

MASTER OFICIAL UNIVERSITARIO EN SALUD PÚBLICA. CURSO: 2012 – 2013

Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza

Factores asociados con el estado de salud percibida: estudio exploratorio de la población española desde la Encuesta Nacional de Salud (2006-2012)

Alumna: M^a Dolores Sesma Carlos,
Delegación del Plan Nacional sobre Drogas

Tutor: Rafael Fernández-Cuenca Gómez,
Centro Nacional de Epidemiología,
Instituto de Salud Carlos III.

Fecha de presentación:
5 de diciembre de 2013

Índice

	Págs.
1. Resumen.....	2
2. Introducción.....	4
2.1. Antecedentes	
2.2. Justificación	
2.3. Objetivos	
3. Métodos y recursos utilizados.....	12
3.1. Población de estudio, diseño y fuentes de información	
3.2. Medidas	
3.2.1. Estado de salud percibida	
3.2.2. Variables explicativas	
3.2.2.1 Estatus socioeconómico	
3.2.2.2. Grupos de edad	
3.2.2.3. Factores mediadores del estado de salud percibida:	
factores potenciales de riesgo	
3.3. Análisis de datos	
4. Resultados.....	15
4.1. Características de la población de estudio y asociación entre factores	
4.2. Contribución de factores mediadores	
5. Discusión.....	21
6. Conclusiones.....	24
7. Relación de tablas.....	25
Agradecimientos.....	32
Referencias bibliográficas.....	32
Anexo.....	

1. Resumen

Background: Los objetivos de este estudio han sido explorar las asociaciones entre el estado de salud percibida (ESP) con varios factores ocupacionales, psicosociales y socio-sanitarios en la población española entre 25 y 64 años durante 2006 y 2012, y examinar si una parte de estas asociaciones varía de acuerdo al nivel educativo.

Métodos: Este estudio está basado en los datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE2011-12 y ENSE2006), incluyendo 6.584 hombres y 6.871 mujeres en 2012, y 13.455 hombres y 19.475 mujeres en 2006, todos ellos con edades comprendidas entre 25 y 64 años. El ESP se ha medido utilizando un único ítem y se ha dicotomizado en buena (muy buena, buena) y mala (regular, mala, muy mala) salud. Los factores se han clasificado mediante cuatro grupos diferentes: factores laborales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales. Los resultados se han ajustado por edad, nivel educativo y clase social, y se han estratificado por género.

Resultados: Cuando todos los factores se estudian conjuntamente, se asociaron con un peor ESP en los dos años de estudio 2006 y 2012: la edad, el nivel educativo, la clase social, una peor salud mental, padecer ciertas enfermedades crónicas, un mayor consumo de medicamentos, haber sido hospitalizado y atendido en un servicio de urgencias, haber acudido a una consulta médica recientemente, fumar y haber fumado, obesidad y sobrepeso. Se encontraron diferencias en algunas de estas asociaciones de acuerdo al nivel educativo.

Conclusiones: Se encontró varios tipos de factores asociados más intensamente con mal ESP, y algunas de estas asociaciones fueron similares de acuerdo al nivel educativo.

Palabras clave: Estado de salud percibida, factores laborales, factores psicosociales, factores socio-sanitarios, factores conductuales, estatus socio-económico.

2. Introducción

Las desigualdades sociales en salud están influidas por las condiciones sociales, económicas y políticas (CSDH, 2008). Un riesgo potencial para la salud pública puede constituir la reciente crisis económica y financiera desatada en 2008 (Karanikopolos et al, 2013:1323). En España se produjo una caída del producto interior bruto en términos reales en un 3,8% de media de descenso entre 2008 y 2009 (European Commission, 2012).

Desde el inicio de la crisis, las tasas de desempleo se incrementaron substancialmente. Entre 2007 y 2010 el desempleo en España aumentó un 12%. En 2012 se alcanzó una de las tasas de desempleo más elevadas de la Unión Europea, un 25% frente a una media de 10,5% en la UE-28 (European Commission, 2012).

Otro indicador de interés en el contexto de recesión española es la esperanza de vida al nacimiento en la población residente en España. Ha disminuido por primera vez en décadas, situándose en 78,87 en varones y en 84,82 en mujeres entre julio 2010-julio 2011, lo que supone romper la tendencia creciente mantenida desde 1991 (INE, 2012). No obstante, se trata de un ligero descenso (ocho centésimas menos que en 2010 en la media de 81,87 para ambos sexos) por lo que sería prematuro hablar de un cambio de tendencia y cabe esperar datos sobre su evolución. Consecuencias a corto plazo como el aumento del paro en los sustentadores principales del hogar o la repentina pérdida del poder adquisitivo de las familias pueden tener efectos perjudiciales sobre la salud pasado un determinado umbral crítico (Dávila y González, 2009: 262).

Entre los efectos de la crisis sobre la salud de la población general, se ha observado un incremento en la tasas de suicidio desde 2007 en el conjunto de los países de la Unión Europea, un aumento de la prevalencia de enfermedades mentales en Grecia, además de un empeoramiento de la salud percibida y del acceso a los servicios sanitarios en este mismo país (Karanikopolos et al, 2013:1327).

En España, un estudio regional muestra un aumento de los problemas mentales en pacientes atendidos en centros de Atención Primaria, destacando las personas con depresión asociado con desempleo y dificultades en el pago de deudas (Gili, 2013). Sin embargo, desde nuestro conocimiento, son escasas las investigaciones sobre indicadores

de salud antes y ya iniciada la crisis a nivel nacional. Una publicación reciente muestra a nivel nacional una tendencia decreciente en varios indicadores de mortalidad y un descenso de la prevalencia de peor estado de salud percibida significativamente mayor durante el período de recesión (Regidor et al, 2013). Según estos autores quizás sea pronto para evaluar los efectos de la crisis económica sobre la salud a través de estos indicadores, en cualquier caso, creen necesario profundizar en las relaciones complejas entre los ciclos económicos y la salud.

Otros estudios señalan que hay evidencia de que después de una crisis económica, una aparente mejora en términos absolutos en la salud percibida de los grupos sociales, puede esconder desigualdades si se controla por factores confusores (Kondo et al 2008 en Suhrcke & Stuckler, 2012: 649).

En suma, en el caso español se le ha prestado menos atención a un indicador global de salud como es el estado de salud percibida. Desde nuestro conocimiento, menos análisis empíricos se han centrado en el estudio del estado de salud percibida (ESP) en la población en edad de trabajar antes y durante la crisis según el género, y qué factores ayudan a explicar las desigualdades sociales en salud a partir de este indicador.

2.1. Antecedentes

La *salud percibida* (o autovaloración de salud) puede definirse como “un estado concreto sobre el modo en que numerosos aspectos de la salud, tanto subjetivos como objetivos, se combinan dentro del sistema de percepción de la persona entrevistada” (Tissue, 1972 en Jylhä et al, 2009:308). Dada su naturaleza subjetiva y contextual, se sugiere situar el foco de análisis en el peor estado de salud percibido, más que en reportar una buena salud:”Debido a los diferentes marcos contextuales de valoración de los encuestados, una salud positiva no es garantía de una salud física buena, pero una valoración negativa del estado de salud ciertamente garantiza una mayor atención” (Ibídem: 314).

Reconocidos organismos internacionales recomiendan su inclusión como parte estándar en encuestas de salud (Robine et al. 2003; WHO, 1996). Los estudios han mostrado robustez predictiva de esta medida sobre la mortalidad (Benyamini et al, 1999), su utilidad como medida de resultado complementaria en la práctica clínica y su capacidad inclusiva,

informativa y factible del estatus de salud en estudios dirigidos a población general (Jylhä et al, 2009:313).

Los determinantes de las desigualdades sociales en salud son complejos y existen un número importante de factores mediadores o posibles factores de riesgo del estado de salud percibida, tales como aquellos de índole *socio-demográfica, psicosocial, material, ocupacional y conductual*. Distintas teorías han tratado de explicar los mecanismos causales de dichas desigualdades (Marmot, 2003; Mackenbach, 2006). Estas teorías ponen el acento en distintos factores de riesgo explicativos de las desigualdades sociales en salud.

La literatura epidemiológica constata la asociación entre el *estatus socioeconómico* y la salud (Kunst et al 2005) identificando un gradiente social en salud: a menor clase social de pertenencia, mayor prevalencia o incidencia de problemas de salud. Por otro lado, las explicaciones psicosociales tratan de explicar las desigualdades a partir de una serie de factores asociados a determinadas características socio-demográficas como el estado civil o al grado de apoyo social (Rodríguez-Sanz, 2005; Aldabe, 2011). Además, las explicaciones materiales se centran en factores ocupacionales que pueden afectar al estado de salud, tales como tener o no un trabajo remunerado (Benach, 2004), la exposición a determinados factores de riesgo (Niedhamer, 2008) o la calidad del trabajo con el interés por el estudio de la clase social ocupacional (Artazcoz et al 2004). También se han estudiado otros componentes materiales que incluyen tanto el acceso a determinados bienes y servicios como pueden ser los de tipo socio-sanitario (Palencia et al 2013; Girón, 2010). En tercer lugar, las explicaciones conductuales ponen el acento en determinados factores de riesgo conductuales o de estilos de vida para explicar las desigualdades sociales en salud (Macy et al, 2013).

Una parte importante de los estudios sobre los factores de riesgo potenciales del peor ESP han cubierto un número pequeño de factores. Una exhaustiva revisión (Mantzavinis et al, 2005) concluyó que una media de siete factores eran incluidos en los modelos y que pocos estudios realizaban análisis de interacciones. Estos mismos autores sugieren cubrir un número mayor de factores en la realización de modelos multivariantes aplicados en muestras grandes de población, además de analizar las interacciones entre el ESP y los factores de riesgo. Siguiendo esta propuesta, investigaciones recientes realizan análisis conjuntos de un mayor número de factores, ampliando su capacidad explicativa sobre las

desigualdades en la salud percibida, e incluyendo análisis de interacciones (Bambra et al 2009; Aldabe et al, 2011; Niedhamer et al, 2013).

Por último, diferentes investigaciones muestran la necesidad de realizar análisis diferenciados entre hombres y mujeres en relación con la valoración subjetiva de la salud y los potenciales factores de riesgo asociados (Reine et al, 2013; Niedhamer et al, 2008).

2.2. Justificación

Nuestro interés estriba en contribuir, por un lado, en la línea de los estudios sobre la salud en el contexto de crisis económica, en nuestro caso, con el análisis de posibles factores explicativos de la salud auto percibida de la población antes y una vez iniciada la recesión económica. Por otro, interesa igualmente aportar evidencia sobre las posibles diferencias entre hombres y mujeres a partir de la relación entre este *outcome* de desigualdad social en salud con un número importante de factores diversos que permitan ampliar la capacidad explicativa, siguiendo la propuesta de estudios recientes en el tema.

En nuestro caso, no se trataría de un análisis comparado entre dos encuestas, sino de la exploración de dos encuestas realizadas en el período previo a la recesión e iniciada la misma. Por otro lado, la identificación de factores potenciales a corto plazo que contribuyan a explicar el peor estado de salud percibida podría ser de utilidad para disminuir su prevalencia de exposición, sobre todo en los grupos más vulnerables, tratando de reducir la brecha en las desigualdades.

2.3. Objetivos

Analizar la asociación entre el estado de salud percibida (ESP) y varios factores ocupacionales, psicosociales y socio-sanitarios entre hombres y mujeres en edad de trabajar residentes en España en 2006 y 2012, y explorar posibles diferencias en estas asociaciones de acuerdo al nivel educativo.

3. Métodos y recursos utilizados

3.1. Población de estudio, diseño y fuentes de información

Los datos para este estudio proceden de la Encuesta Nacional de Salud (ENSE) en sus dos últimas ediciones: 2006 y 2011-12¹ realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, de España y el Instituto Nacional de Estadística. La información de la ENSE en 2011-12 se recogió entre julio de 2011 y junio de 2012 y la de 2006 entre junio de 2006 y junio de 2007. La encuesta consiste en tres cuestionarios, uno dirigido a hogares, otro a adultos y un tercero a niños.

Para el propósito de este trabajo, se han utilizado las bases de datos de adultos de 2006 y 2012. Las bases de datos de hogar ENSE2006 y ENSE2011-12 se utilizaron para exportar variables de interés (situación laboral, jornada de trabajo, tipo de contrato, estado civil) del cuestionario de hogar al cuestionario de individuos.

El método de recolección de datos del cuestionario de adultos es la entrevista personal directa a personas no institucionalizadas 16 años o más (ENSE2006) y de 15 años o más (ENSE2011-12) residentes en España. El diseño del estudio es transversal con datos individuales y el referido a la muestra es un muestreo trietápico estratificado por Comunidades Autónomas. En una primera etapa se seleccionaron las secciones censales, en una segunda etapa las viviendas familiares principales, y en la etapa final se seleccionaron los individuos.

El cuestionario de adultos provee información individual sobre trabajo reproductivo, salud y enfermedades crónicas, restricción de la actividad, uso de medicamentos, apoyo emocional y personal, uso de servicios públicos de salud, estilos de vida y características socio-demográficas de la persona seleccionada².

¹ Siempre que se mencione el año 2012, nos estamos refiriendo al período 2011-12.

² Una descripción más detallada de la metodología y el cuestionario se encuentra en disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0> [última revisión: 20.08.13]

Se ha denominado “población española en edad laboral” a la población residente en España compuesta por personas con edades comprendidas entre 25 y 64 años³. El tamaño muestral de la ENSE 2011-12 es de 21.007 personas adultas, y la ENSE 2006 consta de 29.478 entrevistas a población adulta. Para los objetivos de este estudio, seleccionamos dos sub-muestra de la población en edad laboral con edades comprendidas entre 25 y 64 años, una por cada año de estudio. Los tamaños de las muestras finales de análisis se han compuesto de 13.455 en 2012 y 19.475 en 2006. En 2012, fueron 6.584 hombres y 6.871 mujeres, mientras que en 2006 la muestra se compuso de 7.784 hombres y 11.691 mujeres.

3.2. Medidas

3.2.1. Estado de salud percibida

Como variable dependiente se ha analizado el estado de salud percibida en los últimos 12 meses, solicitando a los encuestados que respondan si su estado de salud es “muy bueno”, “bueno”, “regular”, “malo” o “muy malo”. La variable se ha dicotomizado combinando las categorías “bueno” y “muy bueno” señalando buena salud percibida (código1) y “regular”, “malo” y “muy malo” para indicar mala salud percibida (código 0). La categoría regular se ha utilizado como indicativa de mala salud percibida de acuerdo a la literatura reciente en la materia (Niedhammer et al. 2013; Schütte et al. 2013; Girón, 2010).

3.2.2. Variables explicativas

Las variables explicativas se han agrupado en aquellas indicativas del estatus socioeconómico (clase social ocupacional y nivel educativo), la edad, además de cuatro factores mediadores o factores potenciales de riesgo (ocupacionales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales) que agrupan una serie de variables.

La clase social ocupacional y el nivel educativo se han utilizado como indicadores del estatus socioeconómico. La clase social se ha obtenido a partir de la ocupación actual o pasada de la persona encuestada. Se han considerado seis clases sociales⁴: *Clase social I*

³ La edad legal para trabajar en España es a partir de los 16 años, sin embargo, para los objetivos del estudio se ha excluido el rango entre 16 a 24 años por no contar con suficientes casos de peor estado de salud percibida para realizar determinados análisis desagregados por sexo. Se optó por la no reagrupación con otro rango de edad al considerarse una etapa del ciclo vital específica de adolescencia y juventud.

⁴ Siguiendo la correspondencia entre clases sociales ocupacionales de la CSO-1995 abreviada y la CSO-2012 propuesta por para la metodología de la ENSE 2011-12 (Encuesta Nacional de Salud 2011-12. Descripción

(Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias); *Clase social III* (Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia); *clase social IV* (Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas); Clase social V (Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as); *Clase social VI* (Trabajadores/as no cualificados/as); Categoría “no consta”.

Para facilitar la comparación de clase social entre las diferentes encuestas, se ha agrupado en dos grandes categorías “trabajadores no manuales” y “trabajadores manuales” como sigue: trabajadores no manuales (I, II, III) y trabajadores manuales (IV, V, VI) para la ENSE2011-12; y trabajadores no manuales (I, II y III) y trabajadores manuales (IVa, IVb, V) para la ENSE2006. Los no consta se han excluido. Por tanto, la variable clase social (ocupacional) quedaría recodificada como sigue: (1) No manuales (categoría de referencia); (2) Manuales.

Por su parte, el nivel educativo también se ha utilizado como una variable proxy del estatus socio-económico utilizada en la literatura (Aldabe et al, 2010). Se ha recodificado en cuatro categorías: (1) educación primaria e inferior; (2) educación secundaria de primera etapa; (3) educación secundaria de segunda etapa; (4) educación superior (categoría de referencia).

3.2.2.1. Grupos de edad

Para los objetivos del estudio se ha seleccionado a la población activa de 25 a 64 años, subdividida en cuatro grupos: (1) 25-34 (categoría de referencia); (2) 35-44; (3) 45-54; (4) 55-64.

de las variables compuestas. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) a partir de la adaptación de clasificación propuesta por el Grupo de Determinantes Sociales de la Sociedad Española de Epidemiología (Domingo-Salvany et al, 2012).

3.2.2.2. Factores mediadores del estado de salud percibida: factores potenciales de riesgo

La selección y clasificación de los factores potenciales de riesgo del estado de salud percibida, también denominados “factores mediadores”, se ha basado en la literatura y en estudios previos sobre los factores de riesgo asociados a este indicador (Niedhamer et al, 2013; Aldabe et al, 2011; Bambra, 2009). Se han analizado diversas variables mediadoras agrupadas en los siguientes factores: (1) ocupacionales, (2) psicosociales, (3) socio-sanitarios, (4) conductuales, comentadas a continuación:

Factores ocupacionales

En primer lugar, los *factores ocupacionales* incluyen la situación laboral y el tipo de contrato. La situación laboral se ha categorizado en (1) empleados, entendido como personas que en el momento de la entrevista realizan trabajos remunerados por cuenta propia o ajena (categoría de referencia), (2) desempleados⁵ y (3) inactivos/otras situaciones. La categoría de “inactivos” comprende jubilados/pensionistas, estudiantes, personas incapacitadas (pensión de invalidez o incapacidad permanente) y dedicado/a principalmente a las labores del hogar. En la categoría “otras situaciones” se incluyen rentistas, personas privadas temporalmente de libertad, quienes reciben ayuda pública o privada sin efectuar actividad económica y ,aquellos que realizan sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas.

El tipo de contrato se ha codificado en (1) permanente, incluye funcionario/a y duración indefinida (categoría de referencia), (2) temporal/sin contrato o verbal, (4) autónomo/otros.

Factores psicosociales

En segundo lugar, los factores psicosociales comprenden tres variables. Por un lado, estado civil, codificada como viviendo en pareja (incluye a personas casadas, es la categoría de referencia) o viviendo sólo/a (personas solteras, separadas/divorciadas, viudas). Por otro,

⁵ Personas en paro o sin trabajo en el momento de la entrevista que estén disponibles para trabajar en el plazo de dos semanas y busquen empleo. Incluye a personas en situación de suspensión por regulación de empleo que no esperan incorporarse a un empleo nuevo en fecha posterior a la entrevista,

apoyo social percibido⁶ y, por último, personas necesitadas en el hogar, referida a personas con minusvalía que necesiten cuidados en la ENSE2011-12. En la ENSE2006, además de esta categoría, se incluyen menores de 15 años y mayores de 74 años. Esta variable se ha dicotomizado como sigue: convivir con personas necesitadas en el hogar (sí, categoría de referencia/ no).

Factores socio-sanitarios

En cuarto lugar, los factores socio-sanitarios se refieren tanto variables de enfermedad como de uso de servicios sanitarios: estado de salud mental en las últimas semanas⁷, presencia de enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración⁸ en los últimos doce meses, consumo de medicamentos, tiempo desde la última consulta médica en los últimos doce meses, hospitalización en los últimos 12 meses y utilización de los servicios de urgencias en los últimos 12 meses.

Tres de las variables mencionadas se han recodificado para los análisis estadísticos. Por un lado, en relación a la variable “presencia de enfermedad o problemas de salud crónico o de larga duración” se han seleccionado los problemas de salud crónicos con más prevalencia en la población de estudio⁹, agrupándolos en tres grandes tipos de enfermedades crónicas, tal y como sigue: (1) músculo esqueléticos: artrosis, artritis o reumatismo, dolor de espalda crónico cervical, dolor de espalda crónico lumbar y varices en las piernas; (2) psicosomáticos o de salud mental: migraña o dolor de cabeza frecuente, depresión crónica y ansiedad crónica; (3) tensión alta, colesterol alto y diabetes.

⁶ Su puntuación oscila entre 11 y 55 puntos, de menor a mayor apoyo funcional percibido. Esta variable se ha obtenido sumando las respuestas de 11 ítem, puntuadas de 1 a 5 (1: mucho menos de lo que deseo; 2: menos de lo que deseo; 3: ni mucho ni poco; 4: casi como deseo; 5: tanto como deseo). Los Ns/Nc se han considerado como no consta. Basada en el cuestionario de DUKE-UNC-11 validado y adaptado para España. Encuesta nacional de salud España 2011/12. Descripción de variables compuestas. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad.

⁷ Esta información se obtiene a partir del cuestionario GHQ-12 (General Health Questionnaire-12 ítems), versión abreviada del Cuestionario General de Goldberg. El GHQ-12 se utiliza frecuentemente para detectar trastornos psiquiátricos actuales, centrado en problemas temporales del funcionamiento normal y no en rasgos estables, 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. De acuerdo al protocolo del cuestionario aplicado en estudios previos (Girón, 2010), se consideró casos de riesgo de padecer un trastorno mental a las personas con puntuación ≥ 3 (mal estado de salud mental), y en el otro caso se consideró estado de salud mental bueno.

⁸ Cuando el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más, ENSE2012.

⁹ Población española con edades entre 25 y 64 años, durante 2006 y 2012.

Por otro, el consumo de medicamentos se ha analizado mediante el número de medicamentos consumidos en las últimas dos semanas diferenciando entre ninguno (categoría de referencia), uno, dos y tres o más medicamentos. Esta variable se refiere a 20 subgrupos de fármacos y comprende tanto medicamentos recetados por el médico como consumidos. Se ha creado una nueva variable con la suma de los medicamentos consumidos. Los no sabe y no contesta se han excluido. Por último, el tiempo desde la última consulta médica en los últimos 12 meses se ha distinguido entre (1) hace cuatro semanas o menos y (2) hace más de 4 semanas y menos de 1 año, (3) hace igual o más de 1 año (categoría de referencia). Se ha excluido la categoría “nunca ha ido al médico” debido al escaso número de casos reportados.

Factores conductuales o de estilos de vida

Por último, se han analizado tres factores conductuales o de estilos de vida: Consumo de tabaco, recodificado en (1) No fumador (cat. Ref.), (2) Fumador, (3) Ex fumador. Excluidos Ns/Nc; Frecuencia de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, distinguiendo entre (1) ocasionalmente (una vez al mes o menos) (categoría de referencia), (2) habitualmente (diariamente o cada semana) y (3) nunca; Índice de masa corporal (IMC) calculado a partir del peso y de la talla auto-declarados de acuerdo a la fórmula de Queletet¹⁰. Se han distinguido tres categorías: (1) peso insuficiente/normopeso (categoría de referencia), $IMC < 25 \text{ kg/m}^2$; (2) sobrepeso, $25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$ y (3) obesidad, $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$.

¹⁰ $IMC = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$.

3.3. Análisis de datos

Para los años 2006 y 2012, todas las variables utilizadas en el estudio se han descrito en ambos géneros y las diferencias en la distribución de estas variables (entre el estatus socioeconómico y grupos de edad con el estado de salud percibida y entre los factores mediadores y el estado de salud percibida) se han comprobado mediante el test de Chi-cuadrado según sean variables de tipo cualitativo o el test de independencia para variables continuas.

Todas las asociaciones significativas al 5% entre las variables de estudio para al menos uno de los dos géneros se han conservado para el análisis multivariante. Se han realizado cuatro modelos de regresión logística, uno para los hombres y otro para las mujeres por cada año de estudio 2006 y 2012. En primer lugar, (modelos 1-4) para analizar la asociación entre casa grupo de factores ocupacionales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales de forma separada con el estado de salud percibida, ajustando por la edad, el nivel educativo y la clase social.

En segundo lugar, todos los factores que se han retenido en estos primeros modelos (modelos 1-4), se han mantenido en un modelo final (modelo 5) incluyendo todos los factores ocupacionales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales de forma simultánea, ajustado por edad, nivel educativo y clase social.

La interacción se ha analizado entre el nivel educativo y algunas variables de cada factor para detectar si la asociación entre una variable considerada y el estado de salud percibida difiere de acuerdo al nivel educativo. Los resultados se han presentado como Odds ratios (ORs), p-valor e intervalos de confianza al 95% (ICs). El mal estado de salud percibida se ha utilizado como categoría de referencia.

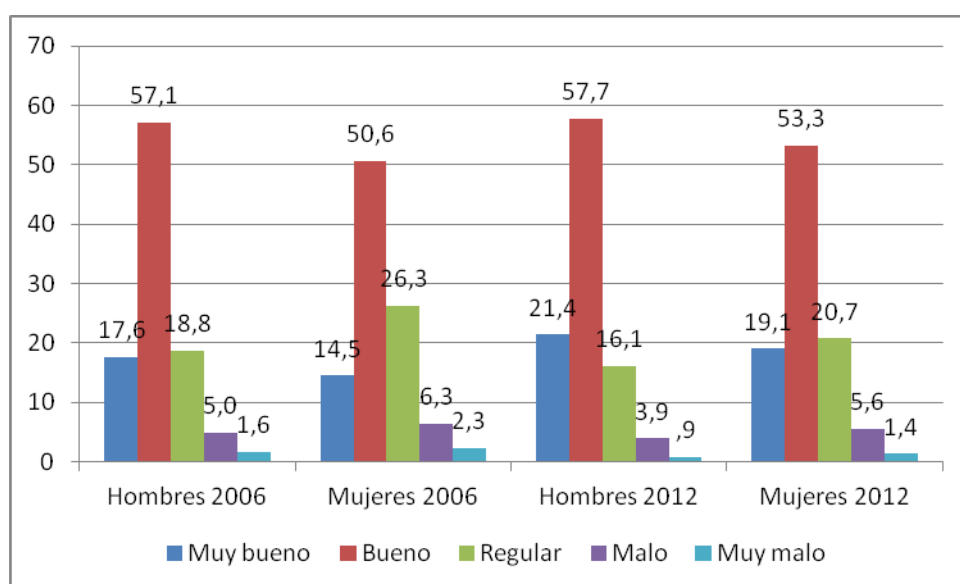
Los análisis de regresión logística se han realizado aplicando un factor de ponderación para cada muestra de estudio. El programa estadístico utilizado ha sido SPSS versión 20, realizando los análisis de forma separada para hombres y mujeres, puesto que la prevalencia de peor estado de salud percibida y los factores de riesgo de tener peor estado de salud percibida pueden ser diferentes según género.

4. Resultados

4.1. Características de la población de estudio y asociación entre factores

La prevalencia de mal ESP (regular, malo y muy malo) fue de un 25,3% para los hombres y de 34,9% para las mujeres en 2006 (figura 1). En 2012, se observa un descenso en este indicador de 4,5 y 7,3 puntos porcentuales, en hombres y mujeres, respectivamente. Hubo diferencias significativas en esta prevalencia entre géneros en los dos años de estudio, siendo mayor el porcentaje de mujeres que presentan un peor ESP comparado con los varones (tabla 1).

Figura 1. Prevalencia (%) de ESP en hombres y mujeres (25-64 años), en 2006 y 2012



Fuente: ENSE2006 y ENSE2011-12 (INE, MSSSI).

En la tabla 1 se presenta la distribución de todas las variables en la población de estudio para los años 2006 y 2012, diferenciando entre hombres y mujeres con edades entre 25-64 años. Casi todas las variables tuvieron asociación significativa con el género y gran parte de las mismas también estaban asociadas con el estado de salud percibida (ESP). No hubo diferencias de género en el apoyo social percibido, en el estado civil ni en la presencia de personas necesitadas en el hogar para el año 2012. Tampoco hubo asociación entre ESP con tres variables: (1) el estado civil, para ambos géneros, en los dos años de estudio 2006 y 2012, excepto para hombres en 2012; (2) el tipo de contrato, para ambos géneros en 2012; (3) las personas necesitadas en el hogar, para hombres en 2006.

Las mujeres tenían más edad en ambos períodos de estudio y su nivel educativo fue menor al de los hombres en 2006 y mayor en 2012. En 2012, se produjo un descenso paulatino de las personas con el nivel educativo más bajo. Así, bajó en 14,5 puntos la proporción de personas con edades entre 25-34 años en este nivel, hasta alcanzar un 35 menos entre las personas de 55-64 años. En 2012, es mayor el porcentaje de mujeres con un nivel educativo superior, a diferencia con 2006 en que supera el de los hombres.

Hubo pequeños cambios con respecto al tamaño de los grupos ocupacionales entre las dos encuestas, con un aumento de los hombres en la clase manual y de las mujeres en la clase no manual en 2012. La proporción de personas en desempleo aumenta en el período de estudio, afectando a un mayor porcentaje de hombres que de mujeres en la encuesta de 2012. La proporción de hombres que estaba trabajando en 2012 descendió cerca de 30 puntos porcentuales y aumentó el de aquellos en inactividad en algo más de 16 puntos porcentuales. Los hombres fue más probable que tuvieran contrato permanente, y las mujeres que estuvieran como autónomas en 2006, y las mujeres tuvieran contrato temporal o estuvieran sin contrato (o contrato verbal) en 2012.

No se encontraron diferencias significativas en el estado civil entre hombres y mujeres en ambas encuestas. La elevada prevalencia de apoyo social percibido por ambos géneros en 2006 (en torno a 48 puntos porcentuales de un máximo de 55 puntos, indicativo de mejor apoyo social percibido) tuvo un ligero descenso de tres puntos porcentuales en 2012. Fue más probable que las mujeres convivieran con personas necesitadas en el hogar en ambas encuestas. No obstante, en 2012 se produjo un descenso importante de población que convive con personas necesitadas: en torno a un tercio tanto de hombres como de mujeres señalan en 2006 la convivencia con estas personas y desciende entono a un 5% en ambos géneros en 2012. Conviene recordar las diferentes mediciones de esta variable. Así, en 2012 se incluye a personas con minusvalía necesitadas de cuidados, mientras que en 2006 se amplía a menores de 15 años y mayores de 74 años.

La salud mental percibida de las mujeres fue significativamente peor que la de los hombres en los dos años de estudio. En ambos géneros empeora en 2012, unas décimas en mujeres, de modo que una de cada cuatro mujeres tiene peor salud mental, y un 18% de los hombres se encuentran en esta situación, casi 3 puntos porcentuales más que en

2006. Para el período 2006-2012, fue más probable que las mujeres padecieran enfermedades musculo-esqueléticas y psicosomáticas y consumieran un mayor número de medicamentos. Así, algo más de la mitad de las mujeres indican enfermedades musculo-esqueléticas (un 56,2%) en 2006. Esta cifra disminuye un 10% en la encuesta de 2012, pero aun así supera en más de diez puntos a los hombres. Se observa un tercio de las mujeres con enfermedades psicosomáticas en 2006, cifra que disminuye ligeramente con datos de 2012, aunque sigue superando en más del doble a los hombres en esta prevalencia. Tener un consumo alto de medicamentos (3 o más) aparece más acentuado en las mujeres en más de un tercio de los casos en 2006 y 2012.

Fue más probable que los hombres tuvieran tensión alta, colesterol y diabetes en los dos años de estudio, observándose el mayor porcentaje en 2012 en casi un tercio de los mismos. Por otro lado, los hombres tenían más probabilidad de desarrollar conductas no saludables. Cuatro de cada diez varones fumaba en 2006, cifra que disminuye 4 puntos porcentuales en 2012. Fue más probable encontrar varones con sobrepeso, apuntando a casi la mitad de los varones con edades comprendidas entre 24 y 65 años. A diferencia, más de la mitad de las mujeres de la muestra presentaban normopeso/insuficiente peso.

Las asociaciones bivariadas entre los factores laborales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales con el ESP también se presentan en la tabla 1. La prevalencia de mal ESP se incrementa con el aumento de la edad, el menor nivel educativo, la pertenencia a clases sociales manuales además de una situación laboral de inactividad y desempleo para ambos géneros y en mayor proporción en mujeres, en los dos años de estudio.

Las personas con peor salud mental percibida, quienes padecen enfermedades crónicas (musculo-esqueléticas, psicosomáticas, tensión alta, colesterol, diabetes), aquellas que toman tres o más medicamentos, han ido a consulta médica hace menos de cuatro semanas, han sido hospitalizadas y han acudido a urgencias en los últimos doce meses tienen mayores prevalencias de peor ESP en las dos encuestas, y en todas las variables citadas es mayor la proporción de mujeres con peor ESP, a excepción de la mayor prevalencia de tensión alta, colesterol y diabetes en hombres, para ambos años.

Las prevalencias de peor ESP son mayores personas con obesidad, hombres ex fumadores y mujeres no fumadoras en ambas encuestas, además de consumidores habituales de alcohol en 2006, y personas que nunca beben alcohol en 2012.

4.2. Contribución de factores mediadores

En la tabla 2 se presentan los resultados de los análisis de regresión logística, para cada grupo de factores estudiados de forma separada en 2006. Dado que no fue significativo el estado civil en ambos géneros ni la presencia de personas necesitadas en el hogar (hombres), no se incluyó en los modelos. Todos los factores tuvieron asociación estadística con ESP, salvo la situación laboral en ambos géneros.

El modelo global para 2006 se presenta en la tabla 3 con la inclusión conjunta de todos los factores laborales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales. El peor ESP se asoció en con un menor nivel educativo, la pertenencia a la clase manual y un menor apoyo social en ambos géneros. El aumento de la edad, una situación de trabajo por cuenta propia (autónomo), fumar y un consumo habitual de alcohol se relacionaron con un peor ESP en hombres. La presencia de personas necesitadas en el hogar¹¹, la pertenencia al grupo de edad entre 45-64 años, tener contrato temporal o verbal (sin contrato) y tener obesidad incrementó el peor ESP en mujeres.

Para ambos géneros, una peor salud mental percibida, padecer enfermedades crónicas, sobre todo enfermedades musculo-esqueléticas, seguidas de enfermedades psicosomáticas, además de tensión alta, colesterol y diabetes, se asociaron con un peor ESP. Dos o más medicamentos consumidos en las últimas dos semanas, haber sido hospitalizado en los últimos doce meses y haber utilizado un servicio de urgencias en el último año incrementó la prevalencia de peor ESP, tanto en hombres como en mujeres.

El trabajo como autónomo en mujeres y el sobrepeso en varones no tuvieron relación significativa con ESP.

¹¹ Referido a la presencia de menores de 15 años, mayores de 74 años y personas con minusvalía con necesidad de cuidados.

La tabla 6 resume los resultados de los términos de interacción significativos encontrados entre el nivel educativo y varios factores de estilos de vida y socio-sanitarios. Las interacciones entre el nivel educativo y el índice de masa corporal en mujeres sugieren que la asociación entre el ESP y la obesidad fue más fuerte en aquellas con bajo nivel educativo. Las otras interacciones han mostrado que las asociaciones con peor salud mental para hombres, consumo habitual de alcohol para hombres y enfermedades musculoesqueléticas para mujeres fueron mayores entre personas de nivel educativo inferior.

En la tabla 4 se presentan los resultados de los análisis de regresión logística, para cada grupo de factores estudiados de forma separada en 2012. Como no fueron significativos tipo de contrato de trabajo para ambos géneros y estado civil en mujeres, no se incluyeron en los modelos. En los cuatro modelos realizados por separado, todos los factores se asociaron de forma significativa con ESP.

En la tabla 5 se presenta para 2012 el modelo final incluyendo todos los factores laborales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales de forma conjunta. En ambos géneros, el aumento de la edad, un nivel educativo inferior, la pertenencia a la clase manual, se asociaron con un peor ESP. En las mujeres fue mayor el peor ESP asociado tanto al aumento de la edad como al menor nivel educativo.

Vivir solo incrementó el peor ESP para hombres, en tanto que tener obesidad y sobrepeso se asociaron a un peor ESP para mujeres.

Algunas categorías presentan una disminución en su asociación con el peor ESP asociado, tales como el sobrepeso, la ausencia de contrato laboral y trabajar como autónomos en el caso de los hombres. Así, se podría afirmar que los hombres con sobrepeso tienden a percibir mejor su ESP que quienes no son obesos. Otras como el apoyo social percibido y la presencia de personas necesitadas en el hogar¹² también se comportan de esta forma tanto en hombres como en mujeres.

Padecer enfermedades crónicas, en especial musculoesqueléticas, además de enfermedades psicosomáticas, tensión alta, colesterol y diabetes incrementó la prevalencia de peor ESP. De igual modo, haber sido hospitalizado, asistido a un servicio de urgencias

¹² Referido sólo a personas con minusvalía que necesitan cuidados.

en el último año o haber tenido consulta médica hace menos de un año (este último en mujeres), también se relacionó con el aumento de mal ESP para hombres y mujeres. Una peor salud mental, sobre todo en mujeres, y el incremento del consumo de medicamentos en las dos últimas semanas tuvo asociación para ambos géneros.

El consumo habitual de tabaco tuvo una asociación más fuerte en ambos géneros. El consumo habitual de alcohol en mujeres incrementó más el peor ESP, mientras que en hombres se asoció más a no consumir alcohol.

En la tabla 6 se presentan los términos de interacción observados entre el nivel educativo y diferentes factores analizados. En ambos géneros, las interacciones han sugerido que la asociación entre el ESP con una peor salud mental y con la presencia de personas necesitadas en el hogar es mayor entre quienes tienen nivel educativo bajo (entendido como proxy socio-económico). De igual modo, otras interacciones indican asociaciones más intensas entre ESP y consumo habitual de tabaco para hombres y la obesidad para mujeres en el nivel educativo inferior.

5. Discusión

En nuestro estudio se han encontrado diferencias en la prevalencia de mal ESP entre géneros, siendo mayor en mujeres que en hombres, en consonancia con otros estudios (Kunst et al 2005; Molarius et al, 2006, Linstrom et al, 2009; Schütte et al, 2013) lo cual refuerza la importancia de estudiar hombres y mujeres por separado. La prevalencia de peor ESP se incrementa en los grupos de edad mayores, resultando acorde a otros estudios (Niedhammer et al, 2013; Linstrom et al, 2009). Al menos en los modelos por separado se ha confirmado esta relación en las mujeres en el año 2006.

El nivel educativo estaba asociado con el ESP, de tal modo que a un nivel educativo más bajo le corresponde una prevalencia mayor ESP, lo cual es totalmente consistente con resultados previos (Lindstrom, 2009; Girón, 2010; Niedhamer, 2013). Las diferencias sociales en ESP, medidas a través del nivel educativo, se muestran mayores en mujeres que en hombres, siendo acorde con otros estudios (Schutte et al, 2013 en Niedhamer et al 2013) y difiriendo de otros (Niedhamer et al, 2013). Las diferencias sociales en ESP medidas a través de la clase social fueron diversas según el género: mayores en hombres en 2012 y en mujeres 2006, ambos pertenecientes a la clase manual trabajadora.

En este trabajo se han incluido un número importante de factores potenciales de ESP siguiendo las recomendaciones de investigaciones previas sobre la incorporación de un mayor número de factores importantes (Mantzavinis et al, 2005). Una variable ocupacional, situación laboral, se asoció en el modelo global con ESP en 2006, y en 2012 al menos en el modelo por separado. A diferencia, otros estudios sí han encontrado asociación con esta variable (Niedhamer et al, 2013) o con otras del ámbito laboral no incluidas en las encuestas analizadas. Otros estudios han encontrado relación con variables ocupacionales (demandas psicológicas o condiciones insalubres de trabajo) no incluidas en nuestro estudio (Schutte et al, 2013).

Los factores psicosociales se asociaron con el ESP, respectivamente, para 2006 y 2012. Vivir solo se ha observado que es un factor de riesgo para los hombres (2012), de acuerdo con estudios previos (Molarius, 2007; Niedhamer 2013) en que no estar casado en hombres se relacionó con peor ESP. La presencia de personas necesitadas en el hogar se asoció significativamente con peor ESP tanto en hombres como en mujeres (a excepción de hombres en 2006). El apoyo social se asoció con ESP de forma inversa, cuestión no coincidente con la literatura (Molarius, 2007; Niedhamer 2013) y que requeriría de análisis más detallados a partir de este estudio exploratorio.

Todos los factores socio-sanitarios se asociaron con ESP en nuestros análisis. En 2012, las asociaciones más fuertes encontradas con peor ESP fueron la asistencia reciente (en las últimas 4 semanas) a la consulta médica, el mayor consumo de medicamentos, el peor estado de salud mental y las enfermedades musculoesqueléticas en ambos géneros, además de haber sido hospitalizado en el último año para hombres. La dirección de este grupo de variables está en línea con otros estudios realizados en España reflejando la relación estrecha entre el ESP los factores de enfermedad y utilización de servicios sanitarios (Girón 2010, Rodríguez 2006).

Entre las fortalezas de este estudio, cabe mencionar las siguientes:

- (1) la amplitud de la muestra nos ha permitido estudiar hombres y mujeres por separado, lo cual es importante dadas las diferencias de género en relación al estado de salud, y los factores estudiados;
- (2) la medida de resultado ESP es un indicador bien valorado sobre el estatus de salud y es un buen predictor de enfermedades futuras y de mortalidad (Benyamini et al 1999). Sin embargo, algunos estudios han sugerido que esta medida podría subestimar la asociación entre la posición social y el ESP, dadas las diferencias recogidas en el estado de salud según la posición social (Niedhamer et al, 2013), de esto ha sido indicativo las interacciones encontradas según el nivel educativo;
- (3) se ha analizado un número importante de factores que cubren aspectos laborales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales. Estos factores se han estudiado empleando una estructura de análisis multivariante que ha incluido diversas interacciones para analizar las diferencias en la asociación según la posición social medida a través del nivel educativo;

(4) los análisis se han estratificado por género y ajustado por edad, nivel educativo y clase social ocupacional. Las muestras se han ponderado, lo que permitiría extrapolar los resultados a la población española entre 25 y 64 años.

Por otro lado, este estudio también tiene una serie de limitaciones, entre las que se destacan las siguientes:

- (1) no se pueden extraer conclusiones causales al tratarse de un estudio transversal;
 - (2) aunque el estudio ha cubierto un número importante de variables, algunas no se han incluido por diferentes motivos como el carácter exploratorio del estudio (tales como tener seguro médico), la diferente medición en cada encuesta que impide una recodificación similar (ej. actividad física en el tiempo libre) o la ausencia de variables relevantes en otros estudios tales como la privación material, problemas serios con el vecindario, el consumo de drogas ilegales, la percepción de exclusión social o la calidad de los servicios públicos ;
 - (3) la variable consumo de alcohol incluida en el estudio ha tenido dificultades en su medición en la recogida de datos y en la explotación en la base de 2006 (INE y MSSIII, 2012: 5) lo que ha podido interferir en los resultados de los análisis¹³ como los resultados inesperados en la relación inversa entre consumo de alcohol en varones y peor ESP; y
 - (4) el ajuste del modelo de hombres en 2006 no fue bueno, y se perdieron muchos casos en el modelo global de mujeres en 2006 (un 63,2%), lo que ha podido estar relacionado con la inclusión de un variable filtro (tipo de contrato) y la no exclusión de la categoría no sabe/ no contesta, motivos por los cuales se hace necesario revisar los modelos en estudios futuros;
 - (5) aunque la capacidad explicativa de los modelos globales fue alta (R Nagelkerke superior a un 35%), los ajustes a partir del test de Hosmer-Lemeshov no fueron buenos ($p=0,000$), por lo que se hace necesario revisar las variables incluidas en los modelos;
- Por último (6) la amplitud de los intervalos de confianza fue pequeño en las dos encuestas por lo que cabría esperar una menor precisión de los resultados, aun habiendo ponderado por la población total española, siguiendo el ejemplo de otros estudios similares que utilizan este factor de ponderación (Niedhammer et al, 2013) ; esta última cuestión también requeriría ser revisada en estudios posteriores.

¹³ Una medición más acertada no solo de la frecuencia de consumo sino de la cantidad de consumo hubiera sido más apropiada, no obstante, al no contemplarse este último dato en 2006, no se incluyó esta medición de la variable, que permitiera discriminar por un consumo intensivo de alcohol.

6. Conclusiones

Este estudio ha mostrado diversas asociaciones entre varios factores laborales, psicosociales, socio-sanitarios y de estilos de vida con la ESP tratando de aportar información a los estudios actuales en la materia. Como parte de las asociaciones encontradas fueron similares de acuerdo al bajo nivel educativo, nuestros resultados pudieran sugerir profundizar en la línea de las desigualdades sociales de salud. Consideramos necesario sistematizar, contrastar los análisis y estudiar en mayor detalle las diferencias entre géneros encontradas en este trabajo de carácter exploratorio dentro del marco de estudios sobre la salud en contextos de recesión económica.

7. Relación de tablas

Tabla 1. Descripción de la población de estudio y asociaciones entre los factores laborales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales con el ESP, en 2006 y 2012

	2006							2012						
	Hombres			Mujeres				Hombres			Mujeres			
	n	%	% mal ESP	N	%	% mal ESP	P valor +	n	%	% mal ESP	n	%	% mal ESP	P valor ++
Total	7784			11691				6584			6871			
ESP							***							***
Bueno	5811	74,65		7606	65,06			5209	79,12		4970	72,33		
Malo	1973	25,35		4085	34,94			1375	20,88		1901	27,67		
Grupos edad			***			***	***			***			***	***
25-34	1801	23,14	15,80	2657	22,73	22,43		1342	20,38	10,88	1415	20,59	14,56	
35-44	2470	31,73	18,91	3464	29,63	27,86		2024	30,74	15,76	1927	28,05	20,50	
45-54	1930	24,79	28,29	2923	25,00	38,52		1752	26,61	23,23	1822	26,52	29,80	
55-64	1583	20,34	42,64	2647	22,64	52,81		1466	22,27	34,31	1707	24,84	44,35	
Nivel educativo			***			***	***			***			***	**
Primaria e inferior	2718	34,92	35,54	4557	38,98	46,83		875	13,29	36,60	976	14,20	48,40	
Secundaria 1ª etapa	995	12,78	26,33	1484	12,69	37,74		2335	35,46	24,58	2268	33,01	33,86	
Secundaria 2ª etapa	1818	23,36	21,51	2405	20,57	28,44		1610	24,45	16,02	1635	23,80	22,87	
Superior	2217	28,48	15,65	3181	27,21	21,53		1764	26,79	12,64	1992	28,99	14,41	
Clase social			***			***	***			***			***	**
No manuales	3464	45,27	20,50	4353	41,96	25,34		2563	39,40	15,10	2804	42,09	20,76	
Manuales	4188	54,73	29,40	6021	58,04	40,67		3942	60,60	24,38	3858	57,91	32,35	
Factores ocupacionales														
<u>Situación laboral</u>			***			***	***			***			***	***
Empleados	6225	80,19	20,27	6456	55,29	28,04		3569	54,27	16,30	3467	50,54	21,32	
Desempleados	548	7,06	31,93	1083	9,28	38,41		1094	16,64	24,13	943	13,75	31,07	
Inactivos/otros	990	12,75	53,74	4137	35,43	44,8		1913	29,09	27,55	2450	35,71	35,27	

Continúa

Tabla 1. Continúa

	2006						2012						
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres			p valor ++
	n	%	% mal ESP	N	%	% mal ESP	n	%	% mal ESP	n	%	% mal ESP	
<u>Tipo contrato</u>			***			***			Ns			ns	***
Permanente	3740	60,74	18,40	3648	56,74	25,85	2806	62,16	14,90	2425	63,82	19,18	
Temporal/ sin contrato	1409	22,88	21,58	1439	22,38	34,3	667	14,78	14,00	775	20,39	21,03	
Autónomos/Otros	1008	16,37	25,10	1342	20,87	27,2	1041	23,06	17,58	600	15,79	20,50	
Factores psico-sociales													
<u>Estado civil</u>			Ns			ns			*			ns	ns
Vivir en pareja	4771	61,47	25,57	7967	68,31	35,04	3933	59,74	20,10	4083	59,49	27,41	
Vivir solo/a	2991	38,53	25,00	3696	31,69	34,71	2643	40,14	20,10	2780	40,51	28,09	
<u>Apoyo social</u>			***			***			***			***	ns
(desv. Típica)													
	7377	48,19 (7,29)	46,50 (8,46)	11229	48,58(7,03)	47,2 0(8,00)	6315	95,91	46,6(8,3)	6652	96,81	46,47 (8,2)	
<u>Personas necesitadas en hogar</u>			Ns			***			***			***	ns
Sí	2515	32,31	24,50	4324	36,99	30,70	308	4,68	41,20	366	5,33	46,20	
No	5269	67,69	25,80	7367	63,01	37,40	6273	95,28	19,90	6499	94,67	26,60	
Fact. socio-sanitarios													
<u>Salud mental</u>			***			***			***			***	***
Buena	6354	85,23	19,74	8477	75,22	25,56	5352	82,00	15,99	5101	74,86	18,86	
Mala	1101	14,77	56,58	2792	24,78	62,82	1175	18,00	42,64	1713	25,14	53,24	
<u>Musculo-esqueléticas</u>			***			***			***			***	***
Sí	2652	34,07	44,50	6575	56,24	49,10	1857	28,20	39,80	3203	46,62	44,00	
No	5132	65,93	15,50	5116	43,76	16,70	4727	71,80	13,50	3668	53,38	13,40	
<u>Psicosomáticas</u>			***			***			***			***	***
Sí	1174	15,08	55,70	3908	33,43	58,50	869	13,20	49,90	2028	29,52	49,30	
No	6610	84,92	20,00	7783	66,57	23,10	5715	86,80	16,50	4843	70,48	18,60	
<u>Tensión alta , colesterol, diabetes</u>			***			***			***			***	***
Sí	2090	26,85	41,00	2804	23,98	55,50	2162	32,84	34,50	1924	28,00	47,50	
No	5694	73,15	19,60	8887	76,02	28,40	4422	67,16	14,20	4947	72,00	20,00	

Continúa

Tabla 1. Continúa

	2006						p valor +	2012						p valor ++
	Hombres			Mujeres				Hombres			Mujeres			
	n	%	% mal ESP	N	%	% mal ESP		N	%	% mal ESP	N	%	% mal ESP	
<u>Nº medicamentos consum.</u>			***			***	***			***			***	***
<u>(últimas 2 semanas)</u>														
Ninguno	3457	44,41	10,79	3335	28,53	12,23		3217	48,86	9,92	2419	35,21	12,11	
Uno	1018	13,08	19,25	1450	12,40	21,03		804	12,21	16,04	793	11,54	15,38	
Dos	1436	18,45	26,04	2407	20,59	29,21		1100	16,71	19,64	1345	19,58	20,37	
Tres o más	1873	24,06	54,99	4499	38,48	59,32		1463	22,22	48,60	2314	33,68	52,38	
<u>Tiempo desde última consulta médica</u>			***			***	***			***			***	***
≤ 4 semanas	2307	29,92	45,99	4899	41,90	51,44		1824	27,76	39,97	2685	39,10	44,54	
> 4 semanas* y < 1 año	3423	44,40	22,29	5449	46,61	25,67		2986	45,45	17,55	3118	45,41	20,40	
≥ 1 año	1980	25,68	7,22	1312	11,22	12,35		1760	26,79	6,93	1064	15,49	6,48	
<u>Hospitalización (últimos 12 meses)</u>			***			***	***			***			***	***
Sí	566	7,27	63,78	1195	10,22	52,72		426	6,47	53,99	631	9,18	47,86	
No	7218	92,73	22,33	10496	89,78	32,92		6158	93,53	18,59	6240	90,82	25,63	
<u>Urgencias</u>			***			***	***			***			***	***
<u>(últimos 12 meses)</u>														
Sí	2020	25,95	41,14	3405	29,12	50,63		1531	23,25	36,40	1905	27,73	47,86	
No	5764	74,05	19,81	8286	70,88	28,49		5053	76,75	16,20	4966	72,27	25,63	
<u>Factores conductuales</u>														
<u>Consumo de tabaco</u>			***			***	***			***			***	***
No fumador	2491	32,00	18,79	6143	52,54	37,65		2511	38,19	16,65	3656	53,24	28,25	
fumador	3117	40,04	26,60	3412	29,18	33,12		2408	36,62	22,63	2011	29,28	28,10	
Exfumador	2176	27,95	31,07	2136	18,27	30,06		1656	25,19	24,76	1200	17,47	25,17	
<u>Consumo de alcohol</u>			***			***	***			**			***	***
Ocasional	2822	42,18	23,39	2228	27,58	30,03		1255	19,06	17,00	463	6,74	16,41	
Habitual	157	2,35	52,23	255	3,16	53,33		239	3,63	19,70	61	0,89	19,67	
Nunca	3711	55,47	23,71	5596	69,27	32,06		4384	66,59	21,70	4606	67,04	26,60	
<u>IMC</u>			***			***	***			***			***	***
Peso insufi./normopeso	2682	35,98	21,89	6191	57,55	27,60		2181	34,14	17,65	3732	58,04	20,31	
Sobrepeso	3526	47,30	23,85	3086	28,69	38,95		3016	47,21	19,00	1777	27,64	32,19	
Obesidad	1246	16,72	35,15	1480	13,76	51,96		1191	18,64	29,55	921	14,32	44,73	

P valor + : valor de la comparativa en la distribución entre hombres y mujeres en 2006

P valor ++: valor de la comparativa en la distribución entre hombres y mujeres en 2012

*p<0.05.; **p<0.01.; ***p<0.001

ESP, Estado de salud percibida; IMC, índice de masa corporal; ns, no significativo

Eliminados: no sabe/no contesta

Tabla 2. Asociación entre factores materiales (modelo 1), psicosociales (modelo 2), socio-sanitarios (modelo 3) y conductuales (modelo 4) con mal ESP, utilizando la muestra de estudio, 2006

	2006					
	OR	Hombres IC (95%)		Mujeres IC (95%)		
Modelo 1[∞]	N=6162			N=6382		
<i>Tipo de contrato (Permanente) ***</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Temporal/sin contrato</i>	1,19	1,18	1,19	1,13	1,13	1,14
<i>Autónomos/otros</i>	1,63	1,62	1,64	1,02	1,01	1,03
Modelo 2[∞]	N=7250			N=9937		
<i>Apoyo social (a) ***</i>	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96	0,96
<i>Personas necesitadas en hogar (No) ***</i>				1,00	***	
<i>Sí</i>	—	—	—	1,08	1,07	1,08
Modelo 3[∞]	N=7258			N=9976		
<i>Salud mental (buena)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Mala</i>	3,14	3,12		2,64	2,63	2,66
<i>Musculo-esqueléticas (No)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Sí</i>	2,62	2,61	2,64	2,29	2,28	2,30
<i>Psicosomáticas (No)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Sí</i>	1,96	1,94	1,97	2,14	2,13	2,15
<i>Tensión alta , colesterol ,diabetes (No)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Sí</i>	1,41	1,40	1,42	1,24	1,23	1,25
<i>Nº medicamentos consumidos (ninguno)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Uno</i>	1,56	1,54	1,57	1,43	1,41	1,44
<i>Dos</i>	1,78	1,76	1,79	1,76	1,75	1,78
<i>Tres o más</i>	3,12	3,10	3,15	3,48	3,46	3,51
<i>Tiempo desde última consulta médica (≥ 1 año)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>≤ 4 semanas</i>	0,60	0,59	0,60	0,63	0,63	0,64
<i>> 4 semanas* y < 1 año</i>	0,31	0,31	0,31	0,41	0,40	0,41
<i>Hospitalización (últimos 12 meses) (no)</i>	1,00	***	2,43	1,00	***	
<i>Sí</i>	2,41	2,38	2,43	2,04	2,03	2,06
<i>Urgencias (últimos 12 meses) (no)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Sí</i>	1,66	1,65	1,67	1,76	1,75	1,77
Modelo 4[∞]	N=6375			N=6952		
<i>Consumo de tabaco (no fumador)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Fumador</i>	1,57	1,56	1,58	1,16	1,16	1,17
<i>Exfumador</i>	1,41	1,40	1,42	1,01	1,00	1,02
<i>Consumo de alcohol (Ocasional)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Habitual</i>	3,51	3,45	3,56	0,81	0,81	0,82
<i>Nunca</i>	1,13	1,13	1,14	1,75	1,73	1,77
<i>IMC (Peso insufi./normopeso)</i>	1,00	***		1,00	***	
<i>Sobrepeso</i>	0,95	0,94	0,96	1,28	1,27	1,28
<i>Obesidad</i>	1,40	1,39	1,41	1,79	1,78	1,80

***p<0.001

∞ Los modelos se han ajustado por grupos de edad, nivel educativo y clase social.

(a) Coeficiente beta (B) es negativo en hombres (-,028) y en mujeres (-,021).

ESP, Estado de salud percibida; IMC, índice de masa corporal; n.s, no significativo

Tabla 3. Asociación entre factores laborales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales, y mal ESP: resultados de análisis de regresión logística con todos los factores simultáneamente (ajustado por edad, nivel educativo y clase social) utilizando la muestra de estudio, 2006

	2006							
	Hombres (N= 5434)				Mujeres(N= 4300)			
	OR		IC (95%)		OR		IC (95%)	
Grupos de edad (25_34)	1,00				1,00			
35-44	1,19	***	1,19	1,20	1,21	***	1,20	1,22
45-54	1,43	***	1,41	1,44	1,31	***	1,29	1,32
55-64	1,71	***	1,70	1,73	1,20	***	1,18	1,21
Nivel educativo (Superior)	1,00	***			1,00	***		
Primaria e inferior	1,51	***	1,49	1,52	1,62	***	1,25	2,11
Secundaria 1ª etapa	1,17	***	1,16	1,19	1,22	***	0,92	1,63
Secundaria 2ª etapa	1,17	***	1,16	1,19	1,24	***	0,99	1,55
Clase social (no manuales)	1,35	***	1,34	1,36	1,50	***	1,49	1,51
Tipo de contrato(Permanente)	1,00				1,00			
Temporal/sin contrato	1,20	***	1,18	1,21	1,22	***	1,21	1,23
Autónomos/otros	1,40	***	1,39	1,42	1,00	Ns	0,99	1,00
FACTORES PSICOSOCIALES								
Apoyo social (a)	0,97	***	0,97	0,97	0,98	***	0,98	0,98
Personas necesitadas en hogar (No)					1,00			
Sí	—	—	—	—	0,79	***	0,78	0,80
FACTORES SOCIO-SANITARIOS								
Salud mental (buena)	1,00				1,00			
Mala	3,08	***	3,05	3,11	2,30	***	2,28	2,32
Musculo-esqueléticas (No)	1,00				1,00			
Sí	2,41	***	2,39	2,43	2,28	***	2,26	2,30
Psicosomáticas (No)	1,00				1,00			
Sí	1,65	***	1,63	1,66	2,15	***	2,13	2,17
Tensión alta , colesterol ,diabetes (No)	1,00				1,00			
Sí	1,41	***	1,40	1,43	1,46	***	1,44	1,47
Nº medicamentos consumidos (ninguno)	1,00				1,00			
Uno	1,46	***	1,44	1,48	1,25	***	1,23	1,26
Dos	2,00	***	1,98	2,02	1,35	***	1,34	1,37
Tres o más	2,95	***	2,92	2,98	2,77	***	2,74	2,80
Tiempo desde última consulta médica (≥ 1 año)	1,00				1,00			
≤ 4 semanas	0,67(a)	***	0,66	0,67	0,58	***	0,58	0,59
> 4 semanas* y < 1 año	0,35(a)	***	0,35	0,35	0,40	***	0,40	0,41

Hospitalización (últimos 12 meses) (No)	1,00				1,00			
Sí	2,30	***	2,27	2,33	2,47	***	2,44	2,50
Urgencias (últimos 12 meses) (No)	1,00				1,00			
Sí	1,59	***	1,58	1,61	1,67	***	1,65	1,68
FACTORES CONDUCTUALES								
Consumo de tabaco (No fumador)	1,00				1,00			
Fumador	1,30	***	1,28	1,31	0,99	**	0,98	0,99
Exfumador	1,25	***	1,23	1,26	1,15	***	1,14	1,17
Consumo de alcohol Ocasional)	1,00				1,00			
Habitual	3,51	***	3,45	3,56	0,96	***	0,96	0,97

No consumo	1,13	**	1,13	1,14	1,42	***	1,39	1,45
<u>IMC (Peso insufi./normopeso)</u>					1,00			
Sobrepeso	1,00	***	0,99	1,01	1,06	***	1,05	1,07
Obesidad	1,16	***	1,15	1,17	1,22	***	1,21	1,24
		Bondad del ajuste				Bondad del ajuste		
		N2 Nagelkerke:0,356				N2Nagelkerke:0,371		

** $p < 0.05$; *** $p < 0.001$

1,00: categoría de referencia

(a) Todas las variables tienen asociados coeficientes beta (B) positivos a excepción de apoyo social en hombres (-,028) y en mujeres (-,022); consulta médica ≤ 4 semanas (-,403) y < 1 año (-1,052) en hombres; no consumo de alcohol en hombres (-0,12) y consumo ocasional de alcohol en mujeres (-,036).

ESP, Estado de salud percibida; IMC, índice de masa corporal; n.s, no significativo

Tabla 4. Asociación entre factores materiales (modelo 1), psicosociales (modelo 2), socio-sanitarios (modelo 3) y conductuales (modelo 4) con mal ESP: resultados de análisis de regresión logística con cada grupo de factores de forma separada y utilizando la muestra de estudio, 2012

	2012					
	Hombres			Mujeres		
	OR	IC (95%)		OR	IC (95%)	
Modelo 1∞	N=6584			N=6659		
<u>Situación laboral (Empleado)</u>	1,00	***		1,00	***	
Desempleado	1,26	1,26	1,27	1,38	1,38	1,39
Inactivos/Otros	1,27	1,27	1,28	1,34	1,33	1,34
Modelo 2∞	N=6504			N=3781		
<u>Estado civil (Vivir en pareja)</u>	1,00	***		—	—	—
Vivir solo	1,31	1,14	1,51	—	—	—
<u>Apoyo social</u>	0,98	0,98	0,98	0,97	0,97	0,97
<u>Personas necesitadas en hogar (No)</u>	1,00	***				
Sí	0,52	0,51	0,52	1,37	1,36	1,37
Modelo 3∞	N=6237			N=6451		
<u>Salud mental (buena)</u>	1,00	***		1,00	***	
Mala	2,64	2,63	2,65	3,04	3,03	3,05
<u>Musculo-esqueléticas (No)</u>	1,00	***		1,00	***	
Sí	2,36	***	2,37	2,23	2,22	2,23
<u>Psicosomáticas (No)</u>	1,00	***		1,00	***	
Sí	2,06	2,05	2,07	1,57	1,56	1,57
<u>Tensión alta , colesterol ,diabetes (No)</u>	1,00	***		1,00	***	
Sí	1,41	1,40	1,41	1,51	1,50	1,51
<u>Nº medicamentos consumidos (ninguno)</u>	1,00	***		1,00	***	
Uno	1,42	1,42	1,43	1,52	1,51	1,53
Dos	1,16	1,16	1,17	1,51	1,50	1,52
Tres o más	2,55	2,53	2,56	2,81	2,79	2,82
<u>Tiempo desde última consulta médica (≥ 1 año)</u>	1,00	***		1,00	***	
≤ 4 semanas	3,45	3,43	3,47	4,18	4,15	4,21
> 4 semanas* y < 1 año	2,00	1,99	2,01	2,26	2,25	2,28
<u>Hospitalización (últimos 12 meses) (no)</u>	1,00	***		1,00	***	
Sí	2,63	2,61	2,64	2,12	2,10	2,13
<u>Urgencias (últimos 12 meses) (no)</u>	1,00	***		1,00	***	
Sí	1,65	1,65	1,66	1,98	1,97	1,99
Modelo 4∞	N=5671			N=4731		
<u>Consumo de tabaco (no fumador)</u>	1,00	***		1,00	***	
fumador	1,31	1,31	1,32	1,28	1,28	1,29
Exfumador	1,30	1,29	1,31	1,16	1,16	1,17
<u>Consumo de alcohol (no consumo)</u>	1,00	***		1,00	***	
Habitual	0,74	0,73	0,74	1,04	1,02	1,06
Ocasional	1,02	1,01	1,02	1,25	1,24	1,26
<u>IMC (Peso insufi./normopeso)</u>	1,00	***		1,00	***	

Sobrepeso	0,84	0,84	0,84	1,26	1,25	1,26
Obesidad	1,34	1,34	1,35	2,06	2,05	2,07

*** $p < 0.001$

∞ Los modelos se han ajustado por grupos de edad, nivel educativo y clase social.

(a) Coeficiente beta (B) es negativo en hombres (-,028) y en mujeres (-,021).

ESP, Estado de salud percibida; IMC, índice de masa corporal; n.s, no significativo

Tabla 5. Asociación entre factores laborales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales, y mal ESP: resultados de análisis de regresión logística con todos los factores simultáneamente (ajustado por edad, nivel educativo y clase social) utilizando la muestra de estudio, 2012

2012								
		Hombres			Mujeres			
	OR		IC (95%)	OR		IC (95%)		
<u>Grupos de edad (25-34)</u>	1,00							
35-44	1,28	***	1,27	1,29	1,30	***	1,29	1,30
45-54	1,23	***	1,22	1,24	1,54	***	1,53	1,55
55-64	1,46	***	1,44	1,47	1,55	***	1,53	1,56
<u>Nivel educativo (Superior)</u>	1,00							
Primaria e inferior	2,00	***	1,99	2,02	2,82	***	2,80	2,85
Secundaria 1ª etapa	1,40	***	1,39	1,41	2,15	***	2,14	2,16
Secundaria 2ª etapa	1,14	***	1,14	1,15	1,64	***	1,63	1,65
<u>Clase social (no manuales)</u>	1,00							
Manuales	1,46	***	1,45	1,46	1,11	***	1,10	1,11
FACTORES LABORALES								
<u>Tipo de contrato(Permanente)</u>	1,00							
Temporal/sin contrato	0,92 (a)	***	0,91	0,92	1,20	***	1,19	1,20
Autónomos/otros	0,95 (a)	***	0,95	0,95	1,14	***	1,13	1,14
FACTORES PSICOSOCIALES								
<u>Apoyo social</u>	0,98 (a)	***	0,98	0,98	0,98 (a)	***	0,98	0,98
<u>Personas necesitadas en hogar (No)</u>	1,00				1,00			
Sí	1,05 (a)	***	1,04	1,07	1,09 (a)	***	1,08	1,10
FACTORES SOCIO-SANITARIOS								
<u>Salud mental (buena)</u>	1,00							
Mala	1,21	***	1,21	1,22	3,04	***	3,03	3,05
<u>Musculo-esqueléticas (No)</u>	1,00							
Sí	2,84	***	2,83	2,86	2,44	***	2,43	2,45
<u>Psicosomáticas (No)</u>	1,00							
Sí	1,40	***	1,40	1,41	1,46	***	1,46	1,47
<u>Tensión alta , colesterol ,diabetes (No)</u>	1,00							
Sí	1,60	***	1,59	1,61	1,24	***	1,24	1,25
<u>Nº medicamentos consumidos (ninguno)</u>	1,00							
Uno	1,63	***	1,61	1,64	1,73	***	1,72	1,75
Dos	1,47	***	1,46	1,48	1,35	***	1,34	1,35
Tres o más	2,90	***	2,88	2,91	2,92	***	2,91	2,94
<u>Tiempo desde última consulta médica (≥ 1 año)</u>	1,00							
≤ 4 semanas	3,04	***	3,02	3,06	4,56	***	4,52	4,60
> 4 semanas* y < 1 año	2,13	***	2,12	2,15	2,37	***	2,35	2,39
<u>Hospitalización (últimos 12 meses) (No)</u>	1,00							
Sí	2,37	***	2,35	2,39	2,26	***	2,25	2,28
<u>Urgencias (últimos 12 meses) (No)</u>	1,00							
Sí	1,61	***	1,60	1,61	1,69	***	1,68	1,70
FACTORES CONDUCTUALES								
<u>Consumo de tabaco (No fumador)</u>	1,00							
Fumador	1,13 (a)	***	1,12	1,13	1,11	***	1,10	1,11
Exfumador	1,08	***	1,07	1,08	0,98	***	0,98	0,99

<i>Consumo de alcohol (Ocasional)</i>	1,00							
<i>Habitual</i>	0,80	***	0,79	0,81	1,96	***	1,92	2,00
<i>No consumo</i>	1,17	***	1,16	1,18	1,30	***	1,29	1,31
<i>IMC (Peso insufi./normopeso)</i>	1,00							
<i>Sobrepeso</i>	1,01 (a)	***	1,00	1,01	1,02	**	1,01	1,02
<i>Obesidad</i>	1,498 (a)	***	1,47	1,49	1,48	***	1,47	1,49
	Bondad del ajuste					Bondad del ajuste		
	N2 Nagelkerke: 0.391					N2 Nagelkerke: 0.431		

** $p < 0.05$; *** $p < 0.001$

∞ Los modelos se han ajustado por grupos de edad, nivel educativo y clase social.

(a) Todas las variables tienen asociados coeficientes beta (B) positivos a excepción de apoyo social en hombres (-,028) y en mujeres (-,021); contrato temporal/sin contrato(-084) y trabajo de autónomo en hombres (-,051); consumo ocasional de alcohol en hombres (-,152); sobrepeso (-,274) y obesidad (-012) en hombres; personas necesitadas en el hogar para hombres (-,015) y mujeres (-,024).

ESP, Estado de salud percibida; IMC, índice de masa corporal; n.s, no significativo

Tabla 6. Resultados para los términos de interacción entre el nivel educativo y factores en asociación con mal ESP, análisis estratificados por cada género y nivel educativo (test de interacción: $p < 0.02$)

<i>Hombres 2006</i>												
<i>N.educativo (Superior)</i>	Consumo habitual alcohol			Peor salud mental			Obesidad			Enf. musculo esqueléticas		
	OR (95% IC)b			OR (95% IC)b			OR (95% IC)b			OR (95% IC)b		
<i>Primaria/ inferior</i>	4,17	3,98	4,37	3,18	3,13	3,23	1,50	1,48	1,52	3,82	3,75	3,89
<i>Secund.1ª etapa</i>	3,15	2,99	3,32	2,68	2,62	2,74	0,93	0,91	0,95	2,46	2,40	2,51
<i>Secund. 2ª etapa</i>	2,72	2,59	2,86	2,57	2,53	2,61	0,97	0,95	0,98	1,59	1,57	1,61
<i>Hombres 2012</i>												
<i>N.educativo (Superior)</i>	Consumo habitual tabaco			Peor salud mental			Personas necesitadas en hogar			Enf. musculo esqueléticas		
	OR (95% IC)b			OR (95% IC)b			OR (95% IC)b			OR (95% IC)b		
<i>Primaria/ inferior</i>	2,15	2,14	2,17	5,65	5,59	5,70	2,27	2,23	2,30	2,64	2,62	2,66
<i>Secund.1ª etapa</i>	1,58	1,57	1,58	2,62	2,61	2,64	1,44	1,42	1,46	2,72	2,71	2,73
<i>Secund. 2ª etapa</i>	1,42	1,41	1,43	1,93	1,91	1,94	0,56	0,55	0,57	1,74	1,72	1,75
<i>Mujeres 2012</i>												
<i>N.educativo (Superior)</i>	Obesidad			Peor salud mental			Personas necesitadas en hogar			Enf. musculo esqueléticas		
	OR (95% IC)b			OR (95% IC)b			OR (95% IC)b			OR (95% IC)b		
<i>Primaria/ inferior</i>	2,86	2,82	2,89	3,73	3,69	3,77	2,32	2,28	2,37	3,22	3,20	3,25
<i>Secund.1ª etapa</i>	1,67	1,66	1,69	3,45	3,43	3,47	1,30	1,28	1,31	2,60	2,58	2,61
<i>Secund. 2ª etapa</i>	1,40	1,39	1,41	2,93	2,91	2,95	1,06	1,04	1,08	2,13	2,12	2,14

b Ajuste por edad, clase social y el resto de factores laborales, psicosociales, socio-sanitarios y conductuales de cada modelo global para hombres y mujeres en 2006 y 2012.

Agradecimientos

Agradezco la confianza y apoyo recibido por mi tutor a lo largo de la preparación de este trabajo. Gracias al personal del INE y una estadística del ISCIII por la ayuda en la exportación de variables de la base datos de hogar a la base de adultos.

Referencias bibliográficas

Aldabe B, Anderson R, Lyly-Yrjanainen M, Parent A, Vermeulen G, Kelleher C, Niedhammer I (2011) Contribution of material, occupational, and psychosocial factors in the explanation of social inequalities in health in 28 countries in Europe, *J Epidemiol Community Health*, 65 (12): 1123-1131.

Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortés I (2004) Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class, *American Journal of Public Health*, 94, 1

Bambra, C et al (2009) Gender, health inequalities and welfare state regimes: a cross-national study of 13 European countries, *J Epidemiol Community Health*, 63: 38-44.

Benyamini Y, Leventhal E.A, Leventhal H (1999) Self assessment of health –what do people know that predicts their mortality? *Research on Aging*, 21(3): 477-500.

Commission on Social Determinants of Health (CSDH), *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization, 2008.

Dávila, C y González, B (2009) Crisis económica y salud, *Gaceta Sanitaria*, 23 (4): 261-265.

Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, Espelt A, Ferrando J, Borrell C (2013) Propuesta de clase social neoweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011, *Gaceta Sanitaria*, 27(3): 263-272.

Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa, INE, 18 de enero de 2012.
<http://www.ine.es/prensa/np697.pdf> (último acceso: 3 diciembre, 2013)

Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Encuesta Nacional de Salud 2011-12. Descripción de las variables compuestas, INE y MSSSI, 2012.

Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Encuesta Nacional de Salud 2011-12. Metodología, INE y MSSSI, 2012.

European Commission. Eurostat statistics database 2012. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu /portal/page/portal/statistics/search_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database) (último acceso: 20 de septiembre, 2013).

Gili M, Roca M, Basu S, McKee M, Stuckler D (2010) The mental risk of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010, *Eur J Public Health*, 2006 y 2010, 23, 1: 103-8.

Giron P (2010) "Determinants of self-rated health in Spain: differences by age groups for adults". *European Journal of Public Health*, 22, 1: 36-40.

Idler EL, Benyamini, Y (1997) "Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 38(1): 21-37.

Jylhä, M (2009) "What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model", *Social Science and Medicine*, 69: 307-316.

Karanikolos M, Mladovsky P, Cylus J, Thomson S, Basu S, Stuckler D, Mackenbach, J.P, McKee M (2013) M. Financial crisis, austerity, and health in Europe, *The Lancet*, 381: 1323-1331.

Kondo N, Subramanian, S.V. and Kawachi I (2008) Economic recession and health inequalities in Japan: analysis with a national sample, 1986-2001, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62, 10: 869-875 in Suhrcke, M y Stuckler, D. (2012) Will the recession be bad for our health? *Social Science & Medicine*, 74,5: 647-653.

Kunst A, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra J, Geurts J, Helmert U, Lennartsson C, Ram J, Spadea T, Stronegger J, Mackenbach P (2005) Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries, *International Journal of Epidemiology*, 34:295-305.

Lindstrom M (2009) Marital status, social capital, material conditions and self-rated health: a population based study, *Health Policy*, 93:172-9.

Mantzavinis GD, Pappas N, Dimoliatis DK, Ioannidis JPA (2005) Multivariate models of self-reported often neglected essential candidate determinants and methodological issues, *Journal of Clinical Epidemiology*, 58: 436-443.

Mackenbach et al (2008) "Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries", *N Engl J Med*, 358: 2468-81.

Molarius A, Berglung K, Eriksson C, Lambe M, Nordström E, Eriksson H, Feldman I (2006) Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden, *European Journal of Public Health*, 17, 2: 125-133.

Niedhammer, I, Chastang JF, David S, J, Kelleher SD (2008) "The contribution of occupational factors to social inequalities in health: Findings from the national French SUMER survey", *Soc Sci & Med*, 67: 1870-1881.

Niedhammer I, Sarra K, Schütte S, Chastang JF, Kelleher C (2013) “Material, psychosocial and behavioral factors associated with self-reported health in the Republic of Ireland: cross-sectional results from the SLÁN survey”, *BMJ Open*, 3 :1-11.

OCDE (2013) Health at a glance 2013: OECD indicators, OECD Publishing.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2013-en (último acceso: 26 de noviembre, 2013).

Regidor E, Barrio G, Bravo MJ, de la Fuente L (2013) Has health in Spain been declining since the economic crisis? *J Epidemiol Community Health*, 0:1-3.

Reine I, Novo M, Hammarström A (2013) Unemployment and ill health- a gender analysis: results from a 14 years follow-up of the Northern Swedish Cohort, *Public Health*, I, 27: 214-222.

Rodríguez-Sanz M, Carrillo-Santistevé P, Borrell C (2005) *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA 1993-2003*. Observatorios de salud de la mujer y del SNS. Agencia de Calidad. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Schutte S, Chastang JF, Parent-Thirion A, Vermeulen G, Niedhamer I (2013) Association between socio-demographic, psychosocial, material and occupational factors and self-reported health among workers in Europe, *Journal of Public Health*, pp1-11. Doi:10.1093/pubmed/fdt050

Schutte S, Chastang JF, Parent-Thirion A, Vermeulen G, Niedhamer I (2013) “Social differences in self-reported health among men and women in 31 countries in Europe”, *Scandinavian Journal of Public Health*, 41:51-57 en Niedhammer I, Sarra K, Schütte S, Chastang JF, Kelleher C (2013) “Material, psychosocial and behavioral factors associated with self-reported health in the Republic of Ireland: cross-sectional results from the SLÁN survey”, *BMJ Open*, 3 :1-11.

Suhrcke, M and Stuckler, D (2012) “Will the recession be bad for our health? It depends”, *Soc Science & Medicine*, 74: 647-653.

Tissue, T (1972). Another look at self-rated health among the elderly. *Journal of Gerontology*, 27, 91-94.