

Documento de Trabajo/Working Paper  
*Serie Economía*

**Análisis del efecto de factores socioeconómicos en el estado de salud  
autopercebido por la población española**

by

Clara Barroso  
Ignacio Abásolo  
and  
José Juan Cáceres

October 2015

*DT-E-2015-04*

ISSN: 1989-9440

**ANÁLISIS DEL EFECTO DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN EL ESTADO DE SALUD  
AUTOPERCIBIDO POR LA POBLACIÓN ESPAÑOLA**

Clara Barroso, Ignacio Abásolo (\*) y José J. Cáceres

Instituto Universitario de Desarrollo Regional de la Universidad de La Laguna y Departamento de Economía Aplicada y Métodos Cuantitativos de la Universidad de La Laguna

(\*) Autor de contacto: Instituto Universitario de Desarrollo Regional. Universidad de La Laguna. Campus de Guajara, 38071, La Laguna, Tenerife. Tfno: 922 317088. E-mail: [iabasolo@ull.es](mailto:iabasolo@ull.es)

Este artículo ha contado con el apoyo financiero del proyecto de investigación del Ministerio de Economía y Competitividad (proyecto ECO2012-36150). Agradecemos al Ministerio dicho apoyo financiero.

# ANÁLISIS DEL EFECTO DE FACTORES SOCIOECONÓMICOS EN EL ESTADO DE SALUD AUTOPERCIBIDO POR LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

## Resumen

El objetivo de este estudio es aproximar el efecto de distintas características socioeconómicas sobre el estado de salud autopercebido (ESA) por la población española y examinar diferencias regionales. Para ello se utiliza la información de la Encuesta Europea de Salud de 2009. Una exploración descriptiva preliminar permitió identificar características potencialmente asociadas a una percepción satisfactoria del estado de salud. Y a través de un modelo logit binomial se ha obtenido una cuantificación probabilística conjunta de los efectos de estos factores sobre la probabilidad de declarar buena salud. El análisis efectuado revela que el estatus socioeconómico tiene un impacto significativo en la salud autopercebida y pone de manifiesto efectos diferenciados entre Comunidades Autónomas. Estos resultados ofrecen información útil para el diseño de políticas públicas y para la evaluación de sus efectos sobre las desigualdades regionales en salud.

**Palabras Claves:** estado de salud autopercebido (ESA), estatus/nivel socioeconómico, desigualdades en salud, Comunidades Autónomas (CC.AA.).

Clasificación Código JEL: I14

# ANALYSIS OF THE EFFECT OF SOCIO-ECONOMIC FACTORS IN SELF-PERCEIVED HEALTH STATUS OF THE SPANISH POPULATION

## **Abstract**

The aim of this paper is approaching the effect of different socio-economic characteristics in self-assessed health in Spain and examining regional differences. Data from the 2009 European Health Survey was used. To identify characteristics associated with a satisfactory perception of the health state, a descriptive exploratory analysis was applied at a first step. Then, a binary logit model was a useful tool to obtain a conjoint probabilistic measure of the effects of these factors on the probability to report a good health state. The analysis suggests that socio-economic level has a significant impact on self-assessed health state, which is also different across Autonomous Regions. These results provide useful information for the design of public policies and for the evaluation of their effects on regional health inequalities.

**Keywords:** self-perceived health status, socio-economic level, health inequality, Autonomous Regions.

---

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada en 1948, la salud puede entenderse como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Dentro de la disciplina de la economía de la salud, existe un amplio consenso de que la salud la componen, al menos, dos dimensiones: años de vida y calidad de vida relacionada con la salud. Y es que, aunque la esperanza de vida es un indicador generalizado de la salud de las poblaciones, no es lo mismo un año de vida en perfecto estado de salud que un año de vida con dificultades para caminar o para valerse por sí mismo. De hecho, debido al aumento de la esperanza de vida de la población en la mayoría de países desarrollados, uno de los retos económicos y sociales más relevantes es que el envejecimiento de la ciudadanía se produzca en las mejores condiciones posibles (Hambleton et al. 2005), con un cierto grado de bienestar o calidad de vida relacionada con la salud.

Una de las medidas de la calidad de vida relacionada con la salud ampliamente usada en estudios sociológicos, epidemiológicos, médicos y económicos es el Estado de Salud Autopercebido (ESA), (véase, entre otros, Cantarero y Pascual 2006; Damián et al. 1999; Ma y McGhee 2013). Una sociedad necesita conocer en qué condiciones mórbidas se encuentra su población pero, además, ha de saber cuál es el efecto de dichas condiciones en sus vidas. Así, autores como Dolan (2003) consideran que el ESA es el indicador más adecuado para conocer el estado de salud de la población, ya que los mejores jueces de su bienestar son los propios individuos. El presente trabajo de investigación adopta también este concepto de salud.

El estado de salud y sus variaciones no las determina, únicamente, el sistema sanitario. La existencia de factores externos a dicho sistema (hábitos de vida, higiene personal, condiciones ambientales del lugar de residencia/trabajo,...) hace que la salud dependa de múltiples elementos (Wagstaff y Van Doorslaer 2003). Así, uno de los principales determinantes del ESA es el estatus socioeconómico<sup>1</sup> (Ma y McGhee 2013). Numerosos estudios han analizado la aparente relación entre esta medida de la salud y el nivel

---

<sup>1</sup> Se entiende por estatus socioeconómico la combinación de estudios, empleo e ingresos alcanzados por un individuo así como la situación patrimonial del hogar.

socioeconómico, concluyendo que existe una correlación positiva entre ambas variables (Molarius et al. 2006, Haseen et al. 2010, Ma y McGhee 2013)<sup>2</sup>.

Además, estudiar qué factores influyen en el ESA en diversas poblaciones y cómo varían de unas a otras puede aportar información sobre la posible existencia de desigualdades en salud. Como consecuencia del desigual reparto de recursos entre sociedades o de los diferentes patrones culturales, sistemas sanitarios,... existentes entre ellas, pensar que no existen desigualdades en salud no parece lo más razonable. De hecho, las desigualdades socioeconómicas en salud son un fenómeno generalizado en el mundo industrializado y suelen afectar particularmente a los grupos menos favorecidos (Kunst et al. 1995). Además, los ciudadanos no son indiferentes ante la existencia de desigualdades socioeconómicas en salud. Algunos estudios han analizado esto explorando cómo perciben los ciudadanos el balance entre el objetivo de reducir las desigualdades en salud y el objetivo de mejorar la salud de la población en conjunto (Andersson y Lyttkens, 1999; Johannesson y Gerdtham, 1996; Dolan et al. 2002); todos estos estudios concluyen que hay una preocupación social no sólo por la mejora de la salud de la población en conjunto sino también por la existencia de desigualdades en salud. En España, un estudio relacionado muestra cómo la mayoría de la población general (el 69%) está a favor de políticas que reducen las desigualdades socioeconómicas en salud (siendo los más jóvenes y los más viejos los individuos con menor probabilidad de apoyar políticas igualitarias en salud –respecto a los individuos con una edad media-) (Abásolo y Tsuchiya 2008). Además, cuando se obtienen las preferencias públicas relativas al *trade-off* entre el nivel de salud global de la población y su distribución por grupos socioeconómicos, la evidencia española indica que la mayoría de los individuos da prioridad a los programas públicos que reducen las desigualdades socioeconómicas en salud, incluso cuando esto implica una reducción de la salud global de la población (Abásolo y Tsuchiya 2004). Las políticas públicas pueden, por tanto, constituir un poderoso elemento de lucha contra las desigualdades en salud, las cuales han estado siempre en

---

<sup>2</sup> Existe evidencia de que tanto el nivel socioeconómico como el ESA se relacionan con la mortalidad. Aquellos que gocen de un menor estatus socioeconómico serán más propensos a declarar mala salud y su probabilidad de fallecer será mayor. El ESA es un fuerte predictor de la mortalidad en los países desarrollados (Subramanian et al. 2010), de la morbilidad y de la utilización de los servicios sanitarios (Sözmen et al. 2012).

la agenda política de los estados miembros de la UE<sup>3</sup>. Y la normativa española en materia de salud también contempla que la reducción de las desigualdades en salud constituye un objetivo social, tal y como lo muestran, por ejemplo, la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2003.

En la Ley General de Sanidad (1986) se especifica que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva (Capítulo I, 2.) y que la política sanitaria se centrará en la superación de los desequilibrios territoriales y sociales (Capítulo I, 3.). Además, en su artículo 12 se recoge que las políticas de gasto público han de orientarse a corregir las desigualdades sanitarias así como a garantizar la igualdad de acceso a los servicios sanitarios en todo el territorio español. Finalmente, la distribución de recursos financieros entre las Comunidades Autónomas (CC.AA.) se ha de realizar con la finalidad de corregir las desigualdades territoriales sanitarias (Capítulo V).

Como consecuencia del Estado de las Autonomías existente en España, el SNS es de carácter descentralizado. La Ley de Cohesión y Calidad del SNS (2003) se centra en mantener la cohesión del sistema de salud mediante dos instituciones: el *Consejo Interterritorial del SNS* y el *Ministerio de Sanidad y Consumo*, el cual, además, desarrolla políticas que corrijan las desigualdades en salud (Disposición Adicional Quinta). Así, el SNS ha de colaborar activamente en la reducción de tales desigualdades (Art. 1) y ha de prestar los servicios sanitarios en condiciones de igualdad efectiva y calidad (Art. 2, a)). Además, las Administraciones Públicas Sanitarias han de colaborar para superar las desigualdades en salud (Art. 2, c)).

No obstante, parece que aunque los gobiernos incorporen en su agenda política la reducción de las desigualdades en salud, éstas siguen existiendo. Según Sadana et al. (2010: 34), no se ha llegado a comprender “*por qué las desigualdades en salud se siguen reproduciendo persistentemente generación tras generación a pesar del cambio en los perfiles de enfermedad y de los marcados cambios sociales*”.

---

<sup>3</sup> Algunas iniciativas llevadas a cabo en la UE para reducir las desigualdades en salud han sido el *Proyecto de Equidad en Salud 2008-2010* (Oficina Regional para Europa de la OMS) o los *Informes Europeos para el Aprendizaje de Políticas Nacionales sobre el Tratamiento de las Desigualdades Sociales en Salud* (Oficina Regional para Europa de la OMS), (Sadana et al. 2010).

El objetivo de este trabajo es explorar el efecto de diferentes factores socioeconómicos en el ESA de los individuos residentes en España. Teniendo en cuenta que la situación en términos de renta per cápita y posibilidades de acceso al mercado de trabajo no es homogénea en todo el territorio, este análisis se ha realizado tanto a nivel nacional como autonómico<sup>4</sup>, lo que permitirá observar las principales desigualdades en salud entre las CC.AA. españolas y también dentro de cada una de ellas. Para ello el trabajo se ha estructurado de la siguiente manera. En la sección segunda se presenta la base empírica del trabajo y la metodología aplicada para obtener los resultados del conjunto de España y las CC.AA. que se exponen en el epígrafe tercero. En el cuarto apartado se discuten estos resultados comparándolos con los obtenidos por otros autores, se señalan las principales limitaciones y se propone alguna línea de investigación futura. Finalmente, se exponen las conclusiones.

## **2. MATERIAL Y MÉTODO**

### *2.1.- Material*

La información estadística utilizada en esta investigación se ha extraído de los ficheros de microdatos de la Encuesta Europea de Salud en España (EES) del año 2009<sup>5</sup>, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) conjuntamente con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Esta encuesta se realiza en todo el territorio español entre abril de 2009 y marzo de 2010. En una primera fase se recoge información sobre características de los miembros que componen los hogares seleccionados y en una segunda fase se recaba información sobre el estado de salud del individuo seleccionado, sus determinantes y asistencia sanitaria. Por tanto, la EES (2009) está compuesta por dos cuestionarios: uno dedicado a obtener información sobre el hogar y otro sobre las características individuales de un adulto de ese hogar<sup>6</sup>.

En la EES (2009) ha participado un total de 22.188 individuos. Sin embargo, no todos ellos han respondido a todas las cuestiones relevantes para nuestro estudio. Tras eliminar las observaciones perdidas, se tiene que el

---

<sup>4</sup> No se ha incluido Ceuta y Melilla en el análisis por su reducido tamaño muestral para realizar el presente estudio.

<sup>5</sup> Cuando se comenzó a realizar el trabajo ésta era la encuesta de salud más reciente en España. Además, de cara a futuros análisis, permite establecer comparaciones del estado de salud de los ciudadanos de la Unión Europea, sus estilos de vida y el uso de los servicios sanitarios, al ofrecer una información armonizada e indicadores comunes a todos los países.

<sup>6</sup> Para más información véase la metodología de la EES (2009).

tamaño muestral para el conjunto de España es de 22.143 individuos de 16 o más años. En la tabla 1 se recoge el tamaño muestral para el conjunto de España y para cada una de las CC.AA. (número de individuos).

**Tabla 1.- Tamaño Muestral de España y las CC.AA (\*)**

	<b>Tamaño Muestral</b>		<b>Tamaño Muestral</b>
<b>Nacional</b>	<b>22.143</b>	Cataluña	2.358
Andalucía	2.567	Comunidad Valenciana	1.668
Aragón	1.006	Extremadura	1.053
Asturias	1.006	Galicia	1.409
Baleares	794	Madrid	2.052
Canarias	1.049	Murcia	928
Cantabria	738	Navarra	762
Castilla y León	1.409	País Vasco	1.089
Castilla la Mancha	1.162	La Rioja	615

(\*) Con estos tamaños muestrales, se han aplicado los factores de ponderación individuales asignados en las bases de microdatos en la EES (2009) para así mejorar la fiabilidad y representatividad de la muestra tanto a nivel nacional como autonómico.

Las variables finalmente empleadas en el estudio son las siguientes. Como variable representativa del estado de salud se utiliza *la autopercepción del estado de salud en los últimos 12 meses*, recogida mediante la siguiente pregunta del cuestionario: *¿Cómo diría que ha sido su salud en los últimos 12 meses?*, y con las posibles alternativas de respuesta: *muy bueno, bueno, regular, malo y muy malo*. En consonancia con otros estudios (Regidor et al. 2006; Azpiazu et al. 2002; Damián et al. 1999), se ha optado por agrupar las alternativas muy bueno y bueno en la modalidad *bueno*, mientras que las alternativas regular, malo y muy malo configuran la opción *no bueno*. De este modo se atenúa el problema derivado de la comparación de interpretaciones personales sobre la autopercepción del estado de salud. Por tanto, para cada individuo se ha definido una variable dicotómica  $ESA_i$  que toma el valor 1 si el estado de salud autopercebido por el individuo  $i$ -ésimo es bueno, y 0 en caso contrario. En cuanto a los factores explicativos considerados, éstos miden, por un lado, el nivel socioeconómico (nivel educativo y situación profesional) y, por otro lado, características socio-demográficas (sexo, edad, nacionalidad y estado civil). En la tabla 2 del Anexo se explica cómo se han recodificado estos atributos a partir de las preguntas originales del cuestionario.

Como consecuencia del reducido porcentaje de respuesta a las preguntas relativas a los ingresos que obtiene el encuestado, la situación económica del individuo se ha aproximado a través de dos atributos: uno, que señala la propia situación profesional del individuo; otro, que trata de reflejar la situación económica del hogar en

que reside el individuo. Para ello, haciendo uso del cuestionario de hogares, se ha extraído la información relativa a la situación profesional actual del entrevistado (empleado, pensionista, desempleado, etc.) así como la referente a cada uno de los miembros que componen el hogar. Y dado que los principales contribuyentes a los ingresos del hogar son los trabajadores y jubilados, se ha definido la situación económica del hogar en función del número de miembros del hogar en las dos categorías anteriores y del número total de miembros del hogar. Además, atendiendo a las estadísticas oficiales de niveles medios de salarios y pensiones por jubilación en el año de realización de la encuesta, se ha asignado un peso relativo menor a los jubilados. Así, la situación económica del hogar se ha aproximado a través de la variable siguiente:

$$\text{Situación Económica del Hogar} = \frac{N^{\circ} \text{ de trabajadores} + N^{\circ} \text{ de jubilados}/2}{N^{\circ} \text{ total de miembros del hogar}}$$

Finalmente, se ha construido una variable dicotómica que toma el valor 1 si el ratio anterior es inferior o igual a 0,5 (situación peor) y 0 en caso contrario (situación mejor).

Además de lo que indica la evidencia de estudios previos, la realización de un análisis de distribuciones bidimensionales de frecuencias entre los factores explicativos y el ESA constituye una exploración preliminar útil para la elección final de los elementos que expliquen las diferencias individuales en salud. Como puede observarse en la tabla 3, el 70,90% de los residentes en España considera que tiene un buen estado de salud. La proporción de encuestados que declara buen ESA aumenta con la mejora del nivel de estudios así como de la situación económica del hogar. El buen ESA por los estudiantes en mayor proporción que los jubilados es un resultado esperado si se considera el efecto edad. Pero la diferencia entre trabajadores y desempleados apunta más bien a diferencias de carácter económico. Por otro lado, los hombres, los extranjeros y los solteros que no conviven en pareja declaran buena salud en mayor proporción que las respectivas modalidades alternativas. Y la proporción de encuestados que declara buen ESA disminuye con la edad.

**Tabla 3.- Porcentajes de individuos que declaran buena salud en España**

<b>Característica</b>	<b>%</b>	<b>Característica</b>	<b>%</b>
<i>Sexo</i>		<i>Nivel Educativo</i>	
Hombre	75,80	Sin estudios o con estudios primarios	52,30
Mujer	66,10	Estudios secundarios	80,40
<i>Edad</i>		Estudios universitarios	85,30
16-34 años	88,60	<i>Situación Profesional</i>	

35-49 años	79,80	Trabajando	83,00
50-64 años	62,70	En desempleo	77,10
65-74 años	44,90	Estudiando o en formación en prácticas no remuneradas	92,00
Más de 75 años	31,90	Jubilado o retirado del negocio	41,60
<b>Nacionalidad</b>		Incapacitado para trabajar	19,10
Española	69,30	Otros	57,20
No española	81,70	<b>Situación Económica del Hogar</b>	
<b>Estado Civil</b>		Mejor	78,70
Soltero que no convive en pareja	83,40	Peor	67,20
Casado o soltero que convive en pareja	70,20	<b>Media Nacional</b>	<b>70,90</b>
Viudo, separado legalmente o divorciado	48,10		

Sin embargo, este análisis descriptivo preliminar no permite detectar correlaciones aparentes que puedan ser debidas a la actuación de otros factores explicativos. Ante ello, se recurre a los modelos de elección discreta descritos en la sección siguiente.

## 2.2.- Método

Dado que el objetivo del estudio es aproximar los efectos de características individuales sobre la autopercepción de salud del individuo, se ha tenido en cuenta la naturaleza cualitativa de la variable que se pretende explicar y se ha hecho uso de un modelo de elección discreta que permita la cuantificación probabilística conjunta de los efectos de las variables socio-demográficas y socioeconómicas que puedan actuar como potenciales factores explicativos. Concretamente, se ha estimado un modelo logit binomial para el conjunto de España así como los respectivos modelos para cada una de sus 17 CC.AA<sup>7</sup>.

## 3. RESULTADOS

A partir de las estimaciones de los modelos especificados, se han deducido probabilidades medias predichas, cambios discretos (CD) y cocientes de odds-ratios (OR) que ayudan a cuantificar los efectos de las variables explicativas sobre el ESA. En las tablas 4 y 5 del Anexo se presentan las estimaciones de los parámetros que

<sup>7</sup> Este análisis estadístico se ha realizado utilizando los programas Microsoft Office Excel 2007 y Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0.

acompañan a cada modalidad de los atributos y los cocientes de OR, respectivamente, para el conjunto de España y sus 17 CC.AA.

### *3.1.- Resultados para el conjunto de España*

Como se aprecia en la tabla 4 del Anexo, todos los parámetros del modelo son estadísticamente significativos. Además del esperado efecto de la edad, los factores que generan cambios más notables en las probabilidades medias predichas y cocientes de OR son de tipo socioeconómico.

Los estudiantes son el colectivo con mayor probabilidad de declarar buena salud, seguido por el de trabajadores. Dicha probabilidad para los estudiantes se sitúa 4,32 puntos porcentuales por encima de la de los trabajadores, que a su vez está muy por encima de la correspondiente a desempleados y jubilados. Y, como cabe esperar, los incapacitados para trabajar son los menos propensos a declarar buen estado de salud.

A medida que aumenta el nivel educativo del encuestado, también lo hace su propensión a declarar buena salud. En términos medios, la probabilidad de declarar buena salud experimenta un cambio de 14,4 puntos porcentuales entre los niveles educativos extremos. Y en términos relativos, para los que tienen estudios universitarios el ratio entre la probabilidad de declarar buena salud y la de declarar lo contrario más que duplica al ratio correspondiente a los que no tienen estudios o tienen los primarios (tabla 5 del Anexo).

Los individuos que residen en hogares con mejor situación económica tienen más probabilidad de declarar buena salud que el resto. No obstante, respecto a la situación profesional o el nivel educativo, las diferencias entre las probabilidades medias predichas de las modalidades de esta variable son menores.

Y respecto a la edad, se ha encontrado una relación inversa entre esta variable y la probabilidad de declarar buena salud. Así, para las personas de 16 a 34 años el ratio entre la probabilidad de declarar buen estado de salud y la de declarar lo contrario es casi 7 veces superior al ratio correspondiente para los que tienen más de 75 años (tabla 5 del Anexo).

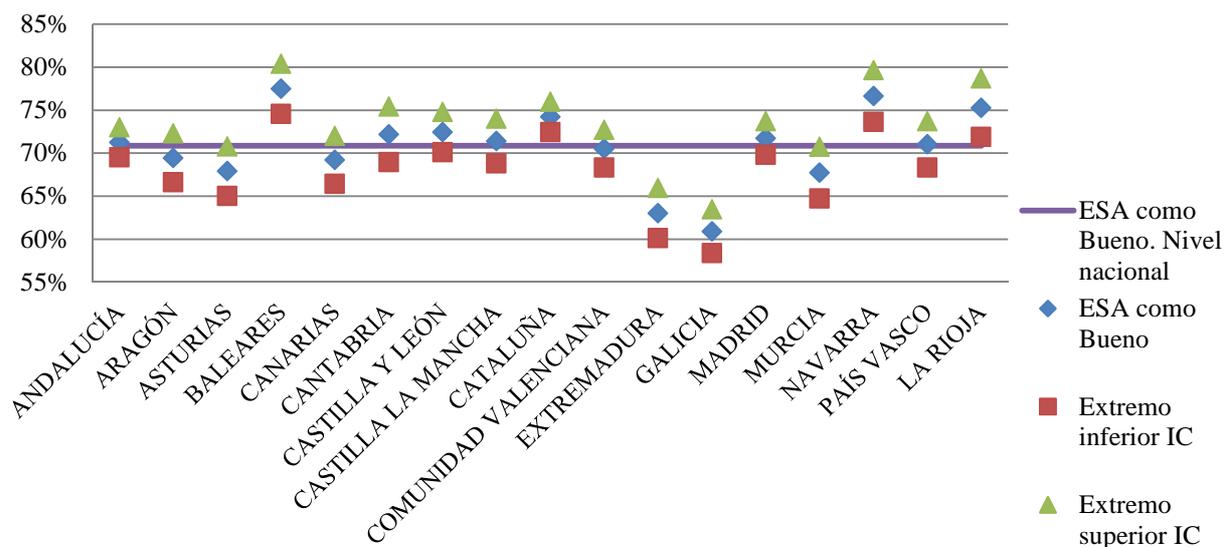
Las características del modelo especificado posibilitan que los perfiles de los individuos con probabilidades mínima y máxima de declarar buen estado de salud puedan deducirse identificando las modalidades particulares de cada atributo que definen las propensiones extremas a declarar buena salud. Así, la persona

menos propensa a declarar buena salud se caracteriza por ser: mujer; española; mayor de 75 años; sin estudios o con estudios primarios; viuda, separada legalmente o divorciada; incapacitada para trabajar y con una peor situación económica del hogar. De igual forma, la persona más propensa a declarar buena salud se caracteriza por ser: hombre, extranjero, de 16 a 34 años, con estudios universitarios, soltero que no convive en pareja, estudiante o en prácticas no remuneradas y con una mejor situación económica del hogar. Además, se ha identificado el perfil del individuo que se repite con mayor frecuencia en la encuesta, el cual es: hombre, español, de 35 a 49 años, con estudios secundarios, casado o soltero que convive en pareja, trabajador y con una peor situación económica en el hogar. Se ha calculado la probabilidad predicha de que un individuo con las características de cada uno de los tres perfiles mencionados declare buen ESA. En el caso de un individuo con el perfil menos propenso a declarar buen ESA, esta probabilidad es tan solo del 4%, mientras que las probabilidades correspondientes al individuo con el perfil más propenso a declarar buena salud y con el perfil más frecuente están muy próximas (96% y 86%, respectivamente).

### *3.2. Resultados para las CC.AA.*

Tal y como se observa en el gráfico 1, las CC.AA. en las que la proporción de individuos que declaran buena salud es mayor son Baleares (77,5%), Navarra (76,6%), La Rioja (75,3%) y Cataluña (74,2%) -muy por encima de la media nacional (70,90%)-, mientras que en Galicia (60,9%), Extremadura (63%), Murcia (67,7%) y Asturias (67,9%) dicha proporción es substancialmente menor. En torno a la media se encuentran Madrid (71,8%), Andalucía (71,2%), País Vasco (71%), Comunidad Valenciana (70,5%), Aragón (69,5%) y Canarias (69,2%).

**Gráfico 1. Proporción de Individuos con Buen ESA (CC.AA.) (\*)**



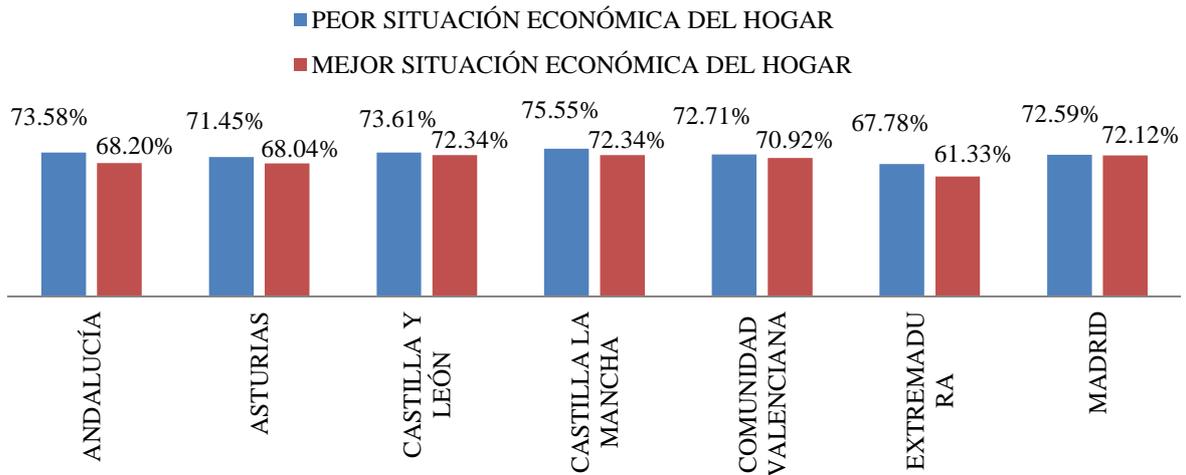
(\*) Los Intervalos de Confianza (IC) se han construido al 95%.

De lo comentado se concluye que existen diferencias en el ESA entre las CC.AA., lo que refleja desigualdades regionales en salud. Las diferencias en renta y empleo entre territorios pueden estar detrás de estas desigualdades en salud pero, en cualquier caso, las diferencias socioeconómicas dentro de cada región pueden tener diferente impacto en la salud.

Los trabajadores tienen más probabilidad de declarar buena salud que los desempleados en todas las CC.AA. excepto en Galicia y, de forma más llamativa, Aragón, donde se da la situación contraria. Las únicas Comunidades en las que los trabajadores perciben mejor salud que los estudiantes son Andalucía, Asturias, Baleares, Castilla y León y Comunidad Valenciana. Sólo en Canarias y Aragón los jubilados o retirados del negocio tienen más probabilidad de declarar buena salud que los trabajadores. Y en todas las regiones se concluye que los incapacitados para trabajar son los menos propensos a declarar buena salud.

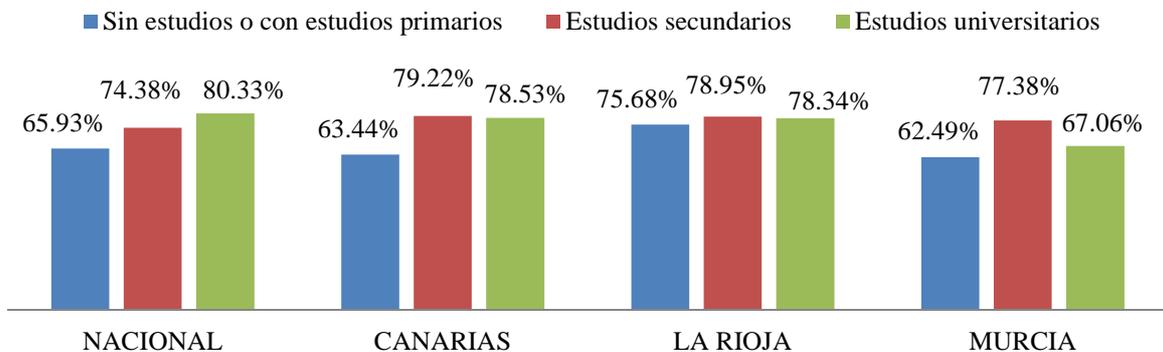
Igual que a nivel nacional, en la mayoría de CC.AA. quienes residen en hogares con mejor situación económica son más propensos a declarar buena salud que el resto, aunque la magnitud de tal diferencia es mayor que la detectada a nivel nacional. El gráfico 2 muestra las CC.AA. donde la probabilidad de declarar buena salud es mayor cuando la situación económica del hogar es peor. Destacan Extremadura y Andalucía como las regiones donde esta diferencia en salud es mayor y Madrid como la región donde es menor.

**Gráfico 2. Probabilidad de Autopercibir Buen Estado de Salud según Situación Económica del Hogar**



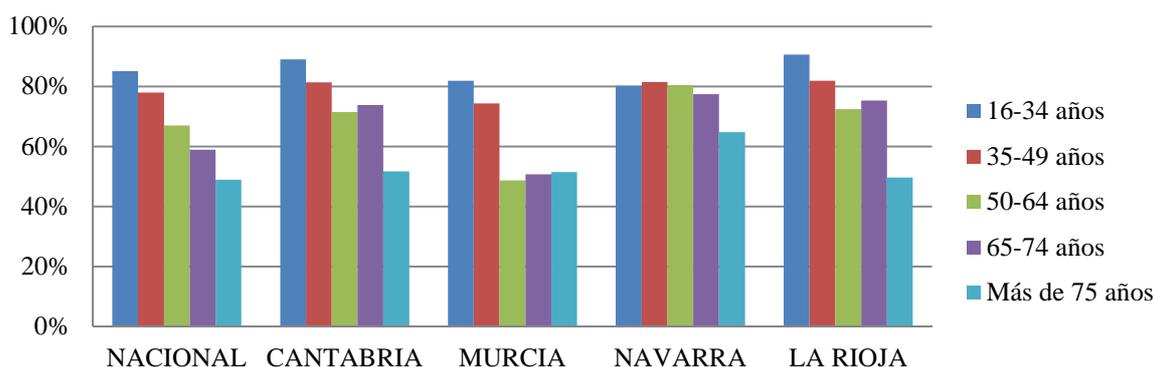
En cuanto al nivel educativo, las únicas CC.AA. que no siguen el patrón detectado a nivel nacional se representan en el gráfico 3. En Canarias y La Rioja la probabilidad de declarar buena salud es ligeramente superior para los individuos con estudios secundarios frente a los que tienen estudios universitarios. En el caso de Murcia esta diferencia es mucho más acusada, siendo el ratio entre la probabilidad de declarar buena salud y declarar lo contrario casi 2 veces mayor para los primeros frente a los segundos (tabla 5 del Anexo).

**Gráfico 3. Probabilidad de Autopercibir Buen Estado de Salud según Nivel Educativo**



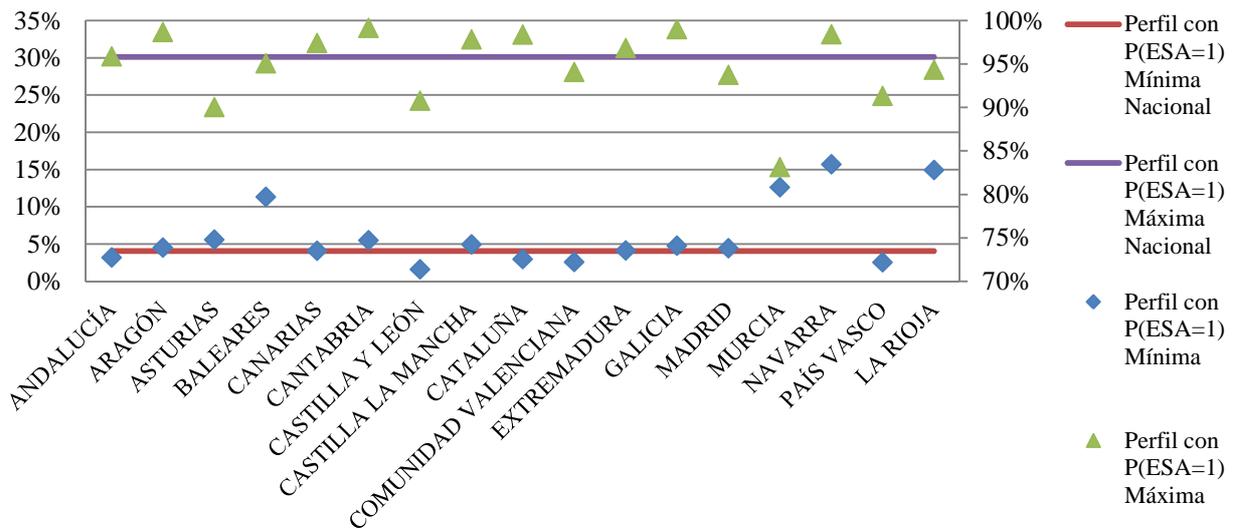
En algunas CC.AA. se han detectado comportamientos anómalos entre la edad y el buen estado de salud (gráfico 4). A diferencia de a nivel nacional, en algunas CC.AA. los más mayores son más propensos a declarar buena salud que los más jóvenes. En este gráfico destaca el caso de Murcia, donde a partir de los 50 años la probabilidad de declarar buena salud comienza a aumentar.

**Gráfico 4. Probabilidad de Autopercibir Buen Estado de Salud según Segmento de Edad**



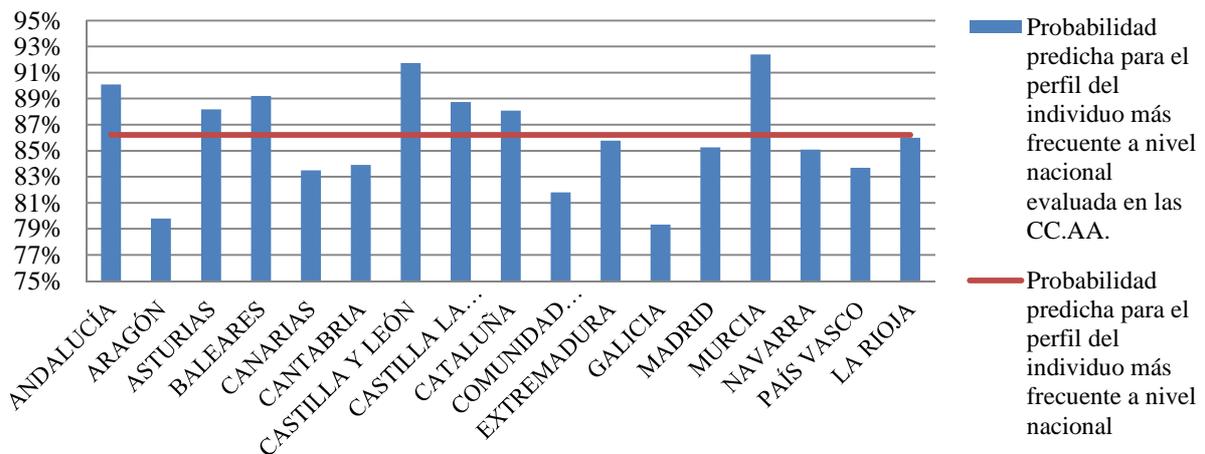
Con los parámetros del modelo estimado para cada una de las CC.AA., se ha evaluado la probabilidad media predicha de declarar buena salud en el caso de un individuo con las características de los perfiles extremos identificados a nivel nacional. El gráfico 5 muestra, en el eje vertical izquierdo, las probabilidades medias predichas para el perfil menos propenso a declarar buena salud y en el eje vertical derecho las correspondientes al perfil más propenso. Las CC.AA. en las que el perfil de mínima probabilidad de declarar buena salud es notablemente superior a la media nacional son Navarra (15,68%), La Rioja (14,92%), Murcia (12,62%) y Baleares (11,35%). En Castilla y León dicho perfil se encuentra muy por debajo de la media nacional (1,61%), mientras que en Aragón (4,50%), Madrid (4,44%), Extremadura (4,15%) y Canarias (4,08%) se encuentra en torno a la misma. De igual forma, las CC.AA. en las que el perfil de máxima probabilidad de declarar buena salud es notablemente superior a la media nacional son Cantabria (99,14%), Galicia (98,99%), Aragón (98,68%), Navarra (98,42%) y Cataluña (98,37%). Destaca Murcia como la Comunidad en la que dicho perfil se encuentra sustancialmente por debajo de la media (83,11%) y en Andalucía se encuentra en torno a la misma (95,86%). Además, Murcia es la Comunidad en la que la diferencia en la probabilidad predicha de declarar buena salud es menos extrema (70,49%) mientras que en Cataluña la diferencia entre ambos perfiles extremos es mayor (95,39%).

**Gráfico 5. Perfiles de Probabilidad Mínima y Máxima (CC.AA.)**



Asimismo, el gráfico 6 muestra la probabilidad de declarar buena salud por parte del individuo más frecuente en la encuesta a nivel nacional pero evaluando sus características mediante los parámetros estimados en cada uno de los modelos autonómicos. En Murcia (92,39%), Castilla y León (91,74%) y Andalucía (90,09%) dicha probabilidad se encuentra muy por encima de la media nacional mientras que en Galicia (79,33%), Aragón (79,78%) y Comunidad Valenciana (81,80%) es sustancialmente inferior a la misma. Además, la probabilidad de declarar buena salud por parte de este individuo en cada región se encuentra muy próxima a la correspondiente probabilidad del perfil más propenso a declarar buena salud (gráfico 5 anterior).

**Gráfico 6. Probabilidad de Autopercebir Buen Estado de Salud. Perfil del Individuo más Frecuente en las CC.AA.**



Desde el punto de vista de la implementación de políticas públicas puede que resulte útil establecer una tipificación de regiones que permita agrupar aquellas que presentan mayor grado de similitud en términos de

las proporciones de individuos con buena o mala salud autopercebida en función de las características de tales individuos. Así, considerando las probabilidades medias predichas de percibir buena salud para cada una de las modalidades de los atributos considerados como factores explicativos, se ha obtenido un vector de probabilidades por Comunidad Autónoma que sirve de referencia para evaluar similitudes y diferencias territoriales. Aplicando un análisis cluster o de conglomerados a las probabilidades predichas obtenidas<sup>8</sup>, se detectan cuatro grupos o clusters de CC.AA.:

*Cluster 1:* Andalucía, Asturias, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco.

*Cluster 2:* Aragón, Canarias, Castilla la Mancha y Cataluña.

*Cluster 3:* Baleares, Cantabria, Navarra y La Rioja.

*Cluster 4:* Extremadura, Galicia y Murcia.

#### **4. DISCUSIÓN**

De este estudio se desprende que el estatus socioeconómico influye en el estado de salud de las personas residentes en España. Numerosos estudios, tanto nacionales como internacionales, han analizado esta relación en diversos ámbitos geográficos y han llegado a la misma conclusión<sup>9</sup>.

En España el colectivo de estudiantes es el que percibe mejor estado de salud, seguido por el de trabajadores. Éstos consideran su estado de salud en mejores términos que los que han perdido el empleo o se han jubilado. Estos resultados están en línea con los obtenidos en otros estudios previos. En primer lugar, Molarius et al. (2006) encuentran una fuerte asociación entre la situación profesional y el ESA en Suecia, concluyendo que tanto las personas desempleadas como las que se han jubilado tienen más probabilidad de percibir mala salud que las que realizan un trabajo remunerado. No obstante, los estudiantes también se encuentran entre los colectivos que declaran peor salud frente a los que ocupan un empleo. Además, aquellas personas que tienen

---

<sup>8</sup> Se ha utilizado un análisis Cluster Jerárquico, aplicando el método de Ward y la distancia euclídea al cuadrado.

<sup>9</sup> Se ha de destacar que no todos ellos parten, exactamente, del mismo conjunto de variables explicativas. Algunos incorporan, además de las variables que miden el nivel socioeconómico, otras sobre estilos de vida, limitaciones físicas, uso de servicios sanitarios,... (Oliva et al. 2010, Faresjö y Rahmqvist 2010, Kaleta et al. 2008, Haseen et al. 2010, entre otros).

más dificultades económicas para pagar sus facturas declaran un peor ESA. En segundo lugar, Hosseinpoor et al. (2012) determinan que la salud se asocia con la situación profesional y la situación económica del hogar, además del nivel educativo y el estado civil. Así, el hecho de ocupar un puesto de trabajo frente a estar desempleado contribuye a mejorar la salud del individuo, salud que también se ve mejorada a medida que incrementan los ingresos del hogar. Estos mismos resultados son obtenidos por Kaleta et al. (2008) donde, por ejemplo, el ratio entre la probabilidad de declarar mal estado de salud y de declarar buena salud es 1,49 veces mayor para los desempleados frente a los trabajadores.

Como se ha mencionado, uno de los resultados obtenidos es que los jubilados son menos propensos a declarar buena salud que los trabajadores. Por un lado, cuando un individuo alcanza la edad de jubilación o se retira anticipadamente del mercado laboral sufre un proceso de adaptación a su “nueva vida”. Dicho proceso puede verse condicionado por sentimientos de improductividad, inutilidad, rechazo o desplazamiento de la vida social,... lo cual repercute en su estado de salud y hace que viva una vejez más activa o más pasiva. Por otro lado, el factor edad juega un papel sumamente relevante. La mayoría de jubilados son personas de avanzada edad y siempre es sabido que éstas sufren más problemas de salud. De hecho, la variable edad es el factor socio-demográfico de mayor influencia en el ESA. A medida que aumenta la edad, disminuye la probabilidad de declarar buena salud, siendo los mayores de 65 años (concretamente, los dos últimos segmentos de edad considerados) los que menor probabilidad tienen. Diversos estudios se han centrado en la relación entre el estatus socioeconómico y el ESA de la población mayor -en su mayoría jubilada-. Según Ma y McGhee (2013), la variable principal que determina el ESA de la población mayor china es la dificultad económica para cubrir los gastos de la vida diaria: a mayor dificultad económica, peor estado de salud. Y aquellas personas que han desempeñado a lo largo de su vida trabajos de mayor cualificación declaran mejor salud que las que han ocupado empleos más rutinarios y elementales. Sin embargo, cuando se incorporan variables como el número de enfermedades crónicas, la capacidad para realizar las tareas diarias, etc. en estudios de esta clase, éstas son las que influyen en mayor medida en el ESA de los mayores. Por ejemplo, Haseen et al. (2010) encuentran que los principales determinantes del ESA son variables de este tipo aunque el nivel educativo, la situación profesional y variables relativas al nivel de ingresos también son relevantes. Los resultados encontrados también están en línea con los obtenidos en nuestro estudio.

Los trabajos que se han citado incorporan en su análisis, como se ha visto, variables que miden la situación económica del hogar. En algunos, esta medida se introduce mediante el grado de dificultad económica que tiene el hogar para hacer frente a sus gastos y, en otros, se emplean directamente los ingresos del hogar. Se ha visto como en todos ellos el estado de salud se autopercibe de mejor manera cuando las dificultades económicas del hogar son menores o cuando sus ingresos son mayores, lo cual coincide con nuestros resultados. Un aspecto a destacar es que Hambleton et al. (2005) concluyen que los hogares con mayores dificultades económicas para cubrir sus necesidades y en los que hay una mayor cantidad de miembros la salud se autopercibe de peor manera, aspectos éstos tenidos en cuenta por nosotros a la hora de construir nuestra variable de la situación económica del hogar.

Nuestros resultados también muestran que el nivel educativo está fuertemente asociado con el buen ESA, de forma que a medida que el primero aumenta, el segundo varía en el mismo sentido. Estos resultados son obtenidos en todos los estudios mencionados en los que se incorpora esta variable en el análisis (Molarius et al. 2006; Hosseinpoor et al. 2012; Kaleta et al. 2008; Ma y McGhee 2013; Haseen et al. 2010). Según Subramanian et al. (2010), esta relación de variables no depende del nivel de desarrollo económico de los países, ya que encuentran dicha correlación positiva en los 69 países en los que la analizan. Esto puede deberse a la estrecha relación entre el nivel educativo y el mercado laboral. El primero condiciona las trayectorias profesionales de los individuos, la posibilidad de encontrar y mantener un empleo, contribuye a la reducción de las tasas de desempleo y al crecimiento de las tasas de empleo, etc. Por tanto, gozar de un alto nivel de estudios contribuye a la mejora del estado de salud, ya que se puede disfrutar de una mejor calidad de vida al tiempo que se tiene un mayor conocimiento sobre qué comportamientos son más saludables y a dónde acudir en caso de malestar en el momento oportuno (Kaleta et al. 2008).

Centrándonos en los resultados que hemos obtenido a nivel autonómico, el ESA es mejor o peor dependiendo de la Comunidad en la que se resida. Así, las CC.AA. en las que el buen ESA se encuentra por encima de la media nacional son Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla la Mancha, Cataluña, Navarra y La Rioja. Cantarero y Pascual (2006) encuentran que las Comunidades en las que el buen ESA se encuentra por encima de la media nacional en el año 2003 son las mismas que en nuestro análisis excluyendo Baleares y Castilla la Mancha e incorporando Aragón, Comunidad Valenciana, Madrid y País Vasco.

El único trabajo encontrado que, empleando la Encuesta Nacional de Salud de 2003, analiza los determinantes socioeconómicos del ESA individual a nivel autonómico es el realizado por los autores mencionados, Cantarero y Pascual (2006). En nuestro estudio hemos obtenido que en la mayoría de CC.AA. el nivel educativo se correlaciona positivamente con el buen ESA, destacando Murcia como la Comunidad en la que las personas con estudios secundarios autoperciben mejor salud que las que tienen estudios universitarios. Sin embargo, Cantarero y Pascual (2006) obtienen que en todas las CC.AA. españolas se da un efecto directo entre el nivel educativo y el buen ESA. No obstante, en el estudio de estos autores la variable relativa al nivel educativo es una dummy que toma el valor 1 si el individuo es analfabeto o no tiene estudios y 0 si se da otro caso, no incorporando más dummies que recojan distintos niveles de estudios. Por tanto, no nos permite conocer, exactamente, las diferencias en la probabilidad de declarar buen estado de salud entre distintos niveles educativos en cada Comunidad, lo cual sería bastante interesante para poder establecer comparaciones más precisas con nuestros resultados. Entre nuestros resultados también destaca que en la mayoría de CC.AA. los estudiantes son más propensos a declarar buena salud que los trabajadores y éstos últimos lo son respecto a los desempleados (excepto en Galicia y Aragón). Además llaman la atención los casos de Canarias y Aragón, donde los jubilados perciben mejor salud que los trabajadores. Cantarero y Pascual (2006) concluyen que las únicas CC.AA. en las que los desempleados son más propensos a declarar buena salud que el resto de casos<sup>10</sup> son Aragón, Canarias, Cantabria, Extremadura, Murcia y Navarra. Por último, estos autores obtienen, al igual que nosotros, que en la mayoría de CC.AA. a mayor renta en el hogar -menores dificultades económicas-, mejor ESA, aunque entre nuestros resultados destaca que en Andalucía, Asturias, las dos Castillas, Comunidad Valenciana, Extremadura y Madrid los individuos que residen en hogares con una peor situación económica tienen más probabilidad de declarar buen ESA.

Además de las diferencias encontradas en relación a los factores socioeconómicos, la edad es otro factor que proporciona respuestas distintas entre algunas CC.AA. De nuestro estudio se desprende que en determinadas Comunidades (Cantabria, Murcia, Navarra y La Rioja) la población de mayor edad tiene una mejor autopercepción de su estado de salud que la de edades inferiores. Otros estudios han observado este mismo

---

<sup>10</sup> No se especifica quiénes son las personas que no están desempleadas, es decir, podrían ser trabajadores, estudiantes, amas de casa, una combinación de algunos de éstos, etc.

fenómeno. Damián et al. (1999) obtienen que los más mayores perciben su salud en mejores condiciones que los más jóvenes, lo cual también es observado por Haseen et al. (2010). Además, Cantarero y Pascual (2006) también concluyen que no en todas las CC.AA. la probabilidad de declarar buen estado de salud disminuye con la edad (por ejemplo, Murcia o Comunidad Valenciana).

Mediante este análisis autonómico queda claro que el lugar de residencia es un elemento clave a la hora de entender cómo se autopercebe la salud entre la población residente en España. En este sentido Oliva et al. (2010) estudian los determinantes del ESA en dos regiones españolas que presentan características económicas, sociales, culturales,... distintas: Canarias y Cataluña. Este estudio encuentra enormes diferencias en el impacto de los factores que influyen en el ESA entre ambas regiones, siendo los catalanes más propensos a declarar buena salud que los canarios. De igual forma, Faresjö y Rahmqvist (2010) estudian qué factores influyen en el ESA en dos regiones diferentes: una en la que el ambiente es predominantemente obrero y otra en la que es administrativo. Y concluyen que en la zona administrativa se percibe mejor salud que en la obrera, lo cual es atenuado por el nivel de estudios.

La investigación llevada a cabo no está exenta de algunas limitaciones. La variable que se ha empleado para medir el estado de salud de la población residente en España es de carácter subjetivo (el ESA) con lo que, frente a otras medidas objetivas del estado de salud, el individuo podría infravalorar o sobrevalorar su estado de salud (Subramanian et al. 2010). Además, la agrupación de las alternativas de respuesta del ESA podría traer consigo pérdidas de información, ya que dependiendo del punto en el que se establezca el corte los resultados del análisis podrían verse alterados. Por otro lado, el estudio realizado es de carácter transversal, lo cual implica que las conclusiones a las que se ha llegado sean referidas a un momento puntual del tiempo. Ante esta última limitación se propone una futura línea de investigación, la cual permitiría superarla.

Dada la delicada situación económica que empieza a experimentar España a partir de 2007, parecería lógico pensar que el ESA por sus habitantes se haya visto afectado. Este estudio no aporta evidencia sobre esto pero es un buen primer paso para continuar analizando este fenómeno de forma longitudinal. Así, empleando posteriores Encuestas Europeas de Salud en España a la del año 2009, se podría observar cómo se ve alterado el ESA de los españoles, si los factores socioeconómicos que influyen en el mismo difieren de un período de

tiempo a otro y, si lo hacen, cómo es esa evolución,... La necesidad de continuar por esta línea de investigación se acentúa si se tiene en cuenta una de las principales consecuencias de la crisis económica y financiera: la alta vulnerabilidad del mercado laboral español. Según las cifras proporcionadas por el INE, desde 2007 hasta el año en que se realiza este estudio (2009), la tasa de empleo española desciende en 4,90 puntos porcentuales mientras que la tasa de paro aumenta en una mayor proporción (9,75 puntos porcentuales). Y, dado que la situación de desempleo se caracteriza por ser, en la mayoría de los casos, de larga duración ( $\geq 6$  meses), los estudios longitudinales permitirían saber si, tal como hemos obtenido, los trabajadores siguen siendo más propensos a declarar buena salud que los desempleados.

## **5.- CONCLUSIONES**

El estatus socioeconómico tiene un impacto significativo en la salud autopercebida en España, aunque este efecto no es homogéneo a lo largo de todas las Comunidades Autónomas.

En el ámbito del conjunto del Estado, a medida que aumenta el nivel educativo del individuo aumenta su probabilidad de declarar buen estado de salud. Igualmente, cuando la situación económica del hogar es mejor esta probabilidad es mayor. Y, a pesar de que los estudiantes sean quienes más probabilidad tienen de declarar buena salud, los trabajadores también destacan por su alta autopercepción del estado de salud. Por otra parte, el factor edad también juega un papel relevante en la autopercepción de la salud, derivándose que a mayor edad del individuo, menor probabilidad de percibir su salud como buena.

En el ámbito autonómico, el ESA difiere sustancialmente entre las regiones españolas, dando lugar a la existencia de desigualdades regionales en salud, las cuales podrían venir originadas por las desigualdades en el estatus socioeconómico a nivel de CC.AA. (i.e. renta per cápita y empleo de las regiones). No obstante, también se ha detectado que, dentro de cada Comunidad, los factores socioeconómicos tienen un impacto distinto sobre el ESA. Así, hay CC.AA. en las que dicho impacto no es el mismo que el que se produce a nivel nacional. Por ejemplo, en algunas Comunidades la probabilidad de declarar buen estado de salud es mayor en hogares que presentan una peor situación económica o dicha probabilidad es mayor cuando el individuo tiene un menor nivel educativo.

Por tanto, si el nivel socioeconómico influye en el ESA, la mejor manera de promocionar la salud de los españoles es actuando sobre estos factores. En este sentido, el análisis cluster efectuado puede ayudar a promover políticas similares en aquellas regiones que presentan características más afines entre sí.

## 6. BIBLIOGRAFÍA

Abásolo I. y Tsuchiya A. (2008) Understanding preference for egalitarian policies in health: are age and sex determinants? *Applied Economics*; 40: 2451-2461.

Abásolo I. y Tsuchiya A. (2004) Exploring social welfare functions and violation of monotonicity: an example from inequalities in health. *Journal of Health Economics*; 23: 313–29.

Andersson F. y Lyttkens C.H. (1999) Preferences for equity in health behind a veil of ignorance. *Health Economics*; 8: 369–78.

Azpiazu Garrido, M., Cruz Jentoft, A., Villagrasa Ferrer, J.R., Abanades Herranz, J.C., García Marín, N., Alvear Valero de Bernabé, F. (2002). “Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años”. *Revista Española de Salud Pública*, 76: 683-699. Consultado el 24 de febrero de 2013: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n6/original3.pdf>.

Cantarero Prieto, David y Pascual Sáez, Marta. (2006). “Descentralización y diferencias de salud en España”. En *Financiación regional de la sanidad: perspectivas de reforma*, eds. Fundación Pública Andaluza Centro de Estudios Andaluces. 125-140. España.

Damián, J., Ruigomez, A., Pastor, V., Martin-Moreno, J.M. (1999). “Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 412–416. Consultado el 5 de marzo de 2013:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/accidys2/bbtk.ull.es/pubmed/10492734>.

Dolan P., Tsuchiya A., Smith P., Shaw R. y Williams A. (2002) Determining the parameters in a social welfare function using stated preference data: an application to health. Sheffield Health Economics Study Group, University of Sheffield. Discussion Paper Series nº2.

Dolan, P. (2003). “The measurement of Health-Related Quality of life”. En *Handbook of Health Economics*, eds. Culyer, A.J., Newhouse, J.P. Vol 1B: 1723-1755. Norte de Holanda: Elsevier

España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. *Boletín Oficial del Estado*, Jueves 29 de mayo de 2003, núm.128, pp. 20567-20588. Consultado el 12 de abril de 2013: <http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/docs/LeyCohesionyCalidad.pdf>

España. Ley 14/1986 General de Sanidad, de 25 de abril. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102, pp. 15207-15224. Consultado el 12 de abril de 2013: <https://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

Faresjö, T., Rahmqvist, M. (2010). “Educational level is a crucial factor for good perceived health in the local community”. *Scand J Public Health*, 38: 605. Consultado el 1 de abril de 2013: <http://sfp.sagepub.com/content/38/6/605>.

Hambleton, I.R., Clarke, K., Broome, H.L., Fraser, H.S., Brathwaite, F., Hennis, A.J. (2005). “Historical and current predictors of self-reported health status among elderly persons in Barbados”. *Rev Panam Salud Pública*, 17(5/6): 342–52. Consultado el 27 de marzo de 2013: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26271.pdf>.

Haseen, F., Adhikari, R., Soonthorndhada, K. (2010). "Self-assessed health among Thai elderly". *BMC Geriatrics*, 10: 30. Consultado el 5 de marzo de 2013: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/10/30>.

Hosseinpour, A.R., Stewart Williams, J., Amin, A., Araujo de Carvalho, I., Beard, J., Boerma, T., Kowal, P., Naidoo, N., Chatterji, S. (2012). "Social determinants of self-reported health in women and men: understanding the role of gender in population health". *Plos One*, 7(4): e34799. Consultado el 27 de marzo de 2013: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0034799>.

Instituto Nacional de Estadística; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2010). "Encuesta Europea de Salud en España, EES-2009. Metodología". *INE*, 1-54. Consultado el 10 de enero de 2013: <http://www.ine.es/metodologia/t15/t153042009.pdf>

Johannesson M. y Gerdtham U.G. (1996) A note on the estimation of the equity-efficiency trade-off for QALYs. *Journal of Health Economics*; 15: 359–68.

Kaleta, D., Makowiec-Dąbrowska, T., Jegier, A. (2008). "Employment status and self rated health". *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 21(3): 227–236. Consultado el 5 de marzo de 2013: <http://www.degruyter.com/view/j/ijmh.2008.21.issue-3/v10001-008-0023-y/v10001-008-0023-y.xml>

Kunst, A.E., Geurts, J.J.M., van den Berg, J. (1995). "International variation in socioeconomic inequalities in self reported health". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49: 117-123. Consultado el 27 de marzo de 2013: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/accidys2.bbtck.ull.es/pmc/articles/PMC1060094/pdf/jepicomh00189-0007.pdf>

Ma, X., McGhee, S.M. (2013). "A cross-sectional study on socioeconomic status and health-related quality of life among elderly Chinese". *BMJ Open*, 3: e002418. Consultado el 27 de marzo de 2013: <http://bmjopen.bmj.com/accidys2.bbtck.ull.es/content/3/2/e002418.long>.

Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Lambe, M., Nordström, E., Eriksson, H.G., Feldman, I. (2006). "Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden". *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 2, 125–133. Consultado el 5 de abril de 2013: <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/17/2/125.full.pdf+html>.

Oliva-Moreno, J., Zozaya, N., López-Valcárcel, B.G. (2010). "Opposite poles: A comparison between two Spanish regions in health-related quality of life, with implications for health policy". *BMC Public Health* 10: 576. Consultado el 23 de febrero de 2013: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/576>.

Regidor, E, Martínez, D., Astasio, P., Ortega P., Calle, M.E., Domínguez, V. (2006). "Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España". *Gaceta Sanitaria*, 20(3): 1-5. Consultado el 5 de marzo de 2013: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/evolucion-las-desigualdades-socioeconomicas-las-desigualdades-percepcion-13088847-originales-2006>.

Sadana, Ritu; Brown, Chris; Hosseinpour, Ahmadreza; Lee, Jennifer; Goldblatt, Peter. (2010). "Monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud en la UE: aspectos generales". En *Hacia la equidad en salud: monitorización de los determinantes sociales de la salud y reducción de las desigualdades en salud. Informe independiente de expertos comisionado por la Presidencia Española de la UE*, eds. Ministerio de Sanidad y Política Social. Pp. 27-35. Madrid. Consultado el 12 de abril de 2013: [http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE\\_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf](http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/PresidenciaUE_2010/conferenciaExpertos/docs/haciaLaEquidadEnSalud.pdf).

Sözmen, K., Baydur, H., Simsek, H., Ünal, B. (2012). “Decomposing socioeconomic inequalities in self assessed health in Turkey”. *International Journal for Equity in Health*, 11: 73. Consultado el 5 de marzo de 2013: <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/73>.

Subramanian, S.V., Huijts, T., Avendano, M. (2010). “Self-reported health assessment in the 2002 World Health survey: how do they correlate with education?” *Bull World Health Organ*, 88: 131-138. Consultado el 5 de marzo de 2013: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/accidys2.bbt.ull.es/pmc/articles/PMC2814481/pdf/09-067058.pdf>.

Wagstaff, Adam, Van Doorslaer, Eddy. (2003). “Equity in health care finance and delivery”. En *Handbook of Health Economics*, eds. Culyer, A.J., Newhouse, J.P. Vol 1B: 1803-1857. Norte de Holanda: Elsevier

7. ANEXO

**TABLA 2. FACTORES EXPLICATIVOS**

	<b>CÓDIGO FICHERO MICRODATOS</b>	<b>ALTERNATIVAS DE RESPUESTA (CUESTIONARIO)</b>	<b>RECODIFICACIÓN</b>
<b>VARIABLES SOCIOECONÓMICAS</b>			
Nivel educativo	HH13. Nivel de estudios	No sabe leer o escribir	Sin estudios o con estudios primarios
		Estudios primarios incompletos	
		Educación primaria o equivalente	
		Educación secundaria de primera etapa	Estudios secundarios
		Estudios de bachillerato	
		Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes	
		Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes	Estudios universitarios
		Estudios universitarios de 1 y 2 ciclo o equivalentes	
Doctorado o equivalente			
Situación profesional del entrevistado	HH8_i. Actividad económica: situación actual	Trabajando (incluyendo el trabajo no remunerado en un negocio familiar o empresa, el aprendizaje o práctica profesional remunerada, aunque actualmente no esté trabajando por baja maternal, permiso de paternidad, baja por enfermedad, o vacaciones)	Trabajando
		En desempleo	En desempleo
		Estudiando o en formación en prácticas no remuneradas	Estudiando o en formación en prácticas no remuneradas
		Jubilado (incluido jubilación anticipada) o retirado del negocio	Jubilado (incluido jubilación anticipada) o retirado del negocio
		Incapacitado para trabajar (incluye pensión de Invalidez o incapacidad permanente)	Incapacitado para trabajar
		Dedicado principalmente a las labores del hogar	Otros
Otros (personas que no estén incluidas en ninguna de las categorías anteriores y personas que con carácter altruista y solidario desarrollan libremente y con gratuidad una actividad asistencial de carácter cívico y social)			
Situación	A partir del cuestionario de hogares se ha deducido el número de trabajadores y el número de jubilados		Mejor (ratio indicado en la sección 2. entre

económica actual del hogar	residentes en el hogar.		(0,5 y 1)
			Peor (ratio indicado en la sección 2. entre (0 y 0,5))
<b>VARIABLES SOCIO-DEMOGRÁFICAS</b>			
Sexo	SEXO	Hombre	Hombre
		Mujer	Mujer
Edad	EDAD	Variable continua	16-34 años
			35-49 años
			50-64 años
			65-74 años
			Más de 75 años
Nacionalidad	HH10_1a. Nacionalidad: española	España	Española
		España y Extranjero	
	HH10_1b. Nacionalidad: extranjera	Extranjero	Extranjera
Estado civil	HH11. Estado civil legal	Viudo	Viudo, separado legalmente o divorciado
		Separado legalmente	
		Divorciado	
		Soltero	
	HH12. Convive actualmente en pareja	Casado	Soltero que <b>no</b> convive en pareja
		Sí	Casado o soltero que convive en pareja
	No		

**TABLA 4. PARÁMETROS ESTIMADOS (NIVEL NACIONAL Y AUTONÓMICO)**

	NACIONAL	ANDALUCÍA	ARAGÓN	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	CASTILLA Y LEÓN	CASTILLA LA MANCHA
Término independiente	0,2833	0,0739	0,1280	0,4190	1,1514	-0,2702	0,8232	-0,1717	0,7065
Hombre	0,4291	0,5543	0,4154	0,2663	0,4104	0,1124	0,5958	0,7308	0,5287
16-34 años	1,9424	2,3872	2,1877	2,1085	1,7599	2,1791	2,2982	2,4547	2,5816
35-49 años	1,4209	1,7292	2,0024	1,0142	1,3499	1,7055	1,6038	1,7134	1,3483
50-64 años	0,8157	1,2384	1,1980	0,4047	0,5772	0,9129	0,9788	1,1173	0,7392
65-74 años	0,4374	0,5645	0,2389	0,3962	0,4990	0,3834	1,1135	0,6934	0,7173
Nacionalidad Española	-0,0045	-0,5061	-0,0523	0,2549	-0,0358	0,4092	0,4472	0,3880	-0,3780
Soltero que no convive en pareja	0,1806	0,4483	0,0778	-0,3772	-0,0730	0,0382	-0,1988	-0,1002	-0,4017
Casado o soltero que convive en pareja	0,1281	0,2669	0,3500	0,0080 (* (**)	-0,3023	0,1222	-0,5741	-0,1454 (***)	0,2225
Sin estudios o con estudios primarios	-0,8934	-0,9638	-0,8101	-0,6866	-0,7578	-0,8672	-0,7642	-0,7625	-1,2236
Estudios secundarios	-0,4056	-0,2671	-0,7985	-0,1589	-0,3685	0,0476	-0,6932	-0,1933	-0,5785
En desempleo	-0,3624	-0,5341	0,1931	-0,6908	-0,3973	-0,2947	-0,0435	-0,5217	-0,4500
Estudiando o en formación en prácticas no remuneradas	0,2921	-0,3212	1,5046	-0,2150	-0,2880	1,5690	1,2309	-0,6271	0,3803
Jubilado o retirado del negocio	-0,5026	-0,7295	0,3398	-0,9190	-0,7497	0,2590	-1,0292	-0,4658	-0,4531
Incapacitado para trabajar	-2,5292	-2,3720	-1,6495	-3,0195	-2,3203	-1,9243	-2,8006	-3,6551	-2,2760
Otros	-0,3015	-0,1909	-0,2673	-0,7991	-0,6296	-0,4512	-0,4054	-0,2511	-0,5835
Peor Situación Eco. Hogar	-0,0177	0,3562	-0,6721	0,2051	-0,0933	-0,5061	-0,5517	0,0854	0,2151

(\*) **No** significativo estadísticamente al 1%; (\*\*) **No** significativo estadísticamente al 5%; (\*\*\*) **No** significativo estadísticamente al 10%

**NOTA:** Se han considerado como categorías de referencia las modalidades: mujer (sexo); más de 75 años (edad); extranjera (nacionalidad); viudos, separados legalmente o divorciados (estado civil); estudios universitarios (nivel educativo); trabajando (situación profesional del encuestado) y mejor (situación económica del hogar).

**TABLA 4. PARÁMETROS ESTIMADOS (NIVEL NACIONAL Y AUTONÓMICO). Continuación**

	CATALUÑA	COMUNIDAD VALENCIANA	EXTREMADURA	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	PAÍS VASCO	LA RIOJA
Término independiente	1,0173	0,5052	1,1350	0,5327	-0,0748	-0,5688	1,5480	-0,3769	0,1008
Hombre	0,3551	0,1612	0,6720	0,5688	0,5783	0,7536	0,4921	0,0386	0,2653
16-34 años	2,0010	1,7834	1,5333	1,9220	1,5190	1,6709	0,8615	1,7639	2,4158
35-49 años	1,6801	1,0021	0,8142	1,3236	1,3512	1,1721	0,9474	1,6007	1,6223
50-64 años	0,8202	0,8296	0,6128	0,4695	0,7053	-0,1282	0,8750	0,9700	1,0446
65-74 años	0,3097	0,7660	0,4230	0,0641	0,2446	-0,0321	0,6854	0,5673	1,2047
Nacionalidad Española	-0,4892	-0,1760	-0,8240	0,1417	0,2836	0,9321	-0,3192	0,6993	0,4625
Soltero que no convive en pareja	-0,0481	0,6696	-0,0404	-0,1877	0,3164	-0,3240	0,0976	0,8262	-0,2030
Casado o soltero que convive en pareja	0,2653	0,4255	0,0460	-0,1556	-0,0005 (*)(**)(***)	-0,3938	0,0670	0,4102	-0,2799
Sin estudios o con estudios primarios	-0,9845	-1,0142	-1,0161	-1,3943	-0,7369	-0,2618	-0,9220	-0,6604	-0,1826
Estudios secundarios	-0,6638	-0,5266	-0,4098	-0,8970	-0,4111	0,6673	-0,7059	-0,2861	0,0440
En desempleo	-0,5351	-0,4341	-0,7668	0,0503	-0,0799	0,0094 (**)(***)	-0,7355	-0,4024 (*)	-0,4546
Estudiando o en formación en prácticas no remuneradas	0,7741	-0,3583	0,1164	1,7502	0,3685	0,0620	1,1296	0,1004	0,2353
Jubilado o retirado del negocio	-0,3257	-0,6981	-1,1151	-0,5531	-0,3887	-1,2459	-0,7684	-0,2308	-0,8819
Incapacitado para trabajar	-2,8626	-3,0513	-2,7989	-2,1029	-2,5703	-1,9699	-1,7005	-2,8590	-1,7213
Otros	-0,2507	-0,5941	-0,8061	0,1584	-0,2312	0,2222	-0,1907	-0,5204	-0,2757
Peor Situación Eco. Hogar	-0,1643	0,1117	0,3641	-0,1695	0,0283	-0,0665	-0,2884	-0,4509	-0,4006

(\*) No significativo estadísticamente al 1%; (\*\*) No significativo estadísticamente al 5%; (\*\*\*) No significativo estadísticamente al 10%

**NOTA:** Se han considerado como categorías de referencia las modalidades: mujer (sexo); más de 75 años (edad); extranjera (nacionalidad); viudos, separados legalmente o divorciados (estado civil); estudios universitarios (nivel educativo); trabajando (situación profesional del encuestado) y mejor (situación económica del hogar).

**TABLA 5. COCIENTES DE ODD-RATIO (ESPAÑA Y CC.AA.)**

		NACIONAL	ANDALUCÍA	ARAGÓN	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	CASTILLA Y LEÓN	CASTILLA LA MANCHA	CATALUÑA	C.VALENCIANA	EXTREMA DURA	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	PAÍS VASCO	LA RIOJA
<b>SEXO</b>	Hombre/Mujer	1,54	1,74	1,51	1,31	1,51	1,12	1,81	2,08	1,70	1,43	1,17	1,96	1,77	1,78	2,12	1,64	1,04	1,30
<b>EDAD</b>	16-34/35-49 años	1,68	1,93	1,20	2,99	1,51	1,61	2,00	2,10	3,43	1,38	2,18	2,05	1,82	1,18	1,65	0,92	1,18	2,21
	16-34/50-64 años	3,09	3,15	2,69	5,49	3,26	3,55	3,74	3,81	6,31	3,26	2,60	2,51	4,27	2,26	6,04	0,99	2,21	3,94
	16-34/65-74 años	4,50	6,19	7,02	5,54	3,53	6,02	3,27	5,82	6,45	5,43	2,77	3,04	6,41	3,58	5,49	1,19	3,31	3,36
	16-34/Más de 75 años	6,98	10,88	8,91	8,24	5,81	8,84	9,96	11,64	13,22	7,40	5,95	4,63	6,83	4,57	5,32	2,37	5,83	11,20
	35-49/50-64 años	1,83	1,63	2,24	1,84	2,17	2,21	1,87	1,82	1,84	2,36	1,19	1,22	2,35	1,91	3,67	1,08	1,88	1,78
	35-49/65-74 años	2,67	3,20	5,83	1,86	2,34	3,75	1,63	2,77	1,88	3,94	1,27	1,48	3,52	3,02	3,33	1,30	2,81	1,52
	35-49/Más de 75 años	4,14	5,64	7,41	2,76	3,86	5,50	4,97	5,55	3,85	5,37	2,72	2,26	3,76	3,86	3,23	2,58	4,96	5,06
	50-64/65-74 años	1,46	1,96	2,61	1,01	1,08	1,70	0,87	1,53	1,02	1,67	1,07	1,21	1,50	1,59	0,91	1,21	1,50	0,85
	50-64/Más de 75 años	2,26	3,45	3,31	1,50	1,78	2,49	2,66	3,06	2,09	2,27	2,29	1,85	1,60	2,02	0,88	2,40	2,64	2,84
65-74/Más de 75 años	1,55	1,76	1,27	1,49	1,65	1,47	3,05	2,00	2,05	1,36	2,15	1,53	1,07	1,28	0,97	1,98	1,76	3,34	
<b>NACIONALIDAD</b>	Española/No española	1,00	0,60	0,95	1,29	0,96	1,51	1,56	1,47	0,69	0,61	0,84	0,44	1,15	1,33	2,54	0,73	2,01	1,59
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltero no convivencia/ Casado o soltero sí convivencia	1,05	1,20	0,76	0,68	1,26	0,92	1,46	1,05	0,54	0,73	1,28	0,92	0,97	1,37	1,07	1,03	1,52	1,08
	Soltero no convivencia/ Viudo, separado o divorciado	1,20	1,57	1,08	0,69	0,93	1,04	0,82	0,90	0,67	0,95	1,95	0,96	0,83	1,37	0,72	1,10	2,28	0,82
	Casado o soltero sí convivencia/ Viudo, separado o divorciado	1,14	1,31	1,42	1,01	0,74	1,13	0,56	0,86	1,25	1,30	1,53	1,05	0,86	1,00	0,67	1,07	1,51	0,76
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>	Sin estudios o solo Primarios/ Estudios Secundarios	0,61	0,50	0,99	0,59	0,68	0,40	0,93	0,57	0,52	0,73	0,61	0,55	0,61	0,72	0,39	0,81	0,69	0,80
	Sin estudios o solo Primarios/ Estudios Universitarios	0,41	0,38	0,44	0,50	0,47	0,42	0,47	0,47	0,29	0,37	0,36	0,36	0,25	0,48	0,77	0,40	0,52	0,83
	Estudios Secundarios/ Estudios Universitarios	0,67	0,77	0,45	0,85	0,69	1,05	0,50	0,82	0,56	0,51	0,59	0,66	0,41	0,66	1,95	0,49	0,75	1,04

TABLA 5. COCIENTES DE ODD-RATIO (ESPAÑA Y CC.AA.). *Continuación*

		NACIONAL	ANDALUCÍA	ARAGÓN	ASTURIAS	BALEARES	CANARIAS	CANTABRIA	CASTILLA Y LEÓN	CASTILLA LA MANCHA	CATALUÑA	C.VALENCIA NA	EXTREMA DURA	GALICIA	MADRID	MURCIA	NAVARRA	PAÍS VASCO	LA RIOJA
<b>SITUACIÓN PROFESIONAL</b>	Trabajando/Desempleado	1,44	1,71	0,82	2,00	1,49	1,34	1,04	1,68	1,57	1,71	1,54	2,15	0,95	1,08	0,99	2,09	1,50	1,58
	Trabajando/Estudiando	0,75	1,38	0,22	1,24	1,33	0,21	0,29	1,87	0,68	0,46	1,43	0,89	0,17	0,69	0,94	0,32	0,90	0,79
	Trabajando/Jubilado	1,65	2,07	0,71	2,51	2,12	0,77	2,80	1,59	1,57	1,38	2,01	3,05	1,74	1,48	3,48	2,16	1,26	2,42
	Trabajando/Incapacitado	12,54	10,72	5,20	20,48	10,18	6,85	16,45	38,67	9,74	17,51	21,14	16,43	8,19	13,07	7,17	5,48	17,44	5,59
	Trabajando/Otros	1,35	1,21	1,31	2,22	1,88	1,57	1,50	1,29	1,79	1,28	1,81	2,24	0,85	1,26	0,80	1,21	1,68	1,32
	Desempleado/Estudiando	0,52	0,81	0,27	0,62	0,90	0,16	0,28	1,11	0,44	0,27	0,93	0,41	0,18	0,64	0,95	0,15	0,60	0,50
	Desempleado/Jubilado	1,15	1,22	0,86	1,26	1,42	0,57	2,68	0,95	1,00	0,81	1,30	1,42	1,83	1,36	3,51	1,03	0,84	1,53
	Desempleado/Incapacitado	8,73	6,28	6,31	10,26	6,84	5,10	15,76	22,95	6,21	10,25	13,70	7,63	8,61	12,07	7,24	2,62	11,66	3,55
	Desempleado/Otros	0,94	0,71	1,58	1,11	1,26	1,17	1,44	0,76	1,14	0,75	1,17	1,04	0,90	1,16	0,81	0,58	1,13	0,84
	Estudiando/Jubilado	2,21	1,50	3,21	2,02	1,59	3,71	9,58	0,85	2,30	3,00	1,40	3,43	10,01	2,13	3,70	6,67	1,39	3,06
	Estudiando/Incapacitado	16,80	7,77	23,43	16,52	7,63	32,89	56,35	20,66	14,24	37,97	14,78	18,45	47,14	18,89	7,63	16,95	19,29	7,08
	Estudiando/Otros	1,81	0,88	5,88	1,79	1,41	7,54	5,14	0,69	2,62	2,79	1,27	2,52	4,91	1,82	0,85	3,74	1,86	1,67
	Jubilado/Incapacitado	7,59	5,17	7,31	8,17	4,81	8,88	5,88	24,27	6,19	12,64	10,52	5,39	4,71	8,86	2,06	2,54	13,85	2,31
	Jubilado/Otros	0,82	0,58	1,84	0,89	0,89	2,03	0,54	0,81	1,14	0,93	0,90	0,73	0,49	0,85	0,23	0,56	1,34	0,55
	Incapacitado/Otros	0,11	0,11	0,25	0,11	0,18	0,23	0,09	0,03	0,18	0,07	0,09	0,14	0,10	0,10	0,11	0,22	0,10	0,24
<b>SITUACIÓN ECO. HOGAR</b>	Peor/Mejor	0,98	1,43	0,51	1,23	0,91	0,60	0,58	1,09	1,24	0,85	1,12	1,44	0,84	1,03	0,94	0,75	0,64	0,67