Estilo de vida		
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)		
Sí	1,991 ***	(1,505 , 2,634)
Actividad física en tiempo libre (No)		
Sí	1,682 ***	(1,391 , 2,034)

Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos			
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)			
4 semanas o menos	0,458	***	(0,330 , 0,636)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,533	***	(0,383 , 0,741)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)			
Sí	0,701	**	(0,555 , 0,884)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)			
Sí	0,606	***	(0,494 , 0,744)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)			
Ninguno	4,070	***	(2,881 , 5,752)
Uno	3,036	***	(2,401 , 3,840)
Dos	2,024	***	(1,653 , 2,479)
Constante			
	11,760	***	(5,289 , 26,151)
n=7575, F de Wald =25,71 p=0,000			
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov =1,425 p=0,171			
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001			

Tabla A2.3. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Modelo para la población ocupada (continuación).

	Distribución (%)	Prevalencia de la SPP (%)	OR	p-valor
Estado de Salud percibido		66,6		
Entorno Social				
Edad				***
16 a 23 años	7,6	85,1	3,775	***
24 a 28 años	12,9	83,8	3,424	***
29 a 33 años	16,2	82,9	3,207	***
34 a 39 años	16,7	81,3	2,883	***
40 a 43 años	12,7	78,0	2,344	***
44 a 49 años	15,3	72,1	1,709	***
50 a 56 años	11,7	66,3	1,304	*
57 a 64 años	6,9	60,2	1,000	
Sexo				
Varón	59,4	80,0	1,484	***
Mujer	40,6	72,9	1,000	
Clase social				***
Clase I	10,4	86,5	2,755	***
Clase II	11,2	80,3	1,757	***
Clase III	24,1	79,0	1,627	***
Clase IV	38,2	75,4	1,320	***
Clase V	16,0	69,9	1,000	
Estudios				***
Analfabeto o sin estudios/Primarios y secundarios de 1º ciclo	40,5	70,5	0,425	***
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	35,3	79,5	0,690	***
Universitarios	24,2	84,9	1,000	
Comunidad Autónoma				***
Aragón	3,1	80,9	1,118	0,46
Asturias	2,1	78,8	0,983	0,92
Baleares	2,6	79,1	1,002	0,99
Canarias	4,3	76,3	0,852	0,29
Cantabria	1,2	81,4	1,158	0,33
C. y León	5,1	79,1	1,001	1,00
Castilla La Mancha	4,1	78,1	0,942	0,68
Cataluña	17,4	77,0	0,883	0,28
Comunidad Valenciana	11,3	73,7	0,740	*
Extremadura	2,0	77,0	0,884	0,52
Galicia	5,8	69,3	0,598	***
Madrid	14,7	78,4	0,958	0,72
Murcia	3,0	72,9	0,710	**
Navarra	1,5	78,2	0,947	0,69
P. Vasco	4,9	78,9	0,992	0,96
La Rioja	0,7	86,4	1,675	*
Ceuta y Melilla	0,2	78,8	0,986	0,94
Andalucía	15,8	79,1	1,000	
En el hogar hay personas que necesitan cuidados				*
Sí y se ocupa	19,0	73,7	0,973	0,67
Sí y no se ocupa	14,1	56,8	0,782	**
No	66,9	67,3	1,000	

Tabla A2.3. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Modelo para la población ocupada (continuación).

Se ocupa de las tareas del hogar ***				
Sí, solo	19,7	69,7	0,628	***
Sí, compartido	36,5	79,5	1,050	0,43
No	43,8	78,6	1,000	
Función familiar ***				
Buena	89,0	77,7	1,000	
Moderada-Grave	5,4	68,1	0,613	***
NC	5,6	76,9	0,957	0,72
Sentirse discriminado				
Sí	6,2	65,7	0,543	***
No	93,8	77,9		
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses ***				
Enfermedad con limitaciones	16,8	37,6	0,039	***
Enfermedad sin limitaciones	47,2	78,4	0,234	***
Sin enfermedad	36,0	93,9	1,000	
Salud mental ***				
Buena	78,2	82,9	1,000	
No Buena	15,2	49,2	0,200	***
NC	6,5	74,0	0,588	***
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses				
Sí	15,6	38,0	0,113	***
No	84,4	84,4		
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas				
Sí	12,6	49,2	0,225	***
No	87,4	81,2	1,000	
Accidente, últimos 12 meses				
Sí	10,9	65,5	0,517	***
No	89,1	78,6	1,000	
Dificultades auditivas				
No	92,7	78,4	2,320	***
Sí	71,3	61,0	1,000	
Estilo de vida				
Consumo tabaco ***				
Fumador	37,6	76,3	0,821	**
Exfumador	21,2	73,6	0,613	***
Nunca	41,2	79,7	1,000	
Consumo alcohol en últimos 12 meses ***				
No	21,8	72,2	0,834	*
Habitual	56,6	79,6	1,251	**
Ocasional	21,7	75,7	1,000	
Descansa lo suficiente con las horas que duerme				
Sí	75,8	81,5	2,530	***
No	24,2	63,4	1,000	
Actividad física en tiempo libre				
Sí	57,6	79,3	1,317	***
No	42,4	74,4		

Tabla A2.3. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Modelo para la población ocupada (continuación).

Actividad física en actividad principal					**
Sentado la mayor parte de la jornada	31,1	79,4	1,241		**
De pie la mayor parte de la jornada y sin realizar grandes esfuerzos	42,9	76,5	1,050	0,49	
Desplazamientos frecuentes o realizando grandes esfuerzos	26,1	75,6	1,000		
Índice de masa corporal (I)					***
Normopeso/Peso insuficiente	48,5	80,3	1,000		
Sobrepeso	35,0	77,6	0,847		*
Obesidad	12,3	64,5	0,445		***
NC	4,2	73,4	0,676		**
Nivel de estrés alto en el trabajo					
No	54,5	79,5	1,304		***
Sí	45,5	74,8			
Nivel alto de satisfacción con el trabajo					
No	33,9	72,8	0,682		***
Sí	66,1	79,7			
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos					
Tiempo desde la última consulta médica					***
4 semanas o menos	30,2	61,1	0,151		***
Más de 4 semanas y menos de 1 año	48,3	80,9	0,408		***
1 año o más	21,5	91,2			
Hospitalización en los últimos 12 meses					
Sí	11,8	51,6	0,256		***
No	88,2	80,6	1,000		
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses					
Sí	28,6	63,1	0,356		***
No	71,4	82,8	1,000		
Tiempo desde la última consulta al dentista o estomatólogo					***
3 meses o menos	18,3	74,4	0,834		*
Más de 3 y menos de 12 meses	23,2	77,8	1,004	0,95	
1 año o más	58,5	77,7			
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas					***
Ninguno	43,0	89,8	13,458		***
Uno	32,5	78,6	5,607		***
Dos	13,9	62,9	2,578		***
Tres o más	10,6	39,6	1,000		
n=13.529					
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001					

Tabla A2.4. Modelo de salud percibida positiva. Modelo para la población ocupada.

	OR	IC(95%)
Entorno Social		
edad (57 a 64 años)		
16 a 23 años	2,515 ***	(1,618 , 3,907)
24 a 28 años	2,218 ***	(1,595 , 3,082)
29 a 33 años	2,059 ***	(1,517 , 2,797)
34 a 39 años	1,970 ***	(1,483 , 2,617)
40 a 43 años	1,767 ***	(1,327 , 2,353)
44 a 49 años	1,368 *	(1,046 , 1,788)
50 a 56 años	1,107	(0,834 , 1,470)
Clase social (Clase V)		
Clase I	1,787 **	(1,262 , 2,531)
Clase II	1,598 **	(1,184 , 2,156)
Clase III	1,517 ***	(1,191 , 1,931)
Clase IV	1,336 **	(1,080 , 1,651)
Estudios (Universitarios)		
Analfabeto o sin estudios/Primarios y Secundarios de 1º ciclo	0,605 ***	(0,473 , 0,773)
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,774 *	(0,614 , 0,976)
Comunidad Autónoma (Andalucía)		
Aragón	1,040	(0,732 , 1,479)
Asturias	1,378	(0,912 , 2,083)
Baleares	1,210	(0,848 , 1,726)
Canarias	0,909	(0,647 , 1,276)
Cantabria	0,709 *	(0,508 , 0,991)
Castilla y León	0,717	(0,476 , 1,080)
Castilla La Mancha	0,748	(0,526 , 1,064)
Cataluña	1,078	(0,780 , 1,488)
Comunidad Valenciana	0,784	(0,585 , 1,051)
Extremadura	0,922	(0,582 , 1,462)
Galicia	0,683 **	(0,519 , 0,899)
Madrid	0,867	(0,647 , 1,161)
Murcia	0,629 **	(0,460 , 0,860)
Navarra	0,941	(0,678 , 1,305)
P. Vasco	1,027	(0,689 , 1,531)
La Rioja	1,435	(0,874 , 2,358)
Ceuta y Melilla	1,189	(0,812 , 1,741)
Morbilidad y discapacidad		
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)		
Enfermedad con limitaciones	0,142 ***	(0,107 , 0,189)
Enfermedad sin limitaciones	0,389 ***	(0,302 , 0,501)
Salud mental (Buena)		
NC	0,703	(0,462 , 1,069)
No Buena	0,450 ***	(0,375 , 0,538)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)		
Sí	0,416 ***	(0,340 , 0,510)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)		
Sí	0,787 *	(0,626 , 0,990)
Dificultades auditivas (Sí)		
No	1,390 **	(1,104 , 1,748)

Tabla A2.4. Modelo de salud percibida positiva. Modelo para la población ocupada (continuación).

Estilo de vida		
Nivel alto de satisfacción con el trabajo (Sí)		
No	0,829	* (0,713 , 0,964)
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)		
Sí	1,500	*** (1,284 , 1,753)
Actividad física en tiempo libre (No)		
Sí	1,226	** (1,056 , 1,423)
Índice de masa corporal (Normopeso/Peso insuficiente)		
Sobrepeso	1,026	(0,871 , 1,208)
Obesidad	0,685	*** (0,549 , 0,856)
NC	0,698	(0,475 , 1,024)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos		
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)		
4 semanas o menos	0,591	*** (0,452 , 0,772)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,735	* (0,573 , 0,943)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,564	*** (0,457 , 0,696)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,604	*** (0,514 , 0,710)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)		
Ninguno	2,663	*** (2,083 , 3,404)
Uno	2,052	*** (1,650 , 2,551)
Dos	1,385	** (1,093 , 1,754)
Constante	4,726	*** (2,546 , 8,775)
n=12954, F de Wald =29,30 p=0,000		
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov =1,066 p=0,384		
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001		

Tabla A2.5. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Varones de 16 años y más.

	Distribución (%)	Prevalencia de la SPP (%)	OR	p-valor
Estado de Salud percibido		72,6		
Entorno Social				
Edad				***
16 a 23 años	11,7	91,9	15,955	***
24 a 28 años	9,6	86,1	8,694	***
29 a 33 años	10,8	83,1	6,911	***
34 a 39 años	11,6	82,4	6,575	***
40 a 43 años	8,8	78,1	5,008	***
44 a 49 años	11,0	73,0	3,801	***
50 a 56 años	9,7	65,5	2,663	***
57 a 64 años	9,9	56,7	1,838	***
65 a 73 años	9,1	54,4	1,671	***
74 o más años	7,7	41,6	1,000	
Clase social				***
Clase I	10,0	85,0	2,848	***
Clase II	9,8	78,6	1,842	***
Clase III	23,2	73,5	1,393	***
Clase IV	42,6	69,8	1,161	***
Clase V	14,3	66,6	1,000	
Estudios				***
Analfabeto o sin estudios	9,1	45,6	0,152	***
Primarios y secundarios de 1º ciclo	42,8	67,2	0,371	***
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	30,2	81,2	0,784	***
Universitarios	17,9	84,7	1,000	
Situación laboral				***
Trabaja	62,5	80,0	2,611	***
No trabaja	37,5	60,5	1,000	
Comunidad Autónoma				***
Aragón	2,9	77,1	1,173	0,23
Asturias	2,4	70,7	0,844	0,27
Baleares	2,3	75,4	1,069	0,68
Canarias	4,5	75,1	1,054	0,74
Cantabria	1,3	76,1	1,109	0,45
C. y León	5,8	74,3	1,010	0,95
Castilla La Mancha	4,4	70,5	0,833	0,20
Cataluña	16,0	72,1	0,901	0,38
Comunidad Valenciana	10,8	70,1	0,819	0,11
Extremadura	2,4	67,2	0,715	*
Galicia	6,2	63,5	0,608	***
Madrid	13,3	75,3	1,067	0,62
Murcia	3,1	70,1	0,820	0,14
Navarra	1,3	71,2	0,865	0,29
P. Vasco	4,8	76,5	1,138	0,44
La Rioja	0,7	79,6	1,359	0,10
Ceuta y Melilla	0,3	75,3	1,066	0,76
Andalucía	17,5	74,1	1,000	

Tabla A2.5. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Varones de 16 años y más (continuación).

Vive sólo				
Si	6,3	67,6	0,771	***
No	93,7	73,0	1,000	
En el hogar hay personas que necesitan cuidados				
Sí y se ocupa	10,1	79,1	1,332	***
Sí y no se ocupa	19,2	64,2	0,629	***
No	70,7	74,0	1,000	
Se ocupa de las tareas del hogar				
Sí, solo	7,1	66,0	0,769	**
Sí, compartido	28,8	76,6	1,297	***
No	64,1	71,6	1,000	
Función familiar				
Buena	87,7	73,5	1,000	
Moderada-Grave	5,9	63,7	0,634	***
NC	6,5	69,8	0,835	0,13
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses				
Enfermedad con limitaciones	19,1	28,1	0,026	***
Enfermedad sin limitaciones	44,8	74,6	0,192	***
Sin enfermedad	36,0	93,9	1,000	
Salud mental				
Buena	78,2	78,8	1,000	
No Buena	14,4	42,1	0,195	***
NC	7,4	66,8	0,541	***
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses				
Sí	19,8	31,0	0,092	***
No	80,2	83,0		
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas				
Sí	11,9	42,4	0,223	***
No	88,1	76,7	1,000	
Accidente, últimos 12 meses				
Sí	10,9	64,8	0,661	***
No	89,1	73,6	1,000	
Dificultades auditivas				
No	87,7	75,6	2,928	***
Sí	12,3	51,4	1,000	
Estilo de vida				
Consumo tabaco				
Fumador	35,3	73,7	0,670	***
Exfumador	28,1	61,0	0,374	***
Nunca	36,5	80,7	1,000	
Consumo alcohol en últimos 12 meses				
No	19,8	63,7	0,551	***
Habitual	64,8	74,7	0,923	0,34
Ocasional	15,4	76,1	1,000	
Descansa lo suficiente con las horas que duerme				
Sí	82,1	75,8	2,214	***
No	17,9	58,5	1,000	

Tabla A2.5. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Varones de 16 años y más (continuación).

Actividad física en tiempo libre				
Sí	63,6	75,1	1,377	***
No	36,4	68,6	1,000	
Actividad física en actividad principal				

Sentado la mayor parte de la jornada	38,0	69,9	0,659	***
De pie la mayor parte de la jornada y sin realizar grandes esfuerzos	38,5	71,9	0,728	***
Desplazamientos frecuentes o realizando grandes esfuerzos	23,5	77,9	1,000	
Índice de masa corporal (I)				

Normopeso/Peso insuficiente	38,2	78,1	1,000	
Sobrepeso	41,7	73,3	0,773	***
Obesidad	14,4	61,2	0,443	***
NC	5,7	60,0	0,421	***
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos				
Tiempo desde la última consulta médica				

4 semanas o menos	32,4	52,5	0,103	***
Más de 4 semanas y menos de 1 año	44,0	77,3	0,317	***
1 año o más	23,6	91,5	1,000	
Hospitalización en los últimos 12 meses				
Sí	13,2	39,4	0,187	***
No	86,8	72,7	1,000	
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses				
Sí	27,9	57,1	0,362	***
No	72,1	78,6	1,000	
Tiempo desde la última consulta al dentista o estomatólogo				

3 meses o menos	15,7	73,9	1,153	0,07
Más de 3 y menos de 12 meses	18,9	77,1	1,372	***
1 año o más	65,3	71,1	1,000	
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas				

Ninguno	41,9	90,1	22,020	***
Uno	29,1	76,2	7,786	***
Dos	14,1	59,2	3,528	***
Tres o más	14,9	29,2	1,000	
n=11.645				
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001				

Tabla A2.6. Modelo de salud percibida positiva. Varones de 16 años y más.

	OR	IC(95%)
Entorno Social		
edad (74 o más años)		
16 a 23 años	3,283 ***	(2,012 , 5,357)
24 a 28 años	1,955 **	(1,207 , 3,167)
29 a 33 años	1,797 **	(1,211 , 2,667)
34 a 39 años	1,868 ***	(1,299 , 2,686)
40 a 43 años	1,783 **	(1,256 , 2,531)
44 a 49 años	1,318	(0,958 , 1,813)
50 a 56 años	0,939	(0,673 , 1,310)
57 a 64 años	0,969	(0,734 , 1,279)
65 a 73 años	1,071	(0,827 , 1,388)
Clase social (Clase V)		
Clase I	1,923 ***	(1,330 , 2,781)
Clase II	1,501 *	(1,045 , 2,154)
Clase III	1,330 *	(1,020 , 1,736)
Clase IV	1,235	(0,972 , 1,569)
Estudios (Universitarios)		
Analfabeto o sin estudios	0,425 ***	(0,294 , 0,615)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,633 **	(0,472 , 0,849)
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,896	(0,669 , 1,200)
Comunidad Autónoma (Andalucía)		
Aragón	1,006	(0,731 , 1,386)
Asturias	1,034	(0,694 , 1,543)
Baleares	1,014	(0,683 , 1,505)
Canarias	0,939	(0,634 , 1,391)
Cantabria	0,779	(0,534 , 1,136)
C. y León	0,786	(0,523 , 1,182)
Castilla La Mancha	0,743	(0,505 , 1,094)
Cataluña	0,935	(0,668 , 1,309)
Comunidad Valenciana	0,788	(0,561 , 1,106)
Extremadura	0,747	(0,491 , 1,135)
Galicia	0,641 **	(0,472 , 0,870)
Madrid	0,807	(0,576 , 1,131)
Murcia	0,702	(0,480 , 1,027)
Navarra	0,794	(0,551 , 1,143)
P. Vasco	1,301	(0,818 , 2,071)
La Rioja	1,460	(0,887 , 2,404)
Ceuta y Melilla	1,383	(0,783 , 2,440)
Morbilidad y discapacidad		
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)		
Enfermedad con limitaciones	0,132 ***	(0,098 , 0,177)
Enfermedad sin limitaciones	0,415 ***	(0,317 , 0,544)
Salud mental (Buena)		
NC	0,711	(0,489 , 1,034)
No Buena	0,430 ***	(0,349 , 0,529)
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)		
Sí	0,414 ***	(0,337 , 0,509)
Estilo de vida		
Consumo tabaco (Nunca fumó)		
Fumador	0,693 ***	(0,567 , 0,848)
Exfumador	0,767 **	(0,638 , 0,923)

Tabla A2.6. Modelo de salud percibida positiva. Varones de 16 años y más (continuación).

Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)		
No	0,710 *	(0,530 , 0,953)
Habitual	0,964	(0,750 , 1,239)
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)		
Sí	1,726 ***	(1,427 , 2,088)
Actividad física en tiempo libre (No)		
Sí	1,205 *	(1,019 , 1,425)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos		
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)		
4 semanas o menos	0,521 ***	(0,399 , 0,681)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,662 **	(0,509 , 0,860)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,591 ***	(0,473 , 0,738)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,612 ***	(0,518 , 0,723)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)		
Ninguno	3,620 ***	(2,790 , 4,698)
Uno	2,659 ***	(2,131 , 3,317)
Dos	1,841 ***	(1,461 , 2,320)
Constante	5,822 ***	(2,997 , 11,31)
n=11260, F de Wald =29,46 p=0,000		
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov =0,482 p=0,887		
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001		

Tabla A2.7. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Mujeres 16 años y más.

	Distribución (%)	Prevalencia de la SPP (%)	OR	p-valor
Estado de Salud percibido		60,6		
Entorno Social				
Edad				***
16 a 23 años	10,4	83,7	12,456	***
24 a 28 años	8,4	77,5	8,371	***
29 a 33 años	10,4	78,7	9,004	***
34 a 39 años	10,2	73,9	6,887	***
40 a 43 años	8,4	69,8	5,631	***
44 a 49 años	10,5	62,6	4,071	***
50 a 56 años	9,7	55,4	3,022	***
57 a 64 años	10,1	45,4	2,021	***
65 a 73 años	11,4	36,8	1,416	***
74 o más años	10,4	29,1	1,000	
Clase social				***
Clase I	6,7	76,8	3,239	***
Clase II	8,7	71,4	2,449	***
Clase III	22,8	65,3	1,844	***
Clase IV	39,8	59,0	1,408	***
Clase V	22,0	50,5	1,000	
Estudios				***
Analfabeto o sin estudios	13,4	29,9	0,113	***
Primarios y secundarios de 1º ciclo	44,0	54,9	0,322	***
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	26,4	74,4	0,767	***
Universitarios	16,1	79,1	1,000	
Situación laboral				***
Trabaja	41,0	72,8	2,453	***
No trabaja	59,0	52,2	1,000	
Comunidad Autónoma				***
Aragón	2,9	63,9	1,150	0,13
Asturias	2,6	55,1	0,799	0,06
Baleares	2,2	67,9	1,373	**
Canarias	4,4	60,9	1,013	0,92
Cantabria	1,3	67,3	1,340	**
C. y León	5,7	67,8	1,369	0,00
Castilla La Mancha	4,2	62,0	1,060	0,61
Cataluña	15,9	59,9	0,973	0,75
Comunidad Valenciana	10,6	56,3	0,838	0,08
Extremadura	2,4	58,4	0,914	0,47
Galicia	6,5	46,5	0,565	***
Madrid	13,8	65,4	1,227	*
Murcia	2,9	53,8	0,758	**
Navarra	1,3	65,7	1,245	*
P. Vasco	4,9	66,1	1,267	*
La Rioja	0,7	72,4	1,705	***
Ceuta y Melilla	0,3	59,4	0,952	0,73
Andalucía	17,4	60,6	1,000	

Tabla A2.7. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Mujeres 16 años y más (continuación).

Vive sólo				
Sí	7,7	43,4	0,469	***
No	93,3	62,1	1,000	
En el hogar hay personas que necesitan cuidados				
Sí y se ocupa	19,2	71,0	1,597	***
Sí y no se ocupa	14,1	47,3	0,585	***
No	66,7	60,5	1,000	
Se ocupa de las tareas del hogar				
Sí, sólo	51,1	56,4	0,669	***
Sí, compartido	30,3	65,0	0,963	0,59
No	18,5	65,9	1,000	
Función familiar				
Buena	88,0	62,1	1,000	
Moderada-Grave	6,6	46,2	0,524	***
NC	5,4	53,8	0,711	**
Sentirse discriminado				
Sí	6,3	55,2	0,784	*
No	93,7	61,1	1,000	
Morbilidad y discapacidad				
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses				
Enfermedad con limitaciones	28,2	24,0	0,025	***
Enfermedad sin limitaciones	50,6	67,8	0,169	***
Sin enfermedad	21,2	92,6	1,000	
Salud mental				
Buena	67,9	71,1	1,000	
No Buena	24,9	34,2	0,212	***
NC	7,2	53,5	0,468	***
Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses				
Sí	26,4	21,3	0,091	***
No	73,6	74,8	1,000	
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas				
Sí	17,7	30,6	0,217	***
No	82,3	67,1	1,000	
Accidente, últimos 12 meses				
Sí	9,9	44,2	0,477	***
No	90,1	62,4	1,000	
Dificultades auditivas				
No	89,7	63,5	3,110	***
Sí	10,3	35,9	1,000	
Dificultades visuales				
No	93,4	62,5	3,303	***
Sí	6,6	33,6	1,000	
Estilo de vida				
Consumo tabaco				
Fumador	23,9	68,5	1,714	***
Exfumador	13,2	68,7	1,728	***
Nunca	62,9	55,9	1	

Tabla A2.7. Descripción de la muestra y análisis univariante de la SPP. Mujeres 16 años y más (continuación).

Consumo alcohol en últimos 12 meses ***				
No	42,5	52,4	0,594	***
Habitual	32,6	68,0	1,148	*
Ocasional	24,9	64,9	1,000	
Descansa lo suficiente con las horas que duerme				
Sí	72,9	66,0	2,280	***
No	27,1	46,0	1,000	
Actividad física en tiempo libre				
Sí	57,6	63,7	1,331	***
No	42,4	56,9	1,000	
Actividad física en actividad principal ***				
Sentado la mayor parte de la jornada	32,3	58,6	0,791	***
De pie la mayor parte de la jornada y sin realizar grandes esfuerzos	56,6	61,3	0,885	0,08
Desplazamientos frecuentes o realizando grandes esfuerzos	11,1	64,1	1,000	
Índice de masa corporal ***				
Normopeso/Peso insuficiente	49,5	71,9	1,000	
Sobrepeso	26,0	54,9	0,475	***
Obesidad	13,4	42,5	0,289	***
NC	11,1	45,3	0,324	***
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos				
Tiempo desde la última consulta médica ***				
4 semanas o menos	44,1	44,8	0,125	***
Más de 4 semanas y menos de 1 año	45,3	69,9	0,359	***
1 año o más	10,6	86,7	1,000	
Uso servicio de ginecología				
Nunca o sólo embarazo o parto	23,4	61,3	1,806	***
Hace menos de 6 meses	20,0	61,2	1,801	***
Entre 6 meses y 1 año	21,5	66,6	2,270	***
Entre 1 y 3 años	21,5	64,3	2,053	***
Más de 3 años	13,6	46,7	1,000	
Hospitalización en los últimos 12 meses				
Sí	16,2	39,0	0,346	***
No	83,8	64,9	1,000	
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses				
Sí	31,1	47,2	0,447	***
No	68,9	66,7	1,000	
Tiempo desde la última consulta al dentista o estomatólogo ***				
3 meses o menos	19,2	61,2	1,101	0,08
Más de 3 y menos de 12 meses	21,6	64,8	1,281	***
1 año o más	59,3	58,9	1,000	
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas ***				
Ninguno	25,9	87,7	20,571	***
Uno	29,0	74,2	8,316	***
Dos	17,8	53,0	3,257	***
Tres o más	27,3	25,7	1,000	
n=17.394				
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001				

Tabla A2.8. Modelo de salud percibida positiva. Mujeres de 16 años y más.

	OR	IC(95%)
Entorno Social		
edad (74 o más años)		
16 a 23 años	2,809 ***	(1,90 , 4,15)
24 a 28 años	2,333 ***	(1,64 , 3,31)
29 a 33 años	2,798 ***	(2,06 , 3,81)
34 a 39 años	2,118 ***	(1,59 , 2,82)
40 a 43 años	1,611 **	(1,20 , 2,17)
44 a 49 años	1,432 **	(1,10 , 1,86)
50 a 56 años	1,165	(0,90 , 1,51)
57 a 64 años	1,060	(0,84 , 1,34)
65 a 73 años	0,981	(0,78 , 1,23)
Clase social (Clase V)		
Clase I	1,393	(0,99 , 1,96)
Clase II	1,321 *	(1,02 , 1,71)
Clase III	1,385 ***	(1,15 , 1,66)
Clase IV	1,139	(0,98 , 1,33)
Se ocupa de las tareas del hogar (No)		
Sí, sólo	0,882	(0,71 , 1,10)
Sí, compartido	0,848	(0,67 , 1,07)
Sentirse discriminado (No)		
Sí	0,732 *	(0,56 , 0,96)
Estudios (Universitarios)		
Analfabeto o sin estudios	0,425 ***	(0,32 , 0,57)
Primarios y secundarios de 1º ciclo	0,581 ***	(0,46 , 0,74)
Secundarios de 2º ciclo y Postsecundarios	0,799	(0,63 , 1,01)
Comunidad Autónoma (Andalucía)		
Aragón	0,968	(0,75 , 1,25)
Asturias	0,941	(0,69 , 1,27)
Baleares	1,523 **	(1,12 , 2,07)
Canarias	0,885	(0,65 , 1,21)
Cantabria	0,799	(0,60 , 1,06)
C. y León	1,140	(0,86 , 1,51)
C.La Mancha	0,973	(0,73 , 1,29)
Cataluña	0,886	(0,69 , 1,13)
C.Valenciana	0,761 *	(0,59 , 0,99)
Extremadura	0,866	(0,62 , 1,21)
Galicia	0,519 ***	(0,42 , 0,64)
Madrid	1,092	(0,86 , 1,39)
Murcia	0,588 ***	(0,44 , 0,78)
Navarra	1,148	(0,87 , 1,52)
P. Vasco	1,166	(0,85 , 1,59)
La Rioja	1,658 **	(1,15 , 2,39)
Ceuta y Melilla	1,523 *	(1,08 , 2,15)
Morbilidad y discapacidad		
Problema o enfermedad crónica con limitación en los últimos 12 meses (Sin enfermedad)		
Enfermedad con limitaciones	0,170 ***	(0,13 , 0,22)
Enfermedad sin limitaciones	0,421 ***	(0,34 , 0,52)
Salud mental (Buena)		
NC	0,703	(0,49 , 1,01)
No Buena	0,489 ***	(0,43 , 0,56)

Tabla A2.8. Modelo de salud percibida positiva. Mujeres de 16 años y más (continuación).

Limitación de actividades cotidianas en los últimos 6 meses (No)		
Sí	0,338	*** (0,29 , 0,40)
Restricción de la actividad habitual por dolores o síntomas en las últimas 2 semanas (No)		
Sí	0,743	** (0,62 , 0,89)
Estilo de vida		
Consumo alcohol en últimos 12 meses (Ocasional)		
No	0,899	(0,77 , 1,05)
Habitual	1,206	* (1,02 , 1,43)
Descansa lo suficiente con las horas que duerme (No)		
Sí	1,500	*** (1,32 , 1,71)
Actividad física en tiempo libre (No)		
Sí	1,257	*** (1,12 , 1,41)
Índice de masa corporal (Normopeso/Peso insuficiente)		
Sobrepeso	0,899	(0,78 , 1,03)
Obesidad	0,781	** (0,65 , 0,94)
NC	0,987	(0,80 , 1,21)
Uso servicios sanitarios y consumo medicamentos		
Tiempo desde la última consulta médica (1 año o más)		
4 semanas o menos	0,555	*** (0,44 , 0,70)
Más de 4 semanas y menos de 1 año	0,683	** (0,54 , 0,86)
Hospitalización en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,602	*** (0,51 , 0,71)
Uso servicio de Urgencias en los últimos 12 meses (No)		
Sí	0,733	*** (0,64 , 0,84)
Nº de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas (Tres o más)		
Ninguno	3,502	*** (2,89 , 4,24)
Uno	2,431	*** (2,08 , 2,84)
Dos	1,593	*** (1,37 , 1,85)
Constante		
	5,358	*** (3,11 , 9,24)
n=16937, F de Wald =43,46 p=0,000		
Bondad de ajuste: Hosmer-Lemeshov =0,516 p=0,864		
* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001		