



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

ANÁLISIS DE LAS DESIGUALDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA ESPAÑOLA EN 2011

Andreea Costea

Tutora: Sandra Fachelli Oliva

Departamento de Sociología y Análisis de las Organizaciones

Grado en Sociología

Facultad de Economía y Empresa, Universidad de Barcelona

Curso académico 2016-2017

Resumen

En el presente estudio se realiza un análisis de los principales determinantes de la salud en la población española de quince o más años diferenciando por sexos, con el objetivo de descubrir si existen desigualdades en este ámbito. Se aborda la necesidad de descubrir qué perfiles presentan mayor vulnerabilidad a tener un peor estado de salud según varias características sociodemográficas, como la edad, la clase social, el nivel educativo logrado o la actividad económica. Para ello, se analizan tres grandes bloques que hacen referencia a las enfermedades y el estado de salud, los hábitos de vida y el uso de servicios sanitarios. Asimismo, se mostrarán qué factores incrementan y disminuyen la probabilidad de tener una autopercepción de la salud deficiente teniendo en cuenta todos los determinantes de la salud.

Palabras clave: desigualdades en salud, Encuesta Nacional de Salud Española 2011, determinantes de la salud, enfermedades crónicas, autopercepción de la salud, estilos de vida, servicios sanitarios.

Abstract

In this study, I have carried out an analysis of the main determinants of the health of the Spanish population of fifteen years or more differentiated by gender. The main goal is to find out if there are any inequalities in this area. I have addressed the need to establish which profiles are more vulnerable to have a worse health state according to sociodemographic characteristics such as age, social class, the level of education accomplished or the economic activity. To do this, I have analyzed three main combinations which make reference to the diseases and the health state, the lifestyle habits and the use of healthcare services. Additionally, I have shown which factors increase and which ones reduce the possibility of having a self-perception of poor health, taking into account the health determinants.

Keywords: inequalities in health, National Survey of Spanish Health 2011, determinants of the health, chronic diseases, self-perception of health, lifestyle habits, healthcare services.

Índice

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 3 |
| 2. MARCO TEÓRICO..... | 4 |
| 2.1. La salud, sus determinantes y los indicadores..... | 4 |
| 2.2. El estudio de las desigualdades en salud y sus principales indicadores..... | 7 |
| 3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS..... | 8 |
| 3.1. Objetivos generales y específicos..... | 8 |
| 3.2. Hipótesis general y específica..... | 8 |
| 4. METODOLOGÍA Y MODELO DE ANÁLISIS..... | 9 |
| 4.1. Diseño de la investigación y modelo de análisis..... | 9 |
| 4.2. Variables empleadas..... | 11 |
| 4.3. Recodificación de las variables dependientes de las Regresiones Logísticas..... | 13 |
| 5. RESULTADOS..... | 14 |
| 5.1. Autopercepción de la salud y enfermedades por sexo..... | 14 |
| 5.1.1 Autopercepción de la salud..... | 14 |
| 5.1.2 Enfermedades crónicas o de larga duración..... | 17 |
| 5.1.3 Salud mental..... | 19 |
| 5.2. Estilos de vida por sexo..... | 20 |
| 5.2.1 Hábito tabáquico..... | 20 |
| 5.2.2 Consumo de alcohol..... | 24 |
| 5.2.3 Sedentarismo..... | 26 |
| 5.2.4 Consumo habitual de comida rápida..... | 27 |
| 5.2.5 Cepillado diario de los dientes..... | 29 |
| 5.2.6 Obesidad..... | 30 |
| 5.2.7 Número de horas de sueño..... | 32 |
| 5.3. Utilización de servicios sanitarios por sexo..... | 33 |
| 5.3.1 Hospitalización..... | 33 |
| 5.3.2 Consumo de medicamentos..... | 35 |
| 5.3.3 Urgencias..... | 36 |
| 5.3.4 Acudir alguna vez a una consulta de ginecología, hacerse una mamografía y realizarse una citología..... | 38 |
| 5.4. Modelo de regresión logística jerárquica: salud autopercebida mala..... | 40 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 44 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA..... | 49 |
| 8. ANEXO..... | 50 |

Índice de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Modelo de la OMS de los determinantes de la salud..... | 6 |
| Figura 2. Modelo de los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades en la Salud en España, 2010..... | 7 |
| Figura 3. Estado de salud según varias variables sociodemográficas, por sexo..... | 15 |
| Figura 4. Enfermedad crónica según varias variables sociodemográficas, por sexo..... | 18 |
| Figura 5. Hábito tabáquico según varias variables sociodemográficas, por sexo..... | 21 |
| Figura 6. Hospitalización en los últimos 12 meses según varias variables sociodemográficas, por sexo..... | 34 |
| Figura 7. Hacerse alguna vez una mamografía según varias variables sociodemográficas... | 39 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Resumen de la Regresión Logística Jerárquica. Factores sociodemográficos, de entorno, estilos de vida, uso de servicios sanitarios y enfermedades que aumentan el riesgo de tener una autopercepción de la salud mala. Hombres y mujeres, 2011..... | 43 |
|--|----|

1. INTRODUCCIÓN

El concepto de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia, pasando de entenderse como la ausencia de enfermedades a una concepción multicausal que incluye varios determinantes como la biología, entorno y medio ambiente, estilos de vida y uso de servicios sanitarios. Partiendo de esta base, son varios los indicadores que manifiestan el estado de salud de un individuo o de una sociedad, como por ejemplo la mortalidad, esperanza de vida o aquellos que tienen que ver con los determinantes de la salud. Analizar cada uno de ellos ayuda a descubrir si existen desigualdades en la población y qué grupos o perfiles concretos son más vulnerables a tener un peor estado de salud. Por lo que, conocer estas realidades también ayudará a que las instituciones públicas mejoren y reduzcan las desigualdades en salud y, por consiguiente, mejoren el bienestar y la calidad de vida de toda la población.

El presente trabajo pretende dar a conocer el estado de salud de la población española adulta en 2011 según género, con el objetivo de describir si existen desigualdades en este campo y de plasmar cuáles son los individuos con peor estado de salud a partir de varias características sociodemográficas. Asimismo se mostrará, en una visión conjunta, cómo todos los determinantes de la salud influyen en la autopercepción que los individuos tienen de esta y, por consiguiente, cuáles son los factores que incrementan la probabilidad de tener una representación negativa de su estado de salud. La elección de este tema como eje central del estudio surge debido a la necesidad de comunicar la importancia de entender que la salud no depende únicamente de las enfermedades que pueda tener una persona. De igual manera, se cree importante expresar las desigualdades existentes para ampliar la información en este campo.

Se parte de una hipótesis general que afirma que cada uno de los determinantes de la salud depende de los estudios, edad, clase social y actividad económica, siendo los individuos con menor posición socioeconómica los que peores resultados obtienen en cada uno de estos. Para la consecución de los objetivos e hipótesis se empleará una metodología cuantitativa que analizará estadísticamente la Encuesta Nacional de Salud Española de 2011, proporcionada por el INE. El trabajo comienza presentando un marco teórico, los objetivos, las hipótesis y la metodología; seguido por los resultados obtenidos, dividiéndose estos en cuatro apartados: salud y enfermedades, estilos de vida, uso de servicios sanitarios y la autopercepción de la salud según todos los determinantes de la salud. Para los tres primeros se analizarán las relaciones de dependencia de las variables incluidas a través de tablas de contingencia y se mostrarán los datos en gráficos de barras horizontales apiladas; asimismo, para estos tres y el último, se construirán regresiones logísticas para describir los factores que incrementan o disminuyen la probabilidad de que un fenómeno ocurra.

Finalmente, cabe mencionar el apoyo de Sandra Fachelli, que aun estando a distancia, ha respondido a todas las dudas de forma ágil. Asimismo, agradecer a otros profesores como Marga Marí-Klose y Pedro Gallo por sus consejos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 La salud y sus determinantes

El concepto de salud ha ido cambiando a lo largo de la historia: hasta el siglo XX se entendía como la ausencia de cualquier enfermedad; a partir de la Segunda Guerra Mundial, se pasó a un *enfoque positivo, dinámico, multicausal y social* que dejaba atrás la concepción tradicional (PALOMINO, et al 2014). Este enfoque se basaba en la idea de que la salud se relaciona con numerosos factores que la determinan, por lo que la Organización Mundial de la Salud la definió en 1946 como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Otros autores como Caba (1990) o Hernán San Martín (1995) explican que las afecciones o las enfermedades que tiene una persona deben entenderse como causas de factores sociales, ecológicos y económicos (aparecen en PALOMINO, 2014).

A raíz del avance científico y tecnológico tras la Segunda Guerra Mundial, los estudios e investigaciones en este campo han permitido ampliar la información y la explicación de los determinantes de la salud. Uno de los autores que más destacan es Lalonde (1973), que explica que el estado de salud de una persona no solo depende de los factores biológicos (constitución, carga genética, etc.), sino también de los estilos de vida, el medio ambiente y el sistema de servicios sanitarios (aparece en VILLAR, 2011). En los hábitos de vida se incluye el consumo de tabaco, de alcohol y de drogas, la conducción temeraria, la alimentación, la actividad física, la alimentación y sus consecuencias sobre el peso y los hábitos de sueño, entre otros. Asimismo, en el medio ambiente y entorno se incluyen la contaminación, los factores sociales como el estrés y el medio social de la persona. En cuanto a los servicios sanitarios, Lalonde tiene en cuenta la calidad y la accesibilidad a los servicios sanitarios (por ejemplo, las largas listas de espera, la asistencia sanitaria y otros usos de los servicios sanitarios). Por lo que, para este autor la salud deja de entenderse como la presencia o ausencia de enfermedad, para pasar a entenderla como una consecuencia de una variedad de factores que pueden interactuar y condicionar el estado de salud de una persona. Asimismo, cada uno de estos factores se verá determinado por las características sociodemográficas de la persona, teniendo diferentes hábitos de vida o el uso de servicios sanitarios. Por lo que, las características sociodemográficas y de entorno no se pueden separar en el análisis del estado de la salud de una persona, se tendrán que observar como una causa previa a los diferentes determinantes de la salud.

De igual manera, cabe mencionar que gracias al conocimiento y evolución de los determinantes de la salud se desarrollaron varios proyectos a nivel global para promocionar la salud, entre ellos destaca la Declaración de Ottawa (1986) que define la salud como:

El resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida, y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. La salud se crea y se vive en el marco de la

vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. [...] Una buena salud es el mejor recurso para el progreso personal, económico y social y una dimensión importante de la calidad de la vida. Los factores políticos, económicos, sociales, culturales, de medio ambiente, de conducta y biológicos pueden intervenir bien en favor o en detrimento de la salud (Carta de Ottawa en Promoción de Salud. OMS, 1986).

Años después del Informe de Lalonde, Dahlgren y Whitehead (1992) proponen una clasificación más amplia de los determinantes de la salud, distinguiendo los siguientes:

- En la base del esquema se encuentran los individuos con sus características biológicas y constitucionales, como el sexo y la edad, que no se pueden modificar e influyen en la salud.
- Alrededor de estos individuos encontramos varias esferas que sí pueden ser modificadas a través de políticas. Entre estos se encuentran aquellos relacionados con la conducta personal, es decir, aquellas acciones que determinan el estilo de vida de un individuo (hábito tabáquico, consumo de alcohol, realización de ejercicio físico, horas de sueño, etc.). En el segundo nivel se encuentran las “redes sociales y comunitarias”, en donde cada persona se relacionará con su entorno y con su comunidad de tal forma que esta acabará influyendo en su estado de salud. En el tercer nivel, se encuentra el tipo de “condiciones de vida y de trabajo” de la persona, incluyendo el desempleo, el agua y el saneamiento, los servicios de salud, la vivienda, ambiente del trabajo, educación y la agricultura y producción de alimentos. Finalmente, en el último estrato se encuentra “las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales generales” que también determinará el estado de salud (aparece en BARRAGÁN, 2007).

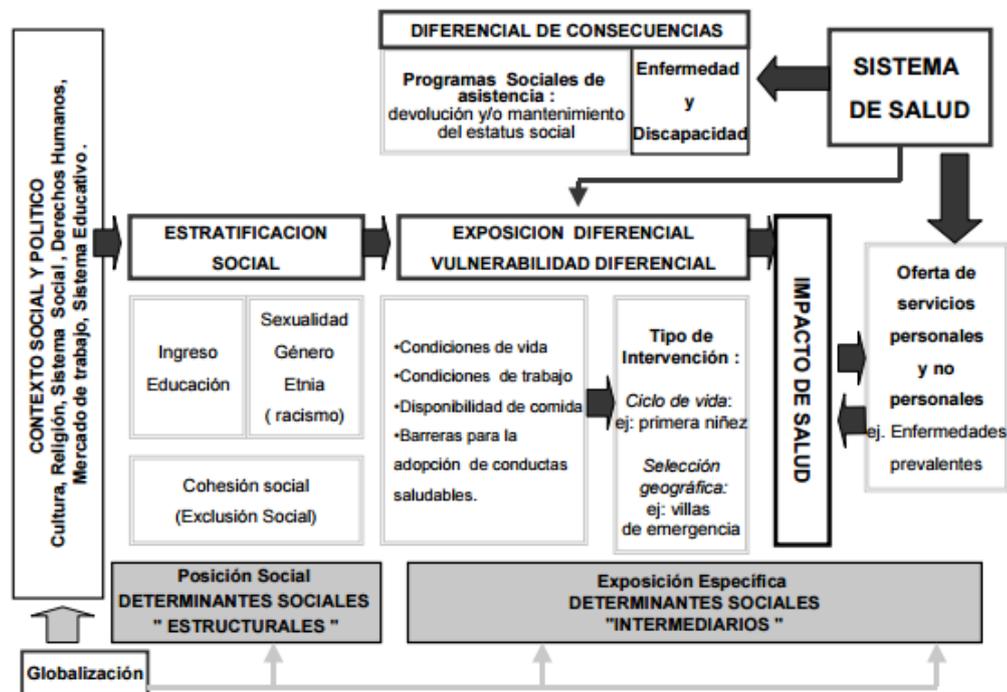
Lo que se propone en este modelo es que los determinantes de la salud no pueden analizarse de forma aislada, sino como un “conjunto de interacciones entre todos los niveles”. Por lo que, las características que presenten las personas en cada uno de estos, afectarán al nivel de salud. Dahlgren y Whitehead señalan que entre los condicionantes más importantes se encuentran en primer lugar aquellos que tienen que ver con la calidad de vida, acceso a alimentos y servicios elementales, además de aquellos que tienen que ver con la posición socioeconómica del individuo (PALOMINO, 2014).

Otro de los principales autores que relacionan y explican los determinantes de la salud para fomentar y mejorar la acción política, se encuentra el modelo propuesto por Diderichsen y otros participantes (2001) en donde se da importancia a la forma en que los entornos sociales y políticos estratifican y determinan el estatus social de las personas, por lo que esta posición social también condicionará la accesibilidad y las oportunidades de salud. Según Diderichsen, entre los actores más importantes o mecanismos que reparten la riqueza y las oportunidades en la sociedad se encuentran “el sistema educativo, las políticas de trabajo, las normas de género y las instituciones políticas” (aparece en BARRAGÁN, 2007).

Finalmente, cabe mencionar el modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud en donde se muestran tres grandes ejes que giran en torno a la salud y la determinan:

determinantes sociales, el contexto social y político y los niveles de acción en donde hay que intervenir puesto que pueden existir desigualdades. Estas políticas de acción tienen que tener en cuenta no solo la mejora al acceso de servicios básicos, sino también el descenso de las vulnerabilidades y modificaciones en la estratificación social (FRENZ, 2005).

Figura 1. Modelo de la OMS de los determinantes de la salud.



Fuente: Barragán, 2007

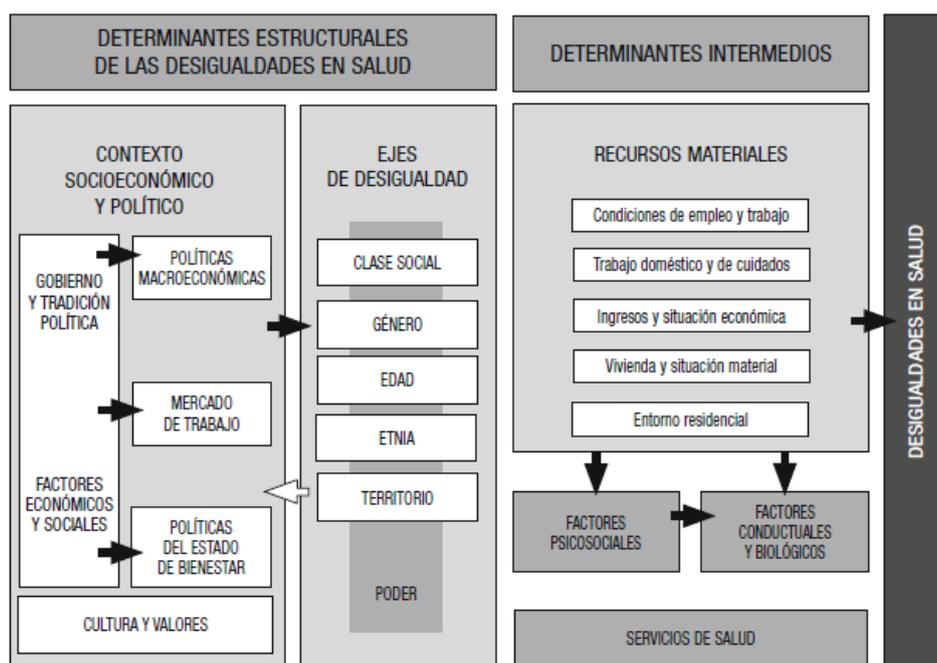
Finalmente y en relación a los determinantes de la salud, cabe destacar que para medir los niveles de salud existen diversos indicadores que se pueden relacionar con el estatus social de los individuos. Según Teresa Valenzuela (2005), entre ellos podemos encontrar los objetivos (mortalidad - la mortalidad infantil, mortalidad neonatal, mortalidad materna, mortalidad por grupos de edad específicas o por causas concretas – morbilidad y discapacidad) y aquellos que determinan el comportamiento (proporción de alcohólicos, proporción de fumadores, prevalencia de sedentarismo, proporción de obsesos, porcentaje de uso de medicamentos, etc. -). Asimismo, Barragán (2007) menciona las tasas de mortalidad, la mortalidad por causas, salud percibida, prevalencia de enfermedades crónicas o de larga duración y la utilización de servicios sanitarios. Marí-Klose (2009) complementa la lista de indicadores y sostiene que “el daño a la salud que provocan las desventajas económicas y sociales se debe no solo a carencias materiales, sino que están relacionadas con comportamientos de riesgo, hábitos, estilos de vida y factores psicológicos que repercuten negativamente sobre su salud”. En cualquier caso, todos los indicadores deben ser evaluados para describir las posibles incidencias que tienen sobre la salud de un individuo o de una sociedad, para así conseguir una mejora del marco que explica los determinantes de la salud.

2.2 El estudio de las desigualdades en salud y sus principales ejes

Según Carme Borrell, “la desigualdad social en salud se refiere a las diferentes oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que se traduce en una peor salud por parte de los colectivos socialmente menos favorecidos” (BORRELL et al. 2005). Para que una desigualdad en salud sea considerada como tal tiene que darse dos condiciones: a) que se considere socialmente injusta y, b) que sea evitable. Las principales medidas para conocer si existen desigualdades en salud a nivel individual pueden ser la clase social, ocupación, educación, ingresos, riquezas (teniendo en cuenta todos los bienes personales) o el territorio en donde viven (SEGURA DEL POZO, 2013).

En España, el modelo de Sonar e Irvin (2007) tiene una gran relevancia a la hora de explicar las desigualdades sociales en salud. Este modelo se basa en dos niveles: a) determinantes estructurales (se incluye en contexto socioeconómico y político – políticas macroeconómicas, mercado de trabajo, políticas del Estado de Bienestar y cultura y valores – y la estructura social – clase social, género, edad, etnia, territorio -) y, b) determinantes intermedios (recursos materiales – integrado por las condiciones de empleo y trabajo, trabajo doméstico y de cuidados, ingresos y situación económica, vivienda y situación material, entorno residencial-). Este último nivel se verá determinado directamente por la posición social, que a su vez determinará los factores psicosociales y los factores conductuales y biológicos de los individuos (aparece en BARRAGÁN, 2007 y BORRELL, 2011).

Figura 2. Modelo de los determinantes de las desigualdades en salud de la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España, 2010.



Fuente: Carme Borrell, 2011.

Asimismo, dicho esquema puede ser complementado con las aportaciones de Elisa Díaz Martínez que afirma que “la estructura de clases influye en la salud no solo a nivel individual sino también a nivel comunitario, ya que tiene un gran impacto sobre la distribución de bienes privados y en la cantidad de inversión pública” (DÍAZ, 2002). La estructura de clases determinará los comportamientos relacionados con la salud, tales como el consumo de alcohol, hábito tabáquico, actividad física, alimentación, etc. Asimismo, el estrés, las condiciones de trabajo, la vivienda, el medio ambiente y el entorno y los ingresos económicos también son relevantes a la hora de analizar las desigualdades en salud, por lo que se tienen que tener en cuenta, ya que según la posición socioeconómica, estos serán diferentes. En resumen, todo ello determina y condiciona el estado de salud de una persona.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1 Objetivos generales y específicos

El principal objetivo propuesto es analizar y describir las principales desigualdades en salud en la población adulta española en 2011 desde una perspectiva de género. Para un análisis más complejo se establecen los siguientes objetivos específicos: a) describir las desigualdades en la autopercepción de la salud y la presencia de enfermedades crónicas o de larga duración, b) analizar las desigualdades en los estilos de vida, c) explicar las desigualdades en el uso de los servicios sanitarios y d) identificar qué factores implican mayor riesgo en el hecho de tener una autopercepción de la salud deficiente teniendo en cuenta todos los determinantes de la salud.

3.2 Hipótesis general y específicas

La presente investigación parte de una hipótesis general que establece que cada uno de los determinantes de la salud dependen de los estudios, edad, clase social y actividad económica. Asimismo, con la intención de analizar a un nivel más concreto dicha relación, se establecen las siguientes hipótesis específicas: a) a menor clase social y estudios obtenidos, peores estilos de vida, mayor presencia de enfermedades crónicas y peor autopercepción de la salud; por lo que, el estado de la salud en general, también se verá condicionado, b) tanto la población masculina, como la femenina pertenecientes a la clase trabajadora, así como aquellos/as que no tienen estudios, tendrán más probabilidades de tener peor autopercepción de la salud y c) la autopercepción de la salud, aun teniendo en cuenta los estilos de vida, las enfermedades y del uso de servicios sanitarios, los factores sociodemográficos y de entorno siguen siendo importantes factores que implican un aumento de las probabilidades de declarar un estado de salud negativo.

4. METODOLOGÍA Y MODELO DE ANÁLISIS

4.1 Diseño de la investigación y modelo de análisis estadístico

Este estudio se basa en un diseño único en el cual se aplicará una metodología cuantitativa analizando a través de varias técnicas estadísticas los datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud Española de 2011 en el paquete estadístico SPSS. Dicha encuesta fue realizada en 21.508 hogares en todo el territorio español entre julio de 2011 y junio de 2012 y tiene como principal objetivo dar a conocer una amplia información sobre el estado de salud, tanto psíquico como físico de toda la población española. Asimismo, los datos recogidos se organizan en tres cuestionarios separados: cuestionario de hogar, cuestionario de adultos y cuestionarios de menores. Para los dos últimos se incluyen tres bloques diferenciados según el estado de salud, los determinantes de la salud y la asistencia sanitaria, además de las características sociodemográficas de los individuos seleccionados; en cambio, para el cuestionario de hogar, se incluyen las características de la vivienda y el entorno y las sociodemográficas de todos los miembros del hogar. El tamaño muestral es de 26.502 entrevistas en total, de las cuales 21.007 a personas adultas y 5.495 a menores de catorce años. En este caso, se decide realizar la investigación del estado de la salud únicamente de los adultos, es decir, de aquella población de quince o más años. Para ello, se procedió a fusionar los datos existentes del cuestionario de adultos con el de hogares, para ampliar la información del entorno de los individuos seleccionados.

Así pues, para el estudio empírico de las desigualdades en salud se analizarán y contrastarán las diversas hipótesis planteadas a través de un análisis descriptivo, bivariante y multivariante. El principal objetivo de cada una de estas técnicas de análisis son las siguientes:

- Análisis univariante con tablas de frecuencia: observar cómo se distribuye la población en función de las características escogidas y medir y comparar los valores y las categorías de respuesta de las variables analizadas.
- Análisis bivariante con tablas de contingencia: se empleará para aceptar o rechazar la hipótesis de dependencia entre unas variables y otras; para ello, se observará el grado de significación entre estas. Asimismo, en dicha técnica se controlará por el sexo, ya que podría resultar una variable distorsionadora en el análisis y se aprovechará para hacer la comparación de los fenómenos en ambos grupos. Hecho a destacar, es que permite visualizar rápidamente qué variables serán de gran interés en el análisis multivariante (BISQUERRA, 2004).
- Análisis multivariante con regresión logística binaria: permitirá explicar la realidad midiendo la influencia de unas variables sobre otra. Es de gran utilidad para valorar el efecto de las variables independientes en una variable dependiente y así conocer qué probabilidad habrá para que se dé un fenómeno según una o unas características concretas (MUÑOZ, et al).

Siguiendo dicho esquema, en primer lugar se explicará el porcentaje de mujeres y hombres de cada una de las variables incluidas en los tres bloques de determinantes de la salud (autopercepción de la salud y enfermedades, estilos de vida y uso de servicios sanitarios) según edad, estudios, clase social y actividad económica. Como aclaración, se decide incluir en el cuerpo del trabajo tan solo cinco gráficos (“estado de salud”, “enfermedades crónicas”, “hábito tabáquico”, “hospitalización” y “realización de una mamografía”) por motivos de espacio (encontrándose el resto en el Anexo). Estos han sido creados a través de gráficos de barras horizontales apiladas al 100%. Para ello, se procedió inicialmente a realizar tablas de contingencia en SPSS, para después exportar los datos a Excel y así crear los gráficos. En las filas se indicará la variable dependiente, mientras que en las columnas, la independiente; por lo que, se escogerá el porcentaje de columna, ya que se quiere explicar dicha variable dependiente a partir de otra independiente. Este primer análisis permitirá una doble acción: aceptar o rechazar la hipótesis que afirma que hay dependencia entre las variables (significación del χ^2 , cuando $P \leq 0,05$ se rechaza la hipótesis nula de no dependencia) y comparar si la distribución de la variable dependiente se modifica cuando se observan las diferentes categorías de respuesta de la variable independiente.

En segundo lugar, se pasará a explicar de cada una de las variables de los bloques de determinantes de la salud, qué factores aumentan o disminuyen la probabilidad de que un fenómeno suceda en hombres y mujeres según varias variables sociodemográficas y de entorno. Por lo que en este caso, se decide incluir no solo la edad, clase social, estudios y actividad económica, sino también la nacionalidad, tipo de hogar, estado civil, apoyo emocional, problemas de vivienda y de entorno, nivel de estrés laboral y vivir con personas con limitación. Para el análisis, se usará la regresión logística múltiple y de carácter binario, es decir, aquella que usa una variable dependiente *dummy* (en donde el valor 0 es la ausencia de la característica y el valor 1, la presencia), y varias variables independientes. Principalmente, se analizará la capacidad predictiva del modelo (R^2 de Cox y Snell y R^2 de Nagelkerke), las pruebas de bondad de ajuste (pruebas omnibus) y las exponenciales B (también llamadas *odds ratio* o razón de probabilidades) para conocer las probabilidades de un fenómeno en función de una o unas características. En relación a esto último, cuando las OR sean mayores de 1 significará que la probabilidad o el riesgo al evento será mayor; en cambio, cuando sean menores de 1, disminuirán las posibilidades, convirtiéndose en un efecto “protector”. En relación a esto último, también se observará el signo del coeficiente de beta, ya que cuando es positivo significará que las odds ratio serán mayores de 1 (factor de riesgo) y cuando son negativas, menores de 1 (factor de protección).

Finalmente, y una vez analizados los tres bloques, se pasará a crear una regresión logística jerárquica de la autopercepción de la salud deficiente incluyendo, no solo las variables sociodemográficas y de entorno, sino también aquellas del bloque de estilos de vida, enfermedades y uso de servicios sanitarios. Se decide escoger este tipo de regresión, debido a que se quiere analizar cómo la introducción de cada variable tiene un efecto determinado en la

variable dependiente y así observar si el modelo mejora o no. Con esta última regresión se pretende observar cómo las variables sociodemográficas siguen manteniendo significación a medida que se incluyen otras que tienen que ver con el resto de determinantes de la salud. Asimismo, permitirá combinar y contrastar la bibliografía empleada con la realidad, así como la comparación de los resultados con otros estudios que van en la misma línea. Por último, ayudará a pronosticar cuáles son los factores que multiplican la probabilidad de tener una autopercepción deficiente. Hecho a destacar es que, antes de su realización se procedió a realizar dos regresiones logísticas múltiples, una mediante método Enter y otra mediante método hacia adelante Wald, para corroborar que las variables empleadas fueran significativas en ambos métodos. Así pues, se han escogido las variables con significación en ambas regresiones y de estas, solo aquellas con intervalos de confianza del 95% de los exponenciales B muy alejados del 1, debido a la gran magnitud de la muestra, se piensa que la significación no es el único criterio que se debe emplear para esta selección (recuérdese que un IC que incluya el valor de 1, no tendrá efecto sobre la variable dependiente).

4.2 Variables empleadas

Para estudiar el estado de salud de los españoles en 2011, se decide escoger aquellas variables que puedan resultar de gran importancia en los estilos de vida, el uso de servicios sanitarios y las enfermedades. Asimismo, para analizar las desigualdades en la salud se elegirán varias variables sociodemográficas y de entorno (variables independientes) que ayudarán a esbozar cómo aquellas personas con peores condiciones de vida tienen peor estado de salud y estilos de vida, más enfermedades crónicas y peor autopercepción de la salud.

Así pues, las variables sociodemográficas serán las siguientes:

- Edad: previamente cuantitativa (de 15 a 103 años), se recodifica en cuatro categorías (adultos de 15 a 24, adultos de 25 a 34, adultos de 35 a 64 y adultos de 65 y más).
- Clase Social: la variable original presentaba seis categorías en función de los ingresos (Clase I: directores y gerentes de establecimientos de diez o más licenciaturas universitarias, Clase II: directores y gerentes de establecimientos de menos de diez diplomaturas universitarias, Clase III: ocupaciones intermedias y autónomos, Clase IV: supervisores y trabajadores cualificados, Clase V: trabajadores cualificados del sector primario y semicualificados, Clase VI: trabajadores no cualificados). Se decide recodificar según la clasificación propuesta por la Sociedad Española de Epidemiología (2000) obteniendo así tres categorías: clase alta (incluye la clase I y II), clase media (incluye la clase III y IV) y la clase trabajadora (clase V y VI).
- Nacionalidad: distingue entre nacionalidad española y extranjera.
- Estado Civil: previamente con cinco categorías (soltero, casado, viudo, separado legalmente y divorciado), se decide recodificar en cuatro categorías juntando a los separados con los divorciados en la misma, puesto que los primeros presentaban un porcentaje muy bajo.

- Estudios: recodificada según la clasificación del INE en cuatro categorías: analfabetos o sin estudios (incluye “no sabe leer” y “primaria incompleta”), Primaria y Secundaria de primer ciclo (“educación primaria completa” y “ESO”), Secundaria de segundo ciclo y Postsecundaria (“Bachillerato”, “Grado medio” y “Grado superior”) y Universitarios (“estudios universitarios o equivalentes”).
- Tipo de hogar: recodificada en hogares unipersonales, pareja sin hijos, pareja con hijos (incluye las parejas con algún hijo menor de 25 años y aquellas con hijos mayores de 25), monoparentales y otro tipo de hogares (aquellos en los que se incluyen otras personas, como pueden ser los multipersonales).
- Actividad económica: distingue entre los que están trabajando y los que no.

Asimismo, para las variables de entorno, se incluye:

- Si la persona vive con otras que tienen alguna limitación
- Estrés en el trabajo: previamente cuantitativa (puntuación de 1 a 7, siendo 1 poco estrés y 7, máximo estrés laboral) y recodificada en dos categorías: poco o moderado estrés laboral (de 1 a 4) y bastante (de 5 a 7).
- IPEV o “índice de problemas de entorno y vivienda”: es un índice creado a partir de varias preguntas que hacen referencia a estos dos temas (ruidos en la casa, parque cerca de casa, techos deteriorados, etc.). El corte de la variable se ha hecho según la mediana, siendo 1=IPEV bajo la mediana (≤ 25) y 2=IPEV sobre la mediana (≥ 26).
- IAE o “índice de apoyo emocional”: se elabora a partir de varias variables que hacen referencia al apoyo que recibe una persona (contar con la ayuda de los demás, sentirse feliz, tener amigos de confianza, etc.). Fueron agrupadas estas preguntas y después recodificadas con el mismo procedimiento del corte de la mediana, siendo 1=IAE bajo la mediana (≤ 50) y 2=IAE sobre la mediana (≥ 51).

Respecto a las variables empleadas en el bloque de salud y enfermedades, son las siguientes:

- Auto percepción de la salud: recodificada en dos categorías, siendo la primera un estado de salud muy bueno o bueno y la segunda regular, malo y muy malo, para sí conocer las diferencias entre aquellos que se perciben positivamente frente a aquellos que no.
- Enfermedad crónica o de larga duración en los últimos doce meses: distingue entre aquellos que tienen y los que no.
- Salud mental: originalmente es cuantitativa, con una escala que va de 0 a 12. La Metodología de la Encuesta explica lo siguiente sobre la salud mental: “Se utiliza el cuestionario GHQ12 que corresponde a la forma abreviada de 12 ítems del cuestionario de Salud General GHQ (*General Health Questionnaire*). Es un instrumento diseñado como *screening* para detectar trastornos psíquicos en la población general”. Para su recodificación se consulta el artículo “Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana” (MUÑOZ et al. 1995) en

donde se explica que “el punto de corte óptimo de la versión española es 2-3”, siendo las puntuaciones de 0 a 3 aquellas que denotan una “buena salud mental” y el resto, todo lo contrario.

El segundo bloque dedicado a los estilos de vida incluye seis variables de gran peso a la hora de analizar la salud en una persona, siendo las siguientes:

- Hábito tabáquico: distinguiendo entre aquellos que fuman (diariamente y no diariamente) y aquellos que actualmente no fuman.
- Frecuencia del consumo de alcohol: se recodifica en tres categorías, existiendo en la primera aquellos que beben todos los días y los que lo hacen de tres a seis veces por semana; en la segunda, los que son más moderados (una o dos veces a la semana) y aquellos que lo hacen con menos frecuencia (tres veces al mes o menos).
- Actividad física en el tiempo de ocio: variable recodificada en dos categorías que distingue a los que hacen ejercicio (todas las semanas o varias veces al mes) y aquellos que son sedentarios (nunca hacen deporte o lo hacen en momentos puntuales).
- Frecuencia del consumo de comida rápida: distingue entre aquellos que suelen consumirla habitualmente (varias veces a la semana) y aquellos que nunca o rara vez la consumen.
- Cepillado de los dientes diario: la variable original tiene cinco categorías, puesto que distingue el número de veces que suele cepillarse los dientes una persona. Se recodifica según si las personas se lavan los dientes diariamente, independientemente del número de veces, por lo que “ocasionalmente” se considera que no se cepilla los dientes diariamente.
- Índice de masa corporal: se mantiene la variable original (peso insuficiente, normopeso, sobrepeso y obesidad).
- Número de horas de sueño: previamente cuantitativa. Se recodifica en dos categorías: personas que duermen menos de siete horas y aquellas que duermen más de siete.

Finalmente, para el bloque de los servicios sanitarios se emplean las siguientes variables: hospitalización, urgencias y consumo de medicamentos, las tres con dos categorías (sí y no). Asimismo, se incluyen para la población femenina: hacerse una mamografía, citología y consultar el ginecólogo (categorías: sí y no).

4.3 Recodificación de las variables dependientes de las Regresiones Logísticas

Para el análisis de las regresiones logísticas se convierten todas las variables dependientes en dicotómicas, obteniendo así la presencia (con valor 1) o la ausencia (con valor 0) de una característica concreta. Se decide categorizar con el valor de 1 la característica que supone un “riesgo” para la salud o un deterioro de la misma. Así pues, se detallan cuáles son:

- Estado de salud autopercebido: 1 = mala salud, 0 = buena salud
- Enfermedades crónicas o de larga duración: 1 = enfermedad crónica, 0 = no
- Salud mental: 1 = mala salud mental, 0 = buena salud mental
- Hábito tabáquico: 1 =fuma, 0 = no
- Consumo de alcohol: 1 = habitualmente (se incluye: “todos los días”, “de 3 a 6 veces por semana”, “una o dos veces por semana” y “tres veces al mes”); 0 = nunca o casi nunca (“una vez al mes o menos”). Se decide incluir la respuesta “tres veces al mes” en la primera categoría, puesto que así se distingue únicamente entre aquella población que no bebe casi nunca y aquella que lo suele hacer.
- Actividad física: 1 = sedentario, 0 = hace ejercicio
- Comida rápida: 1 = habitualmente, 0 = nunca o casi nunca
- Cepillado de dientes diario: 1 = no, 0 = sí
- Índice de masa corporal: 1 = obesidad, 0 = normopeso. Se clasifica como perdidos el peso insuficiente y el sobrepeso, puesto que interesa analizar únicamente la obesidad.
- Horas de sueño: 1 = menos de siete horas, 0 = más de siete
- Hospitalización: 1 = sí, 0 = no
- Consumo de medicamentos: 1= no, 0= sí
- Urgencias: 1 = sí, 0 = no
- Ginecología: 1= no, 0= sí
- Mamografía: 1= no, 0= sí
- Citología: 1= no, 0= sí

5. RESULTADOS

5.1 Estado de salud y enfermedades

5.1.1 Autopercepción de la salud

➤ Autopercepción de la salud según edad, clase social, estudios y actividad económica por sexo

Para descubrir si existe dependencia entre la autopercepción de la salud y la edad, clase social, estudios y la actividad económica, se realizan varias tablas de contingencia. Así pues, los resultados son los siguientes:

- Teniendo en cuenta a toda la población, se observa que las cuatro variables son significativas ($P=0,000$), siendo la edad la que presenta mayor asociación con la autopercepción de la salud (*véase Tabla 1 en Anexo*).
- Cuando se controla por sexo, la dependencia sigue existiendo, tanto para hombres como para mujeres. Asimismo, la edad vuelve a ser una de las características que tiene mayor asociación con la variable dependiente (*véase Tabla 2 y 3 en Anexo*).

Por lo que se acepta la hipótesis alternativa que establece que hay una relación entre la autopercepción de la salud y la edad, clase social, estudios y actividad económica, tanto para la población total, como para hombres y mujeres.

Los datos ponen de manifiesto que en 2011 el 68% de la población española afirma que tiene una buena salud frente al 32% que considera todo lo contrario. De los hombres, el 74% se percibe positivamente y el 26% restante negativamente; en cambio, la población femenina difiere en casi doce puntos por encima de los hombres en cuanto a su autopercepción deficiente, por lo que en una línea comparativa, estas tienen peor autopercepción de su salud que los hombres.

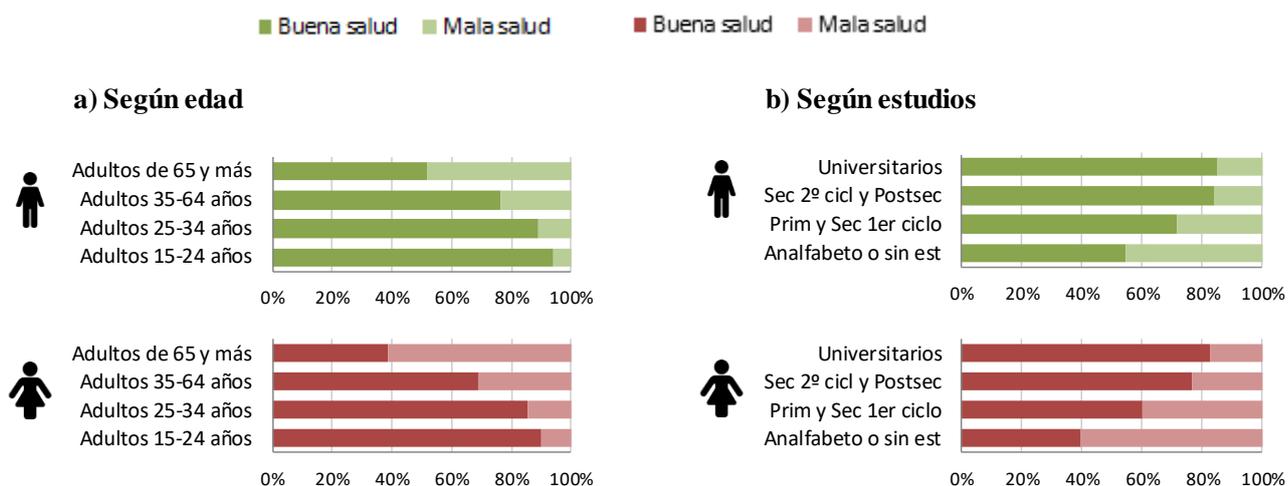
Tal y como muestra la Figura 3, los grupos etarios más avanzados se perciben peor que aquellos más jóvenes. Casi la mitad de los hombres de 65 y más años creen que tienen un estado de salud deficiente; en cambio, las mujeres de este grupo de edad, destaca el alto porcentaje en esta categoría (62%).

Según la clase social, tanto en hombres como en mujeres, a medida que esta disminuye, aumenta el mal estado de salud. Por lo que, la clase trabajadora es la que presenta mayores porcentajes en esta categoría (31% hombres, 44% mujeres).

Asimismo, esta tendencia se vuelve a repetir cuando se observa el estado de la salud según los estudios logrados, teniendo peor percepción aquella población analfabeta o sin estudios (45% hombres, 60% mujeres) frente a aquella que obtiene algún título universitario (15% hombres, 17% mujeres).

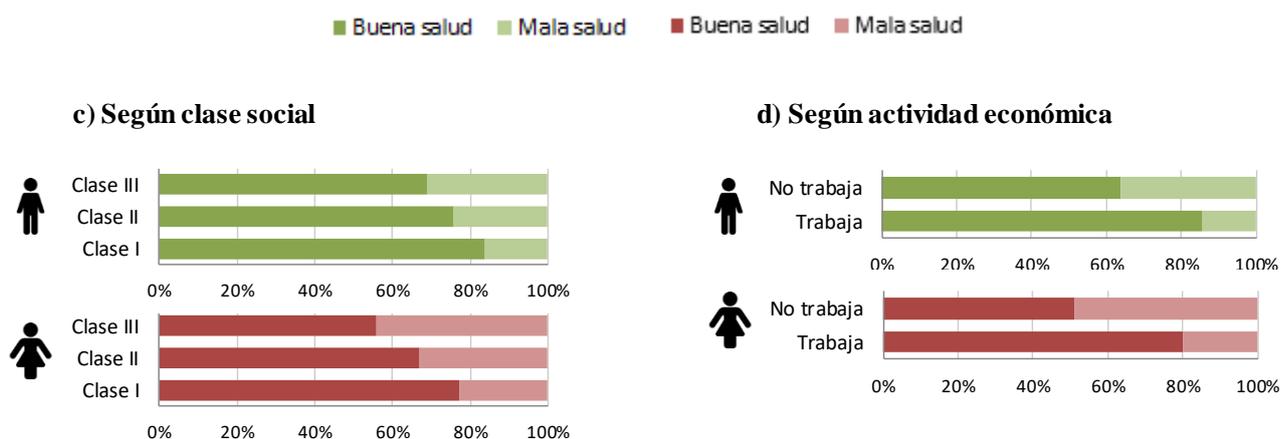
Finalmente, aquella población que no trabaja tiende a tener mayor autopercepción negativa de su estado de salud, sobre todo las mujeres con un 49%, frente al 36% de los hombres.

Figura 3. Estado de salud según varias variables sociodemográficas, por sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 3. (Continuación) Estado de salud según varias variables sociodemográficas, por sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de tener una autopercepción de la salud deficiente por sexo

Para averiguar cuáles son los factores que incrementan la probabilidad de tener una autopercepción de la salud negativa, así como aquellos que protegen del mismo fenómeno, se ha realizado una regresión logística por cada sexo incluyendo como variables independientes las sociodemográficas y las de entorno para conocer qué perfiles tienen mayor riesgo. Antes de ello, se parte de una hipótesis que establece que existe dependencia entre la autopercepción deficiente y las variables sociodemográficas (edad, clase social, tipo de hogar, estudios, estado civil y actividad económica) y las de entorno (índice de problemas de entorno y vivienda, índice de apoyo emocional, estrés en el trabajo y vivir con personas con limitación). Para ello, se han creado varias tablas de contingencia y se ha observado que existe relación estadísticamente significativa entre estas variables ($P < 0,05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula que establece que no existe relación entre las variables, y se acepta la alternativa, la cual constata que la dependencia es real en ambos sexos.

Así pues, en cuanto a los resultados que presentan los hombres y mujeres en la regresión logística se percibe que la prueba omnibus es significativa ($P < 0,001$), por lo que los modelos ajustan correctamente. Asimismo, la capacidad predictiva de estos modelos con las variables empleadas es baja, los pseudo R^2 de Cox y Nagelkerke explican respectivamente entre un 4,3 y 7,5 la probabilidad de tener una mala autopercepción de la salud en los hombres y entre 4,9 y 7,8 en las mujeres.

Tal y como muestra la Tabla 4 del Anexo, frente a aquellos hombres entre 15 y 24 años, los que tienen 65 o más tienen más de siete veces la probabilidad de tener una peor autopercepción; asimismo, los adultos entre 35 y 64, cuatro veces más y los de 25 a 34 años, más del doble. En cuanto a la clase social, la clase trabajadora presenta un riesgo 68% mayor

y los de la media un 50% respecto a aquellos que pertenecen a la clase alta. Otro de los factores de riesgo es el nivel de estudios alcanzado, teniendo así los analfabetos o sin estudios dos veces más de posibilidades de presentar dicho fenómeno y los que tienen estudios de primer ciclo un riesgo 49% mayor que los universitarios. Asimismo, aquellos que viven en un hogar con pareja sin hijos (1,5 veces más), son viudos (2,4) o tienen poco apoyo emocional (un riesgo 42% mayor) también ven incrementadas sus probabilidades de tener mal estado de salud. En contraposición, los hombres que no tienen casi problemas de entorno y vivienda ven reducido su riesgo en un 34%.

En cuanto a las mujeres y su edad, únicamente aquellas que tienen entre 35 y 64 años tienen 2,3 veces más de probabilidades de tener mala salud respecto a las más jóvenes. Aquellas pertenecientes a la clase trabajadora tienen un riesgo 37% mayor que las de clase alta. El nivel de estudios también es un parámetro muy relacionado con la autopercepción de la salud regular o mala: frente a las universitarias, las analfabetas o sin estudios tienen el doble de probabilidades y las que tienen estudios de primaria y secundaria de primer ciclo un riesgo 72% mayor. De igual manera que en los hombres, las mujeres con poco apoyo emocional tienen un riesgo 43% mayor que aquellas que cuentan con apoyo. Asimismo, y a diferencia de los hombres, ser extranjera, tener alto estrés laboral o estar separada o divorciada también supone un incremento del riesgo (en orden, 65%, 29%, 46%). Como contrapunto, no tener problemas de vivienda y entorno, vivir con hijos (tanto con pareja como monoparentales) o vivir en hogares con otra composición, protegen y disminuyen la autopercepción de la salud deficiente (*véase Tabla 5 en Anexo*).

5.1.2 Enfermedad crónica

➤ Enfermedad crónica según edad, clase social, estudios y actividad económica por sexo

En primer lugar, cabe destacar que el análisis bivariante muestra que existe una dependencia entre la enfermedad crónica y la edad, clase social, estudios y actividad económica, por lo que se rechaza la hipótesis nula que niega la dependencia y se acepta la alternativa. Tanto para la población total, como para hombres y mujeres, las variables que muestran mayor asociación son la edad y la actividad económica, seguidas por los estudios y la clase social (*véase Tabla 1, 2 y 3 del Anexo*).

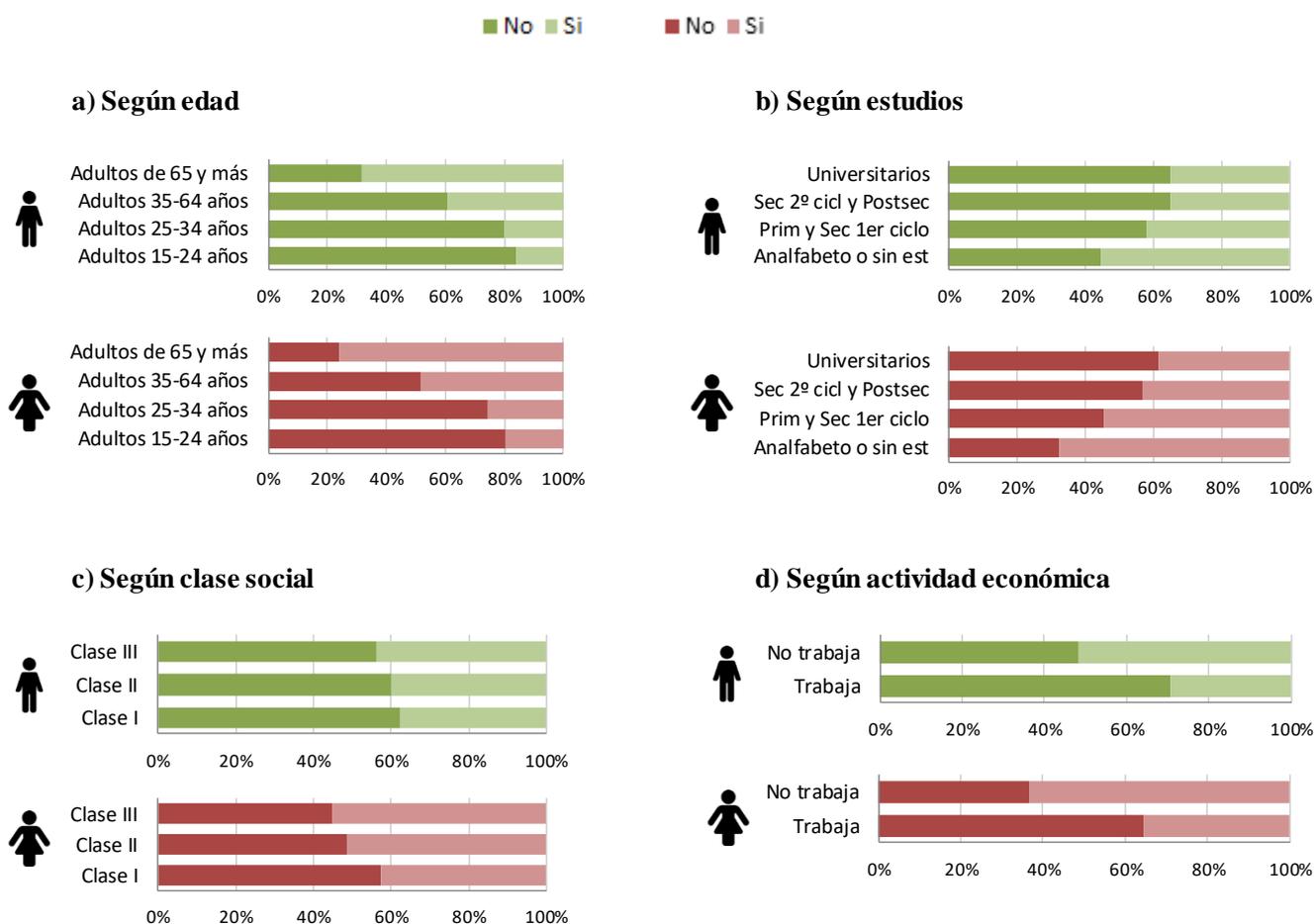
En 2011, el 53% de la población total afirma no tener ningún tipo de enfermedad crónica o de larga duración y el 47% restante, sí. De estos últimos, hay mayor presencia de enfermedades en las mujeres, con un 52% frente al 41% de los hombres. Según la edad, la presencia de alguna enfermedad crónica es más común en los grupos etarios superiores, destacando sobre todo el de mayores de 65 años (68% hombres, 76% mujeres).

En cuanto a la clase social, a peor posición socio-económica en los hombres, mayor existencia de enfermedades de larga duración; en cambio en las mujeres, la proporción es más igualitaria

en los tres grupos (43% de la clase alta, 51% media y 55% trabajadora). La misma tendencia se repite cuando se observa el nivel de estudios, existiendo mayor proporción de hombres y mujeres con una o más enfermedades crónicas cuando se es analfabeto o no se tienen estudios (55% hombres, 68% mujeres) y cuando se tiene la primaria o secundaria de primer ciclo (42% hombres, 54% mujeres).

Finalmente, aquellas personas que no trabajan presentan mayor porcentaje de enfermedades crónicas que aquellas que trabajan, sobre todo en las mujeres (36% y 63%, respectivamente).

Figura 4. Enfermedad crónica según varias variables sociodemográficas, por sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de tener una enfermedad crónica por sexo

El modelo de los hombres tiene una capacidad explicativa entre 3,3% y 4,7% y el de las mujeres entre 3,6% y 4,9%, ambos modelos ajustan correctamente. En cuanto al primero, los adultos entre 35 y 64 años tienen más del doble de probabilidades de tener una enfermedad crónica; y los mayores de 65, presentan 7 veces más el riesgo. Asimismo, vivir con una pareja sin hijos y vivir con personas con limitación, tienen más probabilidades de sufrir el fenómeno (1,4 veces más para los primeros, y más del doble para los segundos). En contraste, aquellos

de nacionalidad extranjera presentan una reducción de riesgo del 52% (véase *Tabla 4 en el Anexo*).

Por otra parte, las mujeres de 35 a 64 años tienen más del doble de probabilidades de tener una enfermedad crónica respecto a las más jóvenes; y las mayores de 65, más del doble. Pertenecer a la clase media o a la trabajadora también aumenta las probabilidades de tener una enfermedad crónica en un 25% y 31%, respectivamente. Asimismo, las casadas, las viudas o aquellas que viven con personas con limitación presentan un riesgo 23%, 82% y 55% mayor, respectivamente. Como contrapunto, las mujeres que no tienen problemas de entorno y de vivienda o viven en un hogar con una pareja y al menos un hijo, tienen menos probabilidades de padecer una enfermedad crónica o de larga duración (reducción del 16% y 24%), siendo estas características protectoras ante el fenómeno (véase *Tabla 5 en Anexo*).

5.1.3 Salud mental

➤ Salud mental según edad, clase social, estudios y actividad económica por sexo¹

Según las relaciones bivariantes, el estado de salud mental de la población total depende de la edad, clase social, estudios y actividad económica; de estas, la actividad económica es la que presenta mayor asociación o intensidad (V Cramer = 0,188, *Tabla 1 en Anexo*). En el caso de los hombres y las mujeres, la dependencia se sigue dando; aunque para estas últimas, las cuatro características presentan una intensidad de asociación similar (*Tabla 2 y 3 en Anexo*).

El 77% de la población total tiene una buena salud mental (82% hombres y 73% mujeres), frente al 23% (18% hombres y 27% mujeres) que afirma presentar una salud mental deficiente. Por lo que, y según el sexo, las mujeres tienen peor salud mental que los hombres. Según la edad, los hombres presentan porcentajes similares en los cuatro grupos de edad, aunque los adultos entre 15 y 24 años son los que tienen mayor porcentaje en buena salud mental (88%) diferenciándose de los mayores de 65 en casi 8 puntos (80%). En cambio, en las mujeres la tendencia es clara: a más edad, peor salud mental (de 15 a 24 años 16%; de 25 a 34, 22%; de 35 a 64, 27%; y de 65 o más, 32%).

En función de la clase social, en ambos grupos la clase trabajadora presenta mayores porcentajes en la categoría “mala salud mental” (21% en hombres y 30% en mujeres), por lo que, a peor posición socio-económica, peor salud mental. Tendencia que se vuelve a repetir cuando se observa según los estudios: a mejores estudios, mejor es la salud mental de la población (85% en hombres universitarios, frente al 78% en analfabetos o sin estudios; 82% en mujeres universitarias, frente al 66% en sin estudios).

Finalmente, según la actividad económica, tanto la población femenina, como la masculina, se diferencia en 12 puntos entre los que no trabajan y los que sí, siendo los primeros los que tienen peor salud mental (hombres que trabajan 14% frente al 22% que no trabajan; 20%

¹ Véase Figura 1 en Anexo. Salud mental según varias variables sociodemográficas, por sexo.

mujeres que trabajan, frente al 31% que no).

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de tener una salud mental deficiente

Ambos modelos obtienen unas pruebas de bondad de ajuste correctas y la capacidad de predicción de ambos modelos es de 6,7% para los hombres y 5,3% para las mujeres. En el modelo de los hombres, las únicas características que aumentan la probabilidad de tener una salud mental mala es vivir en un hogar monoparental (62% más de riesgo), tener un índice de apoyo emocional bajo (más del doble de riesgo) o tener un alto estrés laboral (1,7 veces más que aquellos que tienen un estrés bajo o moderado). Las demás variables ni aumentan ni disminuyen la probabilidad de tener una salud mental deficiente. Asimismo, en el modelo de las mujeres los resultados son similares: frente a aquellas que tienen apoyo emocional, las que no gozan de este tienen un riesgo 94% mayor; asimismo, las que tienen alto estrés laboral tienen 1,3 veces más de padecer el fenómeno. Finalmente, aquellas que no tienen muchos problemas de vivienda y de entorno tienen una reducción del 24% de tener una salud mental mala (*Tabla 4 y 5 en Anexo*).

5.2 Estilos de vida

5.2.1 Hábito tabáquico

➤ Población fumadora según edad, clase social, estudios y actividad económica por sexo

Según la OMS, el tabaquismo es una de las principales causas de algunas enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o las enfermedades pulmonares, entre otras. Cada año mueren más de siete millones de personas por su consumo y los hábitos tabáquicos varían según el sexo, estudios, clase social, edad e ingresos, existiendo mayor proporción de población fumadora en los grupos más desfavorecidos. En relación a esto último, se observa a través de las tablas de contingencia que el hecho de fumar depende de cada una de estas variables ($P < 0,05$ en *Tabla 6, 7 y 8 en Anexo*).

En 2011 el 55,9% de los hombres adultos afirman que fuman, frente al 42,5% que no; en cambio, el 44,1% de las mujeres fuman y el restante 57,5% no. Tal y como muestra la Figura 5, el grupo etario con mayor hábito tabáquico en ambos casos es el de adultos de veinticinco a treinta y cuatro años, con un 41,4% en hombres y 33,2% en mujeres, seguido por el de treinta y cinco a sesenta y cuatro años (35,4% y 28,3% respectivamente). Los adultos de sesenta y cinco o más años son los que menos fuman, aunque con una diferencia de once puntos entre hombres y mujeres (14,1% y 3,1%, respectivamente).

Según la clase social, se observa que a menor clase social en los hombres, mayor es la proporción de fumadores. La clase trabajadora afirma que fuma actualmente con un 33,5%,

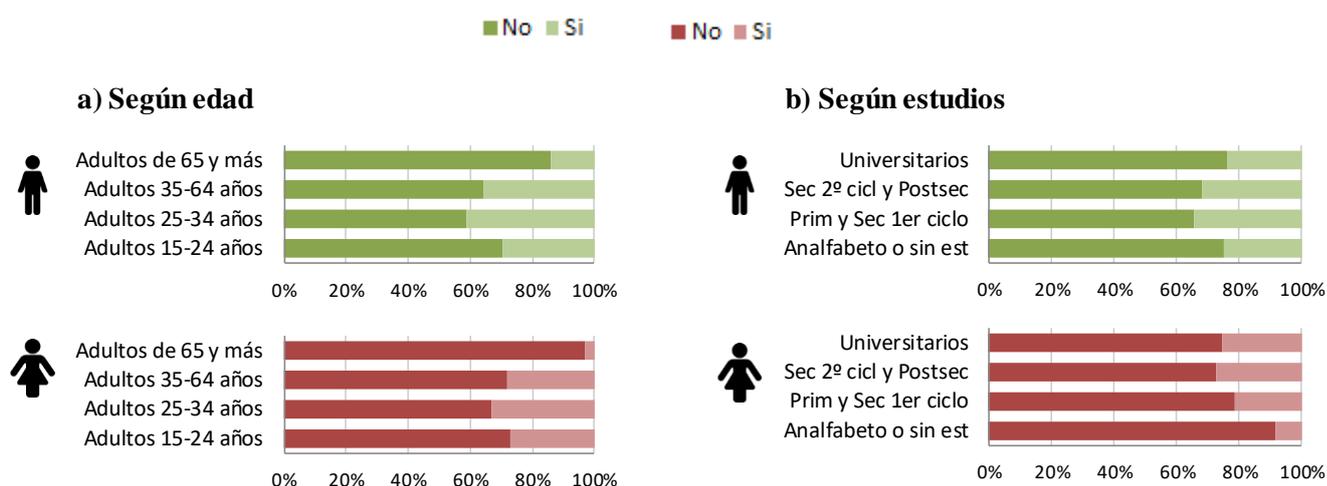
frente al 30,3% de los de la clase media y el 24,8% de la clase alta. En cambio, en las mujeres las diferencias por clase social varían respecto a los hombres: las mujeres que más fuman pertenecen a la clase alta (22,7%), seguidas por las de clase media (22,4%); siendo las de clase trabajadora las que menos fuman (19,9%).

En cuanto a los estudios, los hombres con estudios primarios y secundarios de primer ciclo y secundarios de segundo ciclo o postsecundarios son los que mayor hábito tabáquico presentan, con un 34,5% y 31,8%, respectivamente. Los que poseen estudios universitarios o no tienen estudios presentan porcentajes similares (23,9% y 25,1%). En cambio, en las mujeres la tendencia es clara: a mayores estudios adquiridos, mayor hábito tabáquico, encontrándose así una diferencia de diecisiete puntos entre las que son analfabetas o no tienen estudios (8,4%) y las universitarias (25,2%).

Finalmente, según la actividad económica las diferencias son mayores en las mujeres que en los hombres. Las mujeres que trabajan afirman que fuman actualmente con un 29,7% frente al 14,7% que no trabaja. En cambio, en los hombres el hábito tabáquico según la actividad económica varía en tan solo cinco puntos (33,3% fumadores que trabajan y 28,7% fumadores que no trabajan).

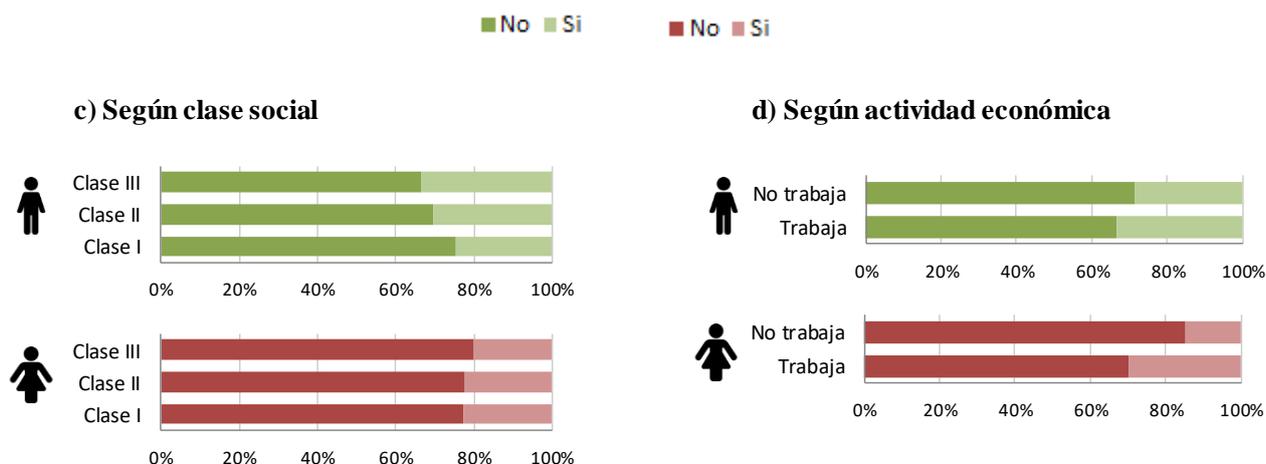
Por lo que, los datos ponen de manifiesto que las desigualdades en el hábito tabáquico se dan, sobre todo, en función de los estudios y la clase social tanto en hombres como en mujeres, presentando mayor proporción de fumadores cuanto peor es la posición socio-económica (a excepción de las mujeres, que cuanto mayor clase social o estudios, mayor es el porcentaje de fumadoras).

Figura 5. Hábito tabáquico según varias variables sociodemográficas, por sexo



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 5. (Continuación) Hábito tabáquico según varias variables sociodemográficas, por sexo



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de fumar por sexo

Para averiguar cuáles son los factores que incrementan la probabilidad de fumar, así como aquellos que protegen del mismo fenómeno, se ha realizado una regresión logística por cada sexo incluyendo como variables independientes las sociodemográficas y las de entorno para conocer qué perfiles tienen mayor riesgo. Así pues, en cuanto a los resultados que presentan los hombres en la regresión logística se percibe que la prueba omnibus es significativa ($P < 0,001$), por lo que el modelo ajusta correctamente. Asimismo, la capacidad predictiva de este modelo con las variables empleadas es baja, los pseudo R2 de Cox y R2 de Nagelkerke explican respectivamente entre un 3,4 y 4,7 la probabilidad de fumar.

En cuanto a las variables independientes del modelo, tal y como muestra la Tabla 9 del Anexo, la edad es significativa, concretamente en los adultos de 25 y 34 años que disminuye un 20,5% la probabilidad de fumar respecto a los de 15 y 24 años. Asimismo los adultos de 35 y 64, muestran un efecto protector, es decir, los sujetos de esta categoría de edad tienen una menor probabilidad de fumar (36,2% de reducción), mientras que los mayores de 65 no presentan diferencias significativas respecto al grupo de referencia. En cuanto a la clase social, pertenecer a la clase media o a la trabajadora aumenta las probabilidades de fumar en 1,3 y 1,5 veces más, respectivamente.

Respecto a la variable tipo de hogar, no se hallaron diferencias significativas en la probabilidad de fumar en los hogares de parejas sin hijos, con hijos y monoparentales respecto a la categoría de referencia (hogar unipersonal), no obstante, los hogares con otro tipo de composición muestran una probabilidad de fumar menor que la de los unipersonales (46,1% de reducción).

Asimismo, se encontró que los hombres con estudios primarios y secundarios de primer ciclo tienen 1,5 veces más de probabilidad de fumar que los que tienen estudios universitarios.

Según el estado civil, no se hallaron diferencias significativas en viudos respecto a solteros en cuanto a su probabilidad de ser fumadores, en cambio los casados tienen una menor probabilidad de ser fumadores que los solteros (18,4% de reducción) y los separados o divorciados tienen 1,4 veces más de probabilidad de serlo respecto a la misma categoría. La nacionalidad, la actividad económica, el índice de problemas de entorno y vivienda y el índice de apoyo emocional no aumentan ni disminuyen la probabilidad de fumar. En cambio, tener un alto estrés en el trabajo es un factor de riesgo que aumenta en un 1,2 veces la probabilidad de fumar. Por lo que, los perfiles que tienen mayores probabilidades de fumar en los hombres son aquellos que tienen estudios de primaria y secundaria de primer ciclo, pertenecen a la clase trabajadora o la clase media, están separados o divorciados y/o tienen un alto estrés en el trabajo.

El segundo modelo propuesto para las mujeres también se ajusta correctamente, ya que las pruebas ómnibus indican que el modelo es significativo ($P < 0,001$). Respecto a la capacidad predictiva de las variables sociodemográficas para explicar la probabilidad de fumar, son bajas (pseudo R^2 de Cox y N explican entre un 2,3 y un 3,3% la probabilidad de fumar, véase *Tabla 10 en Anexo*).

En cuanto a las variables, solo se hallan diferencias significativas entre las mujeres mayores de 65 años y la categoría de referencia (15-24 años) teniendo las primeras menor probabilidad que las segundas, concretamente el hecho de tener 65 años o más implica una reducción del 65%. Por lo que, si se compara con los hombres se observa que las categorías de edades intermedias son un factor protector en los hombres, mientras que en las mujeres solo lo es la categoría de mayor edad. Siguiendo en la misma línea comparativa, se halla que en las mujeres, la clase social no es una variable relevante en el aumento o disminución de la probabilidad de fumar. Según el tipo de hogar, únicamente los hogares monoparentales aumentan en 1,3 veces más el riesgo de fumar. Respecto al nivel de estudios, se encuentra un resultado similar al de los hombres, aunque el aumento es ligeramente inferior: tener estudios de secundaria y primaria de primer ciclo aumenta en 1,3 veces la probabilidad de fumar. Asimismo, ser extranjera disminuye la probabilidad en 31% de ser fumadora. Según el estado civil, las casadas son las que presentan una menor probabilidad de fumar que las solteras, con un 26,3%.

5.2.2 Consumo de alcohol

➤ Frecuencia del consumo de alcohol según edad, clase social, estudios y actividad económica, por sexo²

En primer lugar, se observa a través de las tablas de contingencia que el consumo de alcohol depende de la edad, clase social, estudios y actividad económica ($P < 0,05$ en *Tabla 6, 7 y 8 en Anexo*), por lo que se acepta la hipótesis alternativa de la dependencia entre estas.

Los datos ponen de manifiesto que en 2011 el 31,9% de los españoles de quince años o más consumen alcohol de forma habitual (40,8% los hombres frente al 20,6% las mujeres), el 28,5% lo hace ocasionalmente (29,8% hombres y 26,8% mujeres) y el 39,6% restante lo hace una vez al mes o menos (29,4% hombres y 52,7% mujeres). Por lo que, tal y como muestra la Figura 5, el consumo habitual es más frecuente en los hombres que en las mujeres, siendo estas últimas las que declaran que casi nunca consumen alcohol.

En cuanto al consumo por edades también se presentan diferencias, el grupo de edad que tiene mayor frecuencia en ambos sexos es el de adultos de sesenta y cinco o más años con un 53,3% (presentando los hombres una mayor proporción con un 66% frente a un 37,5% de las mujeres), seguido por el grupo de treinta y cinco a sesenta y cuatro años con un 33,1% (42,7% en hombres y 20,6% en mujeres).

Según la clase social, basada en la ocupación, se percibe que a menor clase social en los hombres, mayor es la frecuencia del consumo de alcohol (36,6% de la clase alta, 40,3% de la clase media y 43,3% de la clase trabajadora). En cambio, en las mujeres, la tendencia es contraria, aunque el consumo de alcohol es menos frecuente: a mayor clase social, mayor consumo de alcohol (21,3% de la clase alta, 20,8% de la clase media y 19,8% de la clase trabajadora).

Asimismo, se destaca que los estudios son otra muestra de las desigualdades en el consumo de alcohol, ya que, a menores estudios, mayor es la proporción de población, tanto en mujeres como en hombres, que consumen con más frecuencia. Los hombres que no logran tener estudios o son analfabetos presentan un 58,9% de toma habitual, frente al 35,5% de los universitarios. En el caso de las mujeres, aunque el consumo es más moderado, las que presentan mayor frecuencia son las analfabetas o sin estudios con un 31% frente al 18,7% de las universitarias.

Finalmente, los hombres y mujeres que no tienen un puesto de trabajo presentan un consumo de alcohol habitual más alto (48,9% y 27,7%, respectivamente) frente a aquellos que si lo tienen.

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de consumir alcohol por sexo

Partiendo de una hipótesis alternativa que establece relación entre el tabaquismo y las variables sociodemográficas y de entorno ($P < 0,05$ en las tablas de contingencia), se pasa a

² Véase Figura 2 en Anexo. Frecuencia del consumo de alcohol según varias variables sociodemográficas, por sexo.

realizar un análisis multivariante a partir de una regresión logística binaria para observar el impacto que tienen estas variables sobre la probabilidad de consumir alcohol con mayor frecuencia. Ambos modelos resultaron ajustar correctamente (en las pruebas omnibus $P < 0,001$) con una explicación entre el 6,2% y 7,3% para el modelo de los hombres y entre 4,2% y 7,2% para las mujeres.

En cuanto a los hombres, el factor que está más relacionado con el consumo de alcohol habitual es la edad, concretamente los hombres que tienen sesenta y cinco o más años tienen once veces más de probabilidad de consumirlo con mayor frecuencia respecto a los de quince y veinticuatro años; los de 35-64 años tienen un riesgo 4,7 mayor y los de 25-34 corren un riesgo doble que los más jóvenes. Asimismo, tanto los que viven con una pareja sin hijos, como los que no logran tener estudios o son analfabetos, su riesgo de beber frecuentemente es un 66% mayor (para ambos casos) respecto a aquellos que viven en un hogar unipersonal y son universitarios, respectivamente. Hecho a destacar es que los hombres con estudios primarios y secundarios de primer ciclo también tienen mayor probabilidad de consumir alcohol, concretamente un 48%. El estado civil también se relaciona claramente con el fenómeno analizado, teniendo los viudos casi tres veces más de probabilidades que los solteros, un 69% los separados o divorciados y un 28% los casados, respecto a la misma categoría de referencia. Finalmente, los que viven en un entorno con problemas, ya sea por la vivienda u otros problemas externos, tienen casi el doble de posibilidades de consumir alcohol de forma habitual que quienes no sufren dicha situación. El resto de características ni aumentan ni disminuyen dicha probabilidad, a excepción de la actividad económica, teniendo un riesgo de 23% menor los que no trabajan frente a los que sí (*véase Tabla 9 en Anexo*).

Las mujeres, en cambio, presentan unas razones de probabilidad diferentes a la de los hombres, siendo únicamente las comprendidas entre 35 y 64 años las que tienen más de tres veces la probabilidad del consumo frecuente frente a las más jóvenes. Asimismo, ser viuda o estar separada o divorciada, aumentan en más de dos veces y 1,5 las posibilidades de la toma habitual, respectivamente. A diferencia de los hombres, vivir en un hogar con una pareja con hijos disminuye esta probabilidad frente a las que viven en uno unipersonal (34,9% de reducción), así como ser de la clase media o trabajadora (30% y 37%, respectivamente). Las demás variables no resultaron ser significativas, por lo que ni aumentan ni disminuyen esta probabilidad, ni siquiera los estudios, el estrés o la actividad económica, variables que podrían indicar una mejor clasificación de los perfiles con más riesgo y aportar una explicación más amplia. A tener en cuenta para futuras investigaciones, si se controlara por edad, los resultados estarían menos distorsionados, aportando así una razón de probabilidades más adecuada (*Tabla 10 en Anexo*).

5.2.3 Actividad física

➤ Actividad física según edad, clase social, estudios y actividad económica, por sexo³

Hecho a destacar, la actividad física depende de la edad, clase social, estudios y actividad económica ($P < 0,05$ en *Tabla 6, 7 y 8 en Anexo*), por lo que se acepta la hipótesis alternativa de la dependencia entre estas.

Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2011 indican que tan solo el 19% de la población adulta hace ejercicio, frente al 81% que es sedentaria. Aun teniendo este porcentaje tan bajo, son los hombres, frente a las mujeres, los que practican de forma habitual el ejercicio (26% y 13%, respectivamente). Por lo que, dentro del grupo de sedentarios, destaca el alto porcentaje de las mujeres (87%, frente al 74% de los hombres) que afirman no realizar ejercicio frecuentemente.

Hecho a destacar es que a medida que aumenta la edad, también lo hace el sedentarismo en ambos grupos, siendo los más jóvenes (de 15 a 24 años) los que hacen deporte (58% en hombres y 23% en mujeres). En cuanto a los hombres, casi la mitad de los que tienen entre 25 y 34 años afirman que son activos en la actividad física, frente a la otra mitad que son sedentarios (44% y 56%, respectivamente). Esta tendencia cambia bruscamente al observar los que tienen entre 35 y 64 años, puesto que la diferencia de sedentarios es de casi veinte puntos respecto al anterior grupo etario; de igual manera sucede con los mayores de 65, siendo un 93% de ellos sedentarios y un 7% activos. En cambio, las mujeres destacan por sus altos porcentajes en el sedentarismo en todos los grupos de edad. Aun así, las que más realizan deporte son las más jóvenes, seguidas por el resto de grupos descendiendo la práctica de forma ordenada, por lo que la tendencia se repite una vez más al igual que en los hombres: a mayor edad, menor ejercicio habitual.

Asimismo, según la clase social, el deporte es más frecuente entre los hombres y mujeres de la clase alta (39% y 24%, respectivamente) frente a los que pertenecen a la clase trabajadora (20% hombres y 9% mujeres). El mismo fenómeno se repite al analizar los estudios obtenidos: a mayores estudios logrados, mayor presencia de actividad física. Los analfabetos o sin estudios son los más sedentarios, 87% en hombres y 95% en mujeres, frente al 60% de hombres y 70% de mujeres universitarios que afirman no realizar ejercicio.

Por último, tanto los hombres que trabajan como los que no, suelen hacer ejercicio aunque los primeros son más activos que los segundos (64% y 58%, respectivamente). En cambio, las mujeres que declaran no estar trabajando actualmente son algo más sedentarias que las que sí (53% de ellas son sedentarias y no trabajan, frente al 45% que trabaja).

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de ser sedentario por sexo

³ Véase Figura 3 en Anexo. Frecuencia de la actividad física según varias variables sociodemográficas, por sexo.

Siguiendo con el mismo procedimiento comentado hasta ahora, las pruebas de bondad de ajuste de ambos modelos son satisfactorias, con una explicación entre el 5,4% y el 7,3% para el modelo de los hombres y un 4,6% y 6,2% para el de las mujeres.

Así pues, tal y como muestran las Tablas 9 y 10 del Anexo, solo se encontraron factores que aumentan el riesgo de ser sedentario en ambos grupos, no obteniéndose ninguno que proteja de dicho fenómeno. La mayoría de factores que incrementan la probabilidad de ser sedentario coinciden en los dos casos, tales como ser analfabeto/a o no tener estudios, tener la primaria o la secundaria de primer ciclo, pertenecer a la clase trabajadora, presentar un alto nivel de estrés en el trabajo o tener un índice de apoyo emocional bajo.

En los hombres, el factor que implica un mayor riesgo es el hecho de no tener estudios, teniendo estos más del doble de posibilidades de ser sedentarios que los universitarios, incluso los que tienen estudios de primer ciclo presentan un riesgo 78% mayor respecto a la categoría de referencia. La clase social también resulta ser un parámetro relacionado con el sedentarismo, teniendo los hombres de la clase trabajadora un riesgo 1,8 veces mayor de ser sedentarios que los de alta y un riesgo de 1,3 los de la clase media, respecto a la misma categoría. Asimismo, estar casado, ser extranjero, tener un bajo apoyo emocional o presentar alto estrés en el trabajo también son factores que incrementan las posibilidades de no hacer ejercicio respecto a los solteros, a los no extranjeros, a los que tienen alto apoyo emocional y a los que no tienen estrés laboral (41%, 96%, 13,9% y 15,2%, respectivamente).

Las mujeres, a diferencia de los hombres, ven incrementadas sus posibilidades de ser sedentarias si no tienen un título universitario (casi el doble las analfabetas o sin estudios y las de primer ciclo, y un 1,5 de riesgo para las de segundo ciclo o con estudios postsecundarios). En cuanto a la clase social, la clase media no aumenta ni disminuye dicha probabilidad, en cambio, las de clase trabajadora su riesgo de sedentarismo es un 46% superior. Al igual que en la población masculina, las que tienen bajo nivel de apoyo emocional o un alto estrés laboral tienen 1,2 y 1,3 de posibilidades de serlo, respectivamente. Finalmente, las que viven en hogares con otra composición también tienen un 1,6 veces más de ser sedentarias respecto a las que viven en hogares unipersonales.

5.2.4 Comida rápida

- Consumo de comida rápida según edad, clase social, estudios y actividad económica, por sexo⁴

En primer lugar, las tablas de contingencia muestran que el consumo de comida rápida depende de la edad, clase social, estudios y actividad económica en la población total y masculina ($P < 0,05$ en Tabla 6, 7 y 8 en Anexo), por lo que se acepta la hipótesis alternativa de

⁴ Véase Figura 4 en Anexo. Consumo de comida rápida según varias variables sociodemográficas, por sexo.

la dependencia entre estas. En cambio, para la población femenina, el consumo de comida rápida no depende de la clase social ($P=0,087$).

Según los datos, la mayoría de la población adulta no suele consumir comida rápida nunca o casi nunca (78,5%), el 16,2% afirma que lo hace ocasionalmente y el 5,3% habitualmente. Por sexos, los hombres suelen hacerlo en mayor proporción que las mujeres, tanto habitualmente como ocasionalmente (7,4% de los hombres consumen frecuentemente frente al 3,6% de las mujeres; el 18,6% lo hace ocasionalmente frente al 14,1%, respectivamente). Por edades, la tendencia es clara en ambos grupos: a menor edad mayor es la frecuencia de la toma de comida rápida (en la Figura 7, el 18% de los hombres de 15 a 24 años frente a 1% de los de 65 o más años; 14% de las mujeres frente al 1% en las mismas categorías etarias). Otra de las características comunes en hombres y en mujeres es la clase social, siendo la trabajadora la que acostumbra a consumirla más, aunque en la población femenina las diferencias entre las tres clases son mínimas, no superando el punto de variación.

Según los estudios, el 6% de los hombres analfabetos o sin estudios declaran que consumen habitualmente, porcentaje similar al de los universitarios (5,3%), siendo ambos grupos los que menos lo hacen. Los que obtienen estudios de primer y segundo ciclo presentan un consumo parecido en todas las categorías, siendo la “ocasional” la más indicada después de “casi nunca o nunca”. En cuanto a las mujeres, la distribución porcentual es prácticamente homogénea en todos los grupos, a excepción de las analfabetas o sin estudios que presentan menor consumo habitual (91%).

Por último, tanto los hombres como mujeres que trabajan, consumen más comida rápida que aquellos que no.

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de consumir habitualmente comida rápida por sexo

Después de comprobar la dependencia entre las variables empleadas y el consumo habitual de *fast-food*, se pasa a construir la regresión logística para los dos sexos, obteniéndose una bondad de ajuste correcta en ambos. En el caso de los hombres, el modelo explica entre un 8,7% y un 11,7%, y en el de las mujeres entre un 8% y un 11,5%.

Tal y como indica la Tabla 9 del Anexo, aquella población masculina que vive con su pareja y al menos un hijo, tiene un 1,4 veces más de probabilidades de consumirla habitualmente que aquellos que viven en un hogar unipersonal; los de secundaria de segundo ciclo y postsecundaria también presentan un 26% de riesgo mayor que los universitarios; y aquellos con alto estrés en el trabajo ven incrementadas sus posibilidades en 1,3 veces más. Como contrapunto, aquellos comprendidos entre 35 y 64 años, así como los mayores de 65, tienen una reducción de riesgo del 77% y del 95%, respectivamente. Asimismo, otros factores protectores es el hecho de estar casado, viudo o separado o divorciado (reducción del 39%, 61%, 33%, en orden), así como el no estar trabajando (29%) o tener un índice de apoyo emocional bajo (24%).

Respecto a las mujeres y su razón de probabilidades de comer comida rápida habitualmente, las que viven con algún hijo (tanto parejas como monoparentales) ven incrementadas sus posibilidades en 1,7 y en 1,4 veces más, respectivamente; asimismo, los hogares con otra composición tienen un riesgo 45% mayor que los unipersonales. El estrés (1,2) y la nacionalidad (1,4) son otras de las variables que incrementan dicho fenómeno. Por otra banda, las casadas, las viudas, las que logran obtener estudios de segundo ciclo o las que tienen 25 o más años son factores protectores que disminuyen el riesgo de consumo habitual de comida rápida (véase *Tabla 10 en Anexo*).

5.2.5 Cepillado diario de los dientes

➤ Cepillado diario de los dientes según edad, clase social, estudios y actividad económica, por sexo⁵

Las tablas de contingencia indican que el cepillado de dientes diario depende de la edad, clase social, estudios y actividad económica ($P < 0,05$ en *Tabla 6, 7 y 8 en Anexo*), por lo que se acepta la hipótesis alternativa de la dependencia entre estas.

Según los datos, el 89,6% de la población se cepilla los dientes diariamente frente a un 10,4% que no, de estos últimos destacan los hombres con un 14%, casi el doble que las mujeres. Por edades, en ambos grupos se observa mayor población que no tiene el hábito en el grupo etario de 65 o más años (25% hombres, 15% mujeres).

Según la clase social, en los hombres destaca notablemente la clase trabajadora con un alto porcentaje en el no cepillado (21%) frente a los de la clase alta (4%), por lo que a menor estatus socio-económico, menor es la frecuencia diaria. El mismo fenómeno se da en las mujeres, aunque con porcentajes menos pronunciados (2% mujeres de la clase alta, 5% de la clase media y 10% de la clase trabajadora). La misma tendencia se repite cuando se analiza según los estudios obtenidos, descendiendo el cepillado de dientes diario a medida que estos también bajan.

Finalmente, casi el 20% de los hombres que no trabajan no se cepillan los dientes diariamente frente al 7% que sí trabajan. En el caso de las mujeres, de las que trabajan tan solo el 2% no tiene el hábito diario, frente al 11% de las que no trabajan. Por lo que, se percibe que la población que no tiene una actividad económica tiende a no cepillarse los dientes, aunque en mayor proporción en los hombres que en las mujeres.

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de no cepillarse los dientes diariamente por sexo

En el modelo de los hombres, con una explicación entre el 5,8% y el 13,5% y con un ajuste correcto, los estudios y la clase social son los parámetros más claramente relacionados con no

⁵ Véase Figura 5 en Anexo. Cepillado de los dientes diario según varias variables sociodemográficas, por sexo.

cepillarse los dientes diariamente (*Tabla 9 en Anexo*). Presentado así, los analfabetos o sin estudios 14 veces más la probabilidad de no tener el hábito respecto a los universitarios; los que tienen estudios de primer ciclo tienen 6 veces más el riesgo; y los de segundo ciclo, más del doble. En cuanto a la clase social, los hombres pertenecientes a la clase trabajadora, tienen casi el triple de riesgo y los de la clase media, 1,5 veces más de posibilidades. Otros factores que implican riesgo es no tener apoyo emocional (33%) o vivir con personas con limitación (84%). Por otra banda, tener entre 25 y 34 años, así como no trabajar, protegen del mismo fenómeno (35% y 36%, respectivamente).

La explicación del modelo de las mujeres oscila entre un 2,1% y un 11,7% (*Tabla 10 en Anexo*) y las variables que incrementan las probabilidades de no cepillarse los dientes diariamente son las siguientes: clase trabajadora (3,3 veces más que la clase alta), clase media (3,2 veces más), no tener estudios o ser analfabeta (5,4 veces más que las universitarias), tener estudios de primer ciclo (4,4) o tener un alto índice de problemas de entorno y de vivienda (el doble de riesgo). Los demás factores no aumentan ni disminuyen la probabilidad de no cepillarse los dientes.

5.2.6 Obesidad

- Índice de masa corporal según edad, clase social, estudios y actividad económica, por sexo⁶

Según el cruce de variables, el índice de masa corporal depende de la edad, clase social, estudios y actividad económica ($P < 0,05$ en *Tabla 6, 7 y 8 en Anexo*), por lo que se acepta la hipótesis alternativa de la dependencia entre estas.

En 2011 el 43% de los españoles tienen un peso adecuado a su altura, mientras que el restante 57% se reparte entre aquellos que tienen un peso insuficiente (2%), sobrepeso (38%) y obesidad (18%). Los datos ponen de manifiesto que el peso insuficiente y el normopeso son más comunes en las mujeres (3% frente a menos del 1% de los hombres; 50% frente a 35% en hombres, respectivamente) y el sobrepeso en hombres (46% frente al 30% en mujeres). En cambio, en la obesidad tan solo hay una diferencia de un punto (18% hombres frente a 17% en mujeres).

En cuanto a la edad, la tendencia es similar en ambos grupos: a mayor edad, mayor es la presencia de sobrepeso y obesidad. El grupo etario que presenta mayor peso insuficiente es el de los más jóvenes comprendidos entre 15 y 24 años, sobre todo las mujeres (12% frente a 4% de los hombres). Asimismo, sorprende el alto porcentaje de hombres con sobrepeso en este mismo grupo (21% frente al 12% de las mujeres). Menos de la mitad de los hombres entre 25 y 34 años tienen un peso adecuado, repartiéndose el resto de porcentaje entre el sobrepeso (39%) y la obesidad (12%); en cambio las mujeres de esta misma edad tienden más a un peso

⁶ Véase Figura 6 en Anexo. Índice de Masa Corporal según varias variables sociodemográficas, por sexo.

normal (67%), existiendo un 20% de sobrepeso. A partir de los 35 y hasta los 64 años, los hombres destacan por su alta tendencia hacia el sobrepeso y la obesidad, acentuándose aún más a partir de los 65 años. Por otra parte, el porcentaje de mujeres con sobrepeso y obesidad incrementa drásticamente cuando se alcanza la edad de 65 años, siendo este el grupo con mayores proporciones con diferencia.

Según la clase social, dos apuntes que destacar: en primer lugar, aun existiendo un bajo porcentaje de peso insuficiente, las mujeres de la clase alta presentan mayores tendencias hacia este a diferencia de las otras clases; y en segundo lugar, tanto en hombres como en mujeres, la obesidad está más presente en el estrato inferior, por lo que a menor clase social, mayor obesidad (22% en ambos grupos).

Los estudios logrados y la actividad económica son otras de las características sociodemográficas que indican importantes desigualdades en la población. Los analfabetos o sin estudios de ambos grupos presentan mayores porcentajes en obesidad, a diferencia de los demás (24% en hombres y 29% en mujeres); asimismo sorprende mayor proporción de mujeres con estudios universitarios o de primer ciclo que tienen peso insuficiente. Por otra parte, hombres y mujeres que no trabajan, tienden más hacia la obesidad (21% y 22%, respectivamente), frente a aquellos que son activos (15% mujeres y 10% hombres con obesidad).

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de tener obesidad, por sexo

El modelo propuesto explica entre un 10,5% y 14,6% para los hombres y entre un 5,6% y 10,2% para las mujeres (*Tabla 9 y 10 en Anexo*). En cuanto al primero, tener 65 o más años aumenta en 23 veces más la probabilidad de tener obesidad respecto a los más jóvenes; los hombres entre 35 y 64 años y entre 25 y 34 años también tienen más posibilidades, concretamente el riesgo es 8 y 4 veces más, respectivamente. Pertener a la clase obrera o a la clase media también supone un aumento del riesgo respecto a los de la clase alta (más del doble para los primeros y 1,5 para los segundos). Asimismo, los hombres que no alcanzan tener estudios o son analfabetos tienen 2,4 veces más la probabilidad de ser obesos respecto a los universitarios; incluso los que tienen estudios de primer ciclo también ven incrementadas sus posibilidades en 1,7 veces más. Por otra banda, vivir en un hogar con pareja, ya sea con hijos o no, tienen un riesgo 47% y 54% mayor que aquellos que habitan en uno unipersonal. Finalmente, los hombres casados tienen un riesgo 51% superior que los solteros.

En la población femenina los factores de riesgo difieren a los de los hombres, encontrando que según la edad, aquellas que tienen entre 25 y 34 años no aumentan ni disminuyen dicho riesgo. Aquellas que tienen entre 35 y 64 años tienen 2,6 veces más la probabilidad de ser obesas respecto a las más jóvenes y las mayores de sesenta y cinco, 4,2 veces más. A diferencia de los hombres, únicamente la clase trabajadora tiene el doble de posibilidades de serlo. Según estudios, tanto analfabetas y estudios de primer ciclo, así como aquellas que tienen la postsecundaria, ven incrementadas sus posibilidades de padecer obesidad respecto a las universitarias (en orden, 2,4, 2,2 y 1,9). Finalmente, frente a las españolas, las extranjeras

tienen un riesgo 51% mayor, así como aquellas que tienen un índice de apoyo emocional bajo (32%) y aquellas que viven con personas con limitación (el doble). En contraposición, tener hijos, ya sean en hogares con pareja o monoparentales, protegen del fenómeno analizado (entre un 59 y 63% de reducción).

5.2.7 Dormir menos de 7 horas

➤ Horas de sueño según edad, clase social, estudios y actividad económica, por sexo⁷

En primer lugar se observa, a través de las tablas de contingencia, que el número de horas de sueño depende de la edad, clase social, estudios y actividad económica ($P < 0,05$ en *Tabla 6, 7 y 8 en Anexo*), en la población total y masculina. En cuanto a las mujeres, la dependencia se da únicamente con la edad, teniendo las demás variables una significación superior a 0,05 (clase social $P = 0,199$, estudios $P = 0,811$, actividad económica $P = 0,481$).

El 52% de los españoles adultos duermen menos de siete horas al día frente al 48% que afirma dormir más de siete. Por sexos, las mujeres superan en casi tres puntos a los hombres en esta primera categoría (50% frente a 53%). Según la edad, los hombres de 15 a 24 años son los que más duermen, seguidos por los mayores de 65 y los de 25 a 34 años; en cambio, los de 35 a 64 años son los que menos lo hacen. En cuanto a las mujeres, las jóvenes también son las que más duermen, seguidas por aquellas que tienen entre 25 y 34; siendo las de 35 a 64 años las que duermen menos de siete horas, seguidas por las más mayores.

Por clases, los hombres pertenecientes a la clase alta (56%) y media (51%) son los que menos duermen, siendo los de clase trabajadora los que duermen más de siete horas (53%). En cuanto a la población femenina, en las tres clases sociales hay mayor presencia de mujeres que duermen menos. Asimismo, a mayores estudios logrados en hombres, mayor es la tendencia a dormir menos; en contraposición, independientemente de los estudios de las mujeres, se percibe que en todos los grupos no descansan lo suficiente.

Por último, según la actividad económica, sigue produciéndose el mismo esquema entre los dos grupos: las mujeres en general duermen menos de siete horas, sin importar si se trabaja o no, y los hombres duermen más de siete cuando no trabajan.

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de dormir menos de siete horas, por sexo

La capacidad predictiva del modelo propuesto para los hombres es baja, entre un 2,8% y 3,8%, mientras que el de las mujeres oscila entre un 3,4% y un 4,6%. Entre los factores que incrementan la probabilidad de los hombres de dormir menos de siete horas, se encuentra que los adultos de 25 a 34 años tienen un riesgo 59% mayor respecto a los más jóvenes; los separados o divorciados también tienen un riesgo 48% mayor que los solteros, así como

⁷ Véase Figura 7 en Anexo. Número de horas de sueño según varias variables sociodemográficas, por sexo.

aquellos que tienen un alto estrés en el trabajo, teniendo estos últimos 1,2 veces más de posibilidades de no descansar adecuadamente. Como contrapunto, todos aquellos que no logran tener estudios universitarios tienen menos probabilidades de dormir menos de siete horas (reducción del 42% para los analfabetos o sin estudios, 33% para los que tienen estudios de primer ciclo y 22% para aquellos con estudios de segundo ciclo o postsecundarios). Asimismo, otro factor protector es el hecho no tener grandes problemas de entorno y de vivienda, concretamente este hecho supone un 15% de reducción de probabilidades (*Tabla 9 en Anexo*).

En el caso de las mujeres, los factores de riesgo difieren a los encontrados en los hombres (*Tabla 10 en Anexo*). Se observa que no solo aquellas que tienen entre 25 y 34 años tienen más probabilidades de dormir menos de siete horas (concretamente, 1,7 veces más que las más jóvenes), sino también las que tienen entre 35 y 64 años (más del doble de probabilidades). Asimismo, solo tienen mayor riesgo las que tienen estudios primarios y secundarios de primer ciclo respecto a las universitarias (27%). En cuanto al estado civil, tanto las casadas, viudas y separadas o divorciadas presentan mayores riesgos respecto a las solteras (en orden, 37%, 62% y 37%). Otro de los factores de riesgo más relevantes es tener poco apoyo emocional o sufrir alto estrés en el mundo laboral, concretamente incrementa en 1,3 y 1,2, respectivamente, las veces de dormir menos. En contraposición, gozar de pocos problemas en el entorno y la vivienda disminuye en 15% las posibilidades de no dormir lo suficiente; también es un factor protector el hecho de vivir en pareja, ya sea con hijos o no, respecto a los hogares unipersonales (entre un 25% y un 32%).

5.3 Utilización de servicios sanitarios

5.3.1 Hospitalización en los últimos 12 meses

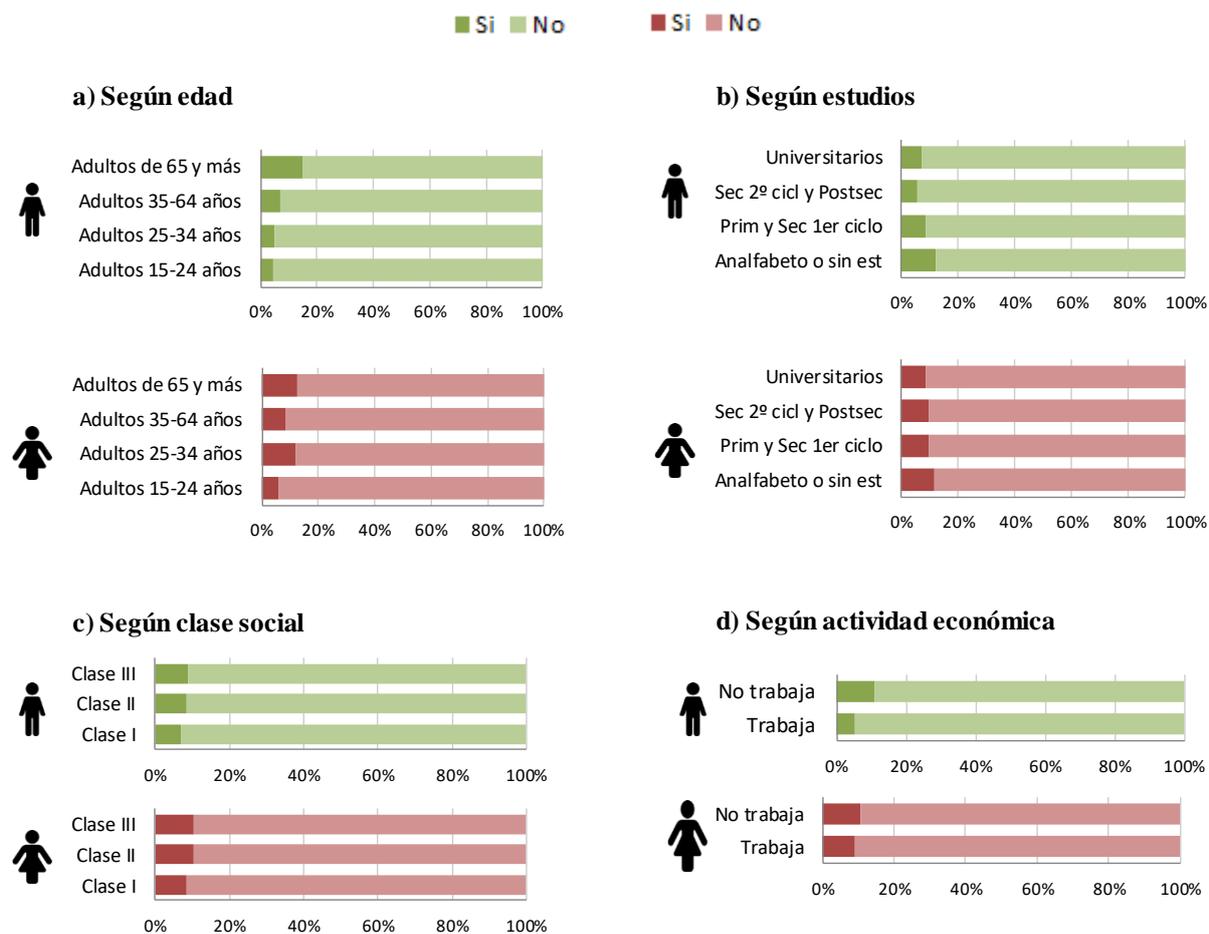
➤ Hospitalización según edad, clase social, estudios y actividad económica, por sexo

Teniendo en cuenta a toda la población, se observa que existe una dependencia entre la hospitalización y la edad, clase social, estudios y actividad económica. Estas últimas presentan niveles similares en la V de Cramer (entre 0,03 y 0,09), por lo que son valores bajos teniendo en cuenta que cuanto más cercanos a 1, mayor fuerza de asociación entre las variables (*véase Tabla 11 en Anexo*). Este último hecho puede deberse a que el ingreso en un hospital posiblemente esté más relacionado con el estado de salud y enfermedades de una persona, pero aun así se decide conservar el esquema propuesto para descubrir si existen diferencias según estas características sociodemográficas.

En el caso de los hombres y mujeres, la dependencia se sigue dando y los valores del grado de intensidad son similares a los de la población total (*véase Tabla 12 y 13 en Anexo*). Por lo que, las medidas de asociación global indican que existe relación entre las variables, hecho que llevará a aceptar la hipótesis alternativa.

Los datos muestran que en 2011, el 90% de la población no ha sido ingresada en un hospital. Tal y como indica la Figura 7, los hombres entre 15 y 64 años presentan porcentajes similares de hospitalización (entre un 4% y 7%); a partir de los 65 años se observa el incremento de estas, llegando hasta un 15%. En cuanto a la población femenina, las que más ingresan en un hospital son aquellas que tienen 65 o más años (12,4%) y las comprendidas entre 25 y 34 años (12%), posiblemente por partos o cuestiones relacionadas con el embarazo. Según la clase social, tanto hombres como mujeres de clase media y trabajadora tienen prácticamente el mismo porcentaje de ingreso, siendo este mayor que el de la clase alta en un punto para los hombres y en dos para las mujeres (8% hombres, 10% mujeres para ambas clases). Asimismo, los analfabetos o sin estudios son los que más ingresan en un hospital (12% para ambos grupos) seguido por los que tienen estudios de primer ciclo en el caso de los hombres (8,7%) y estudios de segundo ciclo en el caso de las mujeres (10%). Finalmente, la diferencia entre hombres que no trabajan y los activos es de cinco puntos, siendo los primeros los más hospitalizados (10%). En el caso de las mujeres, la tendencia se mantiene aunque las diferencias se acortan, no llegando a los dos puntos de variación (9% trabajan, 10,7% no trabajan).

Figura 7. Hospitalización en los últimos 12 meses según edad, estudios, clase social y actividad económica, por sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de ser hospitalizado, por sexo

El modelo propuesto para las mujeres presenta unos niveles de ajuste de bondad correctos y tiene una capacidad de explicación del 5,8%; lamentablemente, para el de los hombres el modelo no consigue ajustar correctamente ($P > 0,05$) por lo que cualquier explicación de éste no sería totalmente correcta (véase *Tabla 14 en Anexo*). Así pues, se decide explicar únicamente los factores que aumentan y disminuyen la probabilidad de ser hospitalizado para las mujeres. En cuanto a los primeros, se observa que las parejas con hijos o las casadas tienen el doble de posibilidades de ser hospitalizadas respecto a aquellas que viven en un hogar unipersonal o están solteras, respectivamente; y las que están separadas o divorciadas, más del doble. En contraposición, las mujeres entre 35 y 64 años ven reducido su riesgo en un 56% respecto a las más jóvenes; y las que tienen estudios de primer ciclo, presentan una reducción del 32% respecto a las universitarias. Las demás variables ni aumentan ni disminuyen la probabilidad de ser hospitalizada (véase *Tabla 15 en Anexo*).

5.3.2 *Consumo de medicamentos recetados por el médico en las últimas dos semanas, por sexo.*

➤ Consumo de medicamentos según edad, clase social, estudios y actividad económica, por sexo⁸

En la población masculina se observa que existe dependencia entre el consumo de medicamentos y la edad, los estudios y la actividad económica ($P < 0,05$); en cambio, la clase social no resulta ser significativa ($P = 0,08$), aunque se analizará debido a su gran interés sociológico (véase *Tabla 12 en Anexo*). En el caso de las mujeres, las cuatro variables son significativas (*Tabla 13 en Anexo*).

Tal y como muestra la Figura 9 del Anexo, el consumo de medicamentos varía según la edad, clase social, estudios y actividad económica en ambos grupos. Según el sexo, el 56% de los hombres han consumido medicamentos recetados por el médico en las últimas dos semanas, frente al 44% que no; en cambio, el 71% de las mujeres afirma hacerlo, frente al 29% que no.

Según la edad, se observa que los hombres entre 15 y 24 años y aquellos entre 25 y 34, son los grupos etarios que presentan menor consumo de medicamentos (65% en el caso de los primeros y 62% en los segundos). A partir de los 35 años y, sobre todo a partir de los 65, se observa un incremento del porcentaje de consumo (54% y 80%, respectivamente), posiblemente por el aumento de enfermedades en estas edades avanzadas. En el caso de las mujeres, la mayoría de ellas han consumido medicamentos en las últimas dos semanas (entre 50% y 67% para los primeros tres grupos etarios y 87% para el último). El alto porcentaje en las más jóvenes podría deberse a la toma de píldoras anticonceptivas, entre otros

⁸ Véase Figura 9 en Anexo. Consumo de medicamentos según varias variables sociodemográficas, por sexo.

medicamentos.

En el caso del consumo de medicamentos según la clase social, los hombres muestran porcentajes similares en las posiciones socio-económicas (entre un 55% y 58%); en cambio, en las mujeres destaca la alta proporción de medicamentos en la clase trabajadora (73%, frente al 67% de clase alta). Asimismo, si se analiza en función de los estudios, se observa que ambos grupos de población tienden más al consumo cuanto menor es el nivel educativo logrado (67% de hombres analfabetos frente a 52% con estudios universitarios; 80% mujeres analfabetas, frente a 63% de universitarias).

Por último, si se atiende a la actividad económica de los hombres, se percibe que aquellos que no trabajan presentan mayores porcentajes en el consumo de medicamentos (64%), en contraposición a aquellos que son activos (48%). En cuanto a la población femenina, en ambos casos el porcentaje es mayor en la toma de medicamentos, destacando un porcentaje superior en aquellas que no trabajan (78% frente al 61% que trabajan).

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de no consumir los medicamentos, por sexo

El modelo planteado para los hombres explica un 3,7% y el de las mujeres un 2,8%, ambos con un ajuste de bondad correcto. Entre los factores que incrementan la probabilidad de no consumir los medicamentos en los hombres, se encuentran los siguientes: ser extranjero (1,5 veces más de riesgo respecto a los españoles) o tener problemas de entorno y vivienda (un riesgo 29% mayor respecto a aquellos que no padecen dichos problemas). En cuanto a las mujeres, el único factor que supone un incremento del riesgo es el hecho de tener problemas de entorno y de vivienda (un riesgo 34% mayor).

En contraposición, aquellos hombres entre 35 y 64 años y los de 65 o más, ven reducido su riesgo de no consumir medicamentos en un 37% y 81%, respectivamente, respecto a los más jóvenes (*véase Tabla 14 en Anexo*). Finalmente, las mujeres entre 35 y 64 años, también ven reducido su riesgo en un 39% respecto a las de 15 y 24 años; aquellas que viven con una pareja sin hijos en un 28%; las que están separadas o divorciadas en un 29% respecto a las solteras; y las que viven con personas con limitación en un 36% respecto a las que no (*véase Tabla 15 en Anexo*).

5.3.3 Asistencia al servicio de urgencias en los últimos 12 meses, por sexo.

➤ Acudir a urgencias según edad, clase social, estudios y actividad económica, por sexo⁹

Los resultados de la tabla de contingencia para la población total muestran que acudir a urgencias tiene una dependencia con la edad, clase social, estudios y actividad económica ($P < 0,05$, *véase Tabla 11 en Anexo*). Para los hombres, todas las variables son significativas

⁹ Véase Figura 8 en Anexo. Utilización de los servicios de urgencias según varias variables sociodemográficas, por sexo.

excepto la actividad económica ($P=0,065$, *Tabla 12 en Anexo*) y para las mujeres, todas excepto la edad ($P=0,079$, *Tabla 13 en Anexo*).

El 27% de la población afirma haber acudido a urgencias en los últimos doce meses, frente a un 73% que no. Dentro de la población que ha acudido, el 42% son hombres y el 56% restante, mujeres. Según grupos de edad, en ambos grupos se observa mayor proporción en aquellos/as entre 15 y 24 años (27% hombres, 34% mujeres) y entre 25 y 34 (27% hombres, 36% mujeres). Según la clase social, los hombres pertenecientes a la clase media y trabajadora tienen un porcentaje idéntico (25% han visitado urgencias), siendo los de la clase alta los que menos lo han hecho (19%). En las mujeres la diferencia es más clara: a menor clase social, mayor porcentaje de visita al sistema de urgencias (25% clase alta, 29% clase media y 31% clase trabajadora).

Según el nivel educativo, los hombres y mujeres sin estudios o analfabetos son los que más han acudido a urgencias (27% y 30%, respectivamente). En cuanto a la actividad económica, las diferencias entre aquellos/as que trabajan y los que no son prácticamente insignificantes (23% hombres que trabajan frente a 25% que no; 28% mujeres que trabajan frente al 29% que no).

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de asistir a urgencias, por sexo

El modelo propuesto para los hombres explica un 2,3% y el de las mujeres un 3,9%, ambos con unas pruebas de ajuste correctas. En el caso de los hombres, los que pertenecen a la clase trabajadora o la clase media tienen 1,4 y 1,5 veces más la probabilidad de acudir a urgencias frente a la clase alta. Asimismo, aquellos que son extranjeros o están separados/divorciados tienen un riesgo 31% y 45% mayor, respectivamente. Como contrapunto, los hombres que no tienen problemas de entorno y de vivienda tienen una reducción del 24% de posibilidades de acudir a urgencias respecto a los que sí.

Las mujeres de la clase trabajadora y media también ven aumentadas su riesgo de acudir a urgencias respecto a la clase alta en un 53% y un 27%. Frente a los hogares unipersonales, las que habitan en un hogar con otra composición tienen 1,4 veces más de probabilidades; finalmente, las mujeres que afirman tener un alto estrés en su trabajo tienen un riesgo 20% mayor que aquellas que tienen un estrés más moderado o nulo. En cambio, tener entre 25 y 34 años, 34 y 64 y 65 o más ven reducido su riesgo en un 31%, 61% y 81% respecto a las más jóvenes; asimismo, tener estudios de primer ciclo o tener pocos problemas de vivienda y de entorno tienen una reducción de riesgo del 22% y 23%, respectivamente.

5.3.4 Acudir a ginecología, hacerse una mamografía y realizarse una citología alguna vez.

- Acudir a ginecología, hacerse una mamografía y realizarse una citología alguna vez según edad, clase social, estudios y actividad económica

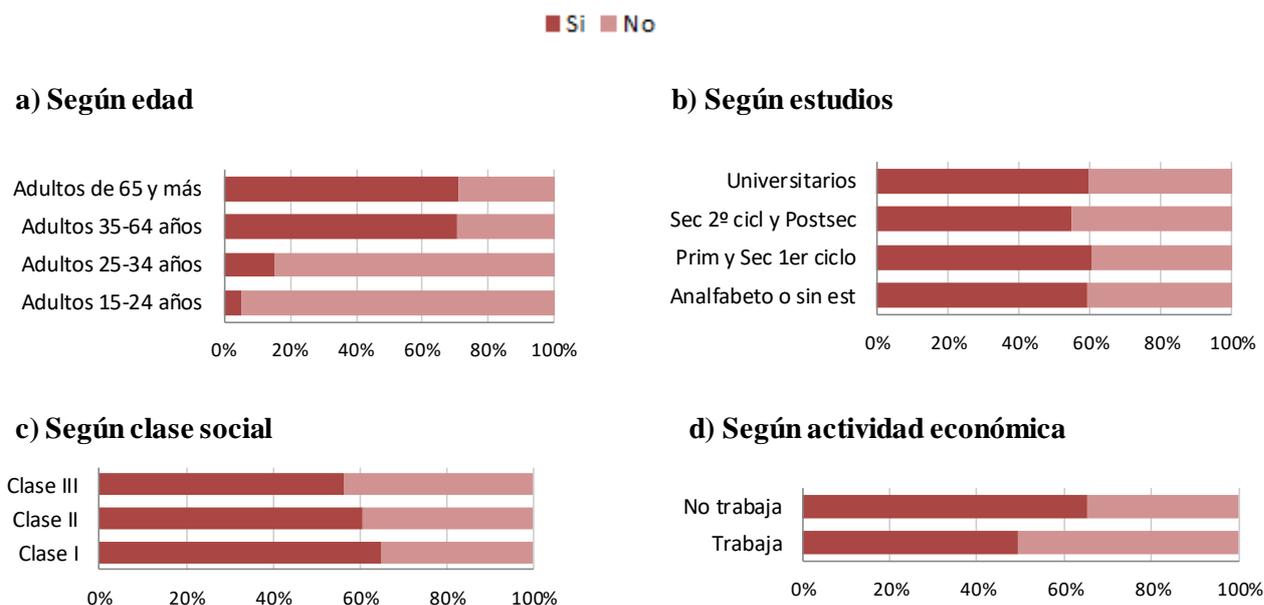
Tal y como indica la Tabla 13 del Anexo, acudir a ginecología, hacerse una mamografía o realizarse una citología dependen de la edad, clase social, estudios y actividad económica ($P < 0,05$), por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alternativa.

En 2011, el 86% de las mujeres afirma haber acudido alguna vez en su vida a una consulta ginecológica, frente al 14% que lo niega. Según la edad, se observa que el grupo de las más jóvenes es el que presenta mayor porcentaje de no asistencia (45%), seguido por aquellas que tienen 65 o más años (24%). En cuanto a la clase social, el 17,1% de las mujeres pertenecientes a la clase trabajadora no han ido nunca al ginecólogo, frente al 7% de la clase alta. Asimismo, la tendencia se repite cuando se analiza según los estudios obtenidos: a menores estudios, mayor porcentaje de no haber acudido a una consulta ginecológica (28% analfabetas o sin estudios, 14% estudios de primer ciclo, 8% de segundo ciclo y 6% universitarias). Finalmente, las mujeres que no trabajan también muestran mayor porcentaje de no asistencia, frente a aquellas que son activas (*véase Figura 10 en Anexo*).

En segundo lugar, el 72% de las mujeres se ha hecho una citología, frente al 28% que sí. Según edades, frente a aquellas que tienen entre 25 y 34 años (82%) y aquellas entre 35 y 64 (86%), las comprendidas entre 15 y 24 y las mayores de 65 son los dos grupos etarios con mayor proporción en la no realización (40% y 53%, respectivamente). En cuanto a la clase social y los estudios, se repite la tendencia comentada anteriormente: a menor clase social o estudios, menor es el porcentaje de realización de alguna citología en la vida (85% clase alta frente al 66% de clase obrera; 87% universitarias, 48% analfabetas o sin estudios). Finalmente, las que son activas superan en veinte puntos a las que no trabajan en la realización de una citología (*véase Figura 11 en Anexo*).

En último lugar, el 59% de la población femenina se ha hecho una mamografía alguna vez, frente al 41% que no. Tal y como indica la Figura 7, aquellas que tienen entre 15 y 24 años y entre 25 y 34 son los dos grupos etarios con menor porcentaje (5% y 15%); en cambio, el 70% de aquellas en edades intermedias y el 71% de las que tienen 65 o más años afirman haberse hecho una mamografía. Según la clase social, a menor posición, mayor proporción de no realización (el 65% de la clase alta se han hecho una mamografía, el 61% clase media y el 56% clase trabajadora). Según estudios, los porcentajes son similares en las cuatro categorías, destacando levemente aquellas que obtienen estudios de segundo ciclo un porcentaje algo mayor que el resto en la no realización (54%). Por último y, a diferencia del análisis de ginecología, hay mayor proporción de realización en las mujeres que no trabajan (65%) a diferencia de las que sí (49%).

Figura 7. Hacerse alguna vez una mamografía según varias variables sociodemográficas. Mujeres, 2011.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

➤ Factores que incrementan y disminuyen la probabilidad de no acudir a ginecología, no hacerse una mamografía y no realizarse una citología alguna vez

Los modelos propuestos para las mujeres (no acudir a ginecología, no hacerse una mamografía y no realizarse una citología alguna vez) ajustan correctamente y tienen una capacidad de predicción del 16%, 34% y 11%, respectivamente (*Tabla 16 en Anexo*).

Los factores que aumentan el riesgo de no visitar al ginecólogo alguna vez son los siguientes: ser analfabeta/sin estudios o tener estudios de primer ciclo (3 veces más de riesgo y 2,3 veces más, respecto a las universitarias), ser de nacionalidad extranjera (un riesgo 86% veces mayor que las españolas) o no trabajar (67% mayor). En contraposición, entre los factores que disminuyen la probabilidad de no ir al ginecólogo se encuentra que las que tienen entre 25 y 34 años y aquellas entre 35 y 64 tienen una reducción del 42% y 67% respecto a las universitarias, las que viven en un hogar sin hijos un 49% de reducción respecto a las que viven en un hogar unipersonal o las casadas o separadas/divorciadas una reducción del 78% y 60%, respectivamente, en relación a las solteras.

En cuanto a la realización de una mamografía, frente a las que pertenecen a la clase alta, aquellas de la clase media o trabajadora ven incrementadas sus probabilidades de no hacérsela en un 43% y 63%, respectivamente. Según el tipo de hogar, frente a las que viven en uno unipersonal, las que lo hacen en un hogar con una pareja e hijo/s, monoparentales u otro tipo de hogares tienen 2,1, 1,7 y 2,5 veces más de riesgo. La nacionalidad es otro de los factores

que incrementa dicha probabilidad, obteniendo las de nacionalidad extranjera un riesgo 67% veces mayor que las españolas. A todo ello, las mujeres de 35 a 64 años y aquellas de 65 o más, así como aquellas que tienen un estado civil diferente al soltero y no trabajan ven reducidas sus posibilidades de no hacerse una mamografía, por lo que todas estas características protegen ante el fenómeno.

Finalmente, entre los perfiles que muestran mayor riesgo de no hacerse una citología se observa que la población femenina que pertenece a la clase media y trabajadora, son analfabetas/sin estudios, tienen estudios de primer ciclo o las que son extranjeras presentan mayores probabilidades que su categoría de referencia. En cambio, las que tiene entre 25 y 34 años, 35 y 64, viven en un hogar con hijo/s o están casadas tienen una reducción del riesgo respecto a sus categorías de referencia.

5.4 Modelo de regresión logística jerárquica: salud percibida deficiente, por sexo

En este último apartado de resultados se analiza cómo la salud en general, en este caso la autopercepción de la salud, depende de todos los determinantes de la salud, ya sean factores sociodemográficos, de entorno, estilos de vida o uso de servicios sanitarios, entre otros muchos. Se parte de la hipótesis que afirma que la autopercepción depende de todas las variables incluidas en todos los bloques analizados hasta ahora. Para rechazar o aceptar dicha hipótesis se procede a realizar varias tablas de contingencia, tanto para hombres como para mujeres, obteniendo así, que el estado de salud percibido depende de todas las variables y no solo de aquellas que están relacionadas con algún tipo de enfermedad o con determinantes biológicos (*véase Tabla 17 y 19 en Anexo*). El único punto a destacar es que la dependencia entre las horas de sueño y la autopercepción de la salud no es significativa en los hombres ($P = 0,358$). Asimismo, cabe mencionar que en los hombres las variables que muestran una mayor fuerza de asociación son las siguientes: enfermedad crónica (V Cramer = 0,406), edad (V Cramer = 0,310), consumo de medicamentos (V Cr = 0,299), salud mental (V Cr = 0,261), actividad económica (V Cr = 0,249), hospitalización (V Cr = 0,246) estudios (0,233), urgencias (V Cr = 0,209) y actividad física (V Cr = 0,202). En cuanto a las mujeres, la mayor intensidad se da con: enfermedad crónica (0,457), edad (0,373), salud mental (0,333), estudios (0,297), actividad económica (0,296), consumo de medicamentos (0,284), índice de masa corporal (0,251) y urgencias (0,201).

Una vez comprobada la dependencia, se pasa a realizar una regresión logística por el método Enter y otra por el método hacia adelante Wald para observar qué variables son significativas y con intervalos de confianza muy alejados del 1 en ambos métodos, para así obtener mayor explicación o predicción en los modelos. Los resultados de estas, indican que tanto para hombres como para mujeres, el estado civil, nacionalidad, el tipo de hogar, el nivel de estrés y el hecho de vivir con personas con limitación no eran significativos o tenían valores muy cercanos al 1 en los intervalos de confianza. Así pues, se decide excluirlos del

modelo dejando únicamente la clase social, edad, estudios, IPE, IAE, hábito tabáquico, consumo de alcohol, actividad física, consumo de comida rápida, cepillado de dientes diario, IMC, número de horas de sueño, hospitalización, consumo de medicamentos, urgencias, salud mental y enfermedades crónicas o de larga duración.

Finalmente, se pasa a realizar la regresión logística jerárquica para ambos grupos, teniendo como variable dependiente la autopercepción de la salud (1 = mala salud, 0 = buena salud). Se decide introducir variable por variable para observar si el modelo mejora y si la significación y los valores de las OR cambian. Se empieza incluyendo la variable “clase social” seguida por el resto de variables debido al interés sociológico para ver hasta qué punto dicha variable afecta a la salud y cómo cambia su posible influencia al introducir otras variables que podrían competir con esta.

➤ Regresión Logística Jerárquica para Hombres, 2011

El modelo propuesto para los hombres ajusta correctamente ($P < 0,05$), por lo que el conjunto de modelos planteado confirma que las variables independientes tienen poder explicativo sobre la variable dependiente “autopercepción de mala salud”. El modelo empieza explicando un 1,8% cuando únicamente se introduce la clase social; una vez añadidas todas las variables sociodemográficas se logra mejorar el modelo llegando hasta el 15,8%; cuando se incluye las de entorno, la capacidad predictiva aumenta hasta el 17% y cuando se inserta las variables que hacen referencia a los estilos de vida, se llega al 19,1%. Asimismo, cuando se añaden las variables que conforman el bloque de servicios sanitarios, aumenta notablemente el nivel de predicción del modelo hasta un 30,8%. Finalmente, incluyendo las variables de enfermedades y de salud mental, se obtiene un 38,4% de nivel de explicación, siendo este el último modelo (*véase R^2 de Nagelkerke en Tabla 18 en Anexo*).

En el Modelo 2 se observa que tanto la clase social como la edad son significativas, de hecho, cuando entra esta segunda, aumenta la influencia de la clase social. A mayor edad o peor posición económica, mayor será la probabilidad de tener una autopercepción mala en los hombres. En segundo lugar, al introducir estudios (Modelo 3), se observa que la clase social sigue siendo significativa, pero pierde influencia. Uno de los aspectos a tener en cuenta es que la clase social deja de ser significativa cuando se introduce el ÍMC (Modelo 11), número de horas de sueño (Modelo 12), hospitalización (Modelo 13) y urgencias (Modelo 15). Las demás variables sociodemográficas y de entorno mantienen su significación a lo largo de los diecisiete modelos, aunque a medida que se introducen nuevas variables, empiezan a perder influencia.

Otro hecho a destacar es que en el caso de las variables “fumar” y “beber alcohol habitualmente” no son estadísticamente significativas y su no significación se mantiene en todos los modelos, independientemente de la introducción de las demás variables. Por lo que, fumar o tomar alcohol no se consideran como determinantes de la autopercepción mala de la

salud. Asimismo, las variables “consumir comida rápida habitualmente” y “número de horas de sueño” tan solo son significativas cuando: para la primera, se introduce en el Modelo 13 la variable “número de horas de sueño”, y para la segunda, cuando se inserta en el Modelo 13 la variable “hospitalización”. En cambio, la actividad física y el IMC mantienen su significación a medida que se añaden otras variables. En el caso del cepillado de dientes diario no adquiere significación hasta el Modelo 14 cuando se introduce la variable “consumo de medicamentos”. Finalmente, en el caso de las variables del bloque de servicios sanitarios y enfermedades, son significativas.

Así pues, tal y como se muestra en la Tabla 1, se obtiene en el modelo final que los hombres pertenecientes a la clase trabajadora o media, tienen 1,5 veces más de probabilidades de tener una autopercepción de la salud mala, para ambos casos, respecto a aquellos que son de clase alta. En cuanto a la edad, los tres grupos presentan mayor riesgo que los más jóvenes, aunque destacan los de 65 y más años con un 5,6 veces más de posibilidades respecto a esta categoría. En cuanto a los estudios, ser analfabeto o no tener estudios supone un riesgo 76% mayor respecto a los universitarios. Frente a aquellos que tienen apoyo emocional, los que no cuentan con este tienen 1,3 veces más de posibilidades de tener una percepción de la salud mala. Asimismo, los que son sedentarios tienen un riesgo 56% mayor que los que hacen deporte habitualmente. Otros importantes factores de riesgo es el hecho de haber sido hospitalizado (2,5 veces más de probabilidad que su categoría de referencia), consumir medicamentos (2,4), haber acudido a urgencias (casi el doble de probabilidad), tener una salud mental mala (2,8) o tener una enfermedad crónica (3,3).

➤ Regresión Logística Jerárquica para Mujeres, 2011

El modelo propuesto para las mujeres ajusta correctamente ($P < 0,05$), por lo que las variables independientes tienen poder explicativo sobre la “autopercepción de mala salud”. El modelo empieza explicando un 2,9% cuando únicamente se introduce la clase social; una vez añadidas todas las variables sociodemográficas se logra mejorar el modelo llegando hasta el 13%; cuando se incluye las de entorno, la capacidad predictiva aumenta hasta el 14,5% y cuando se inserta las variables que hacen referencia a los estilos de vida, se llega al 19,2%, porcentaje similar que el modelo de los hombres. Asimismo, cuando se añaden las variables que conforman el bloque de servicios sanitarios, aumenta notablemente el nivel de predicción del modelo hasta un 28,4%. Por último, incluyendo las variables de enfermedades y de salud mental, se obtiene un 39,3% de nivel de explicación (*véase R^2 de Nagelkerke en Tabla 20 en Anexo*).

A diferencia de los hombres, la clase social (concretamente, clase trabajadora) es significativa a lo largo de todos los modelos; asimismo, el consumo de alcohol (ocasional) presenta significación desde que se introduce en el Modelo 7 hasta el Modelo 15 cuando se incluye “urgencias”; finalmente, el consumo de comida rápida mantiene su no-significación a

lo largo de todos los modelos. Al igual que en la población masculina, el hecho de fumar no aumenta ni disminuye las probabilidades de tener una autopercepción de la salud mala.

La Tabla 1, refleja los factores que suponen un riesgo o una “protección” para tener una mala percepción. La mayoría de estos coinciden con los de los hombres, aunque con cierta diferencia en los valores de cada uno de ellos. En primer lugar cabe mencionar que las mujeres de la clase trabajadora tienen 1,4 veces más de posibilidades de tener una autopercepción negativa de su salud. Aquellas que tienen entre 35 y 64 años o 65 y más, tienen un 2,4 y 4,4 veces más de probabilidades de presentar el fenómeno respecto a las más jóvenes. Según estudios, ser analfabeta/sin estudios u obtener los de primer ciclo presentan un riesgo 64% y 44% mayor que las universitarias. Frente a aquellas que cuenta con apoyo emocional, las que no tienen 1,3 veces más de posibilidades de una autopercepción negativa. Asimismo, no practicar deporte, tener obesidad o dormir menos de siete horas al día también aumentan las probabilidades del fenómeno (en orden, 1,8, 1,6, 1,2). Finalmente, al igual que en los hombres, las variables del bloque de servicios sanitarios y de enfermedades son importantes para describir el aumento del riesgo: hospitalización (1,9 veces más), consumo de medicamentos (1,8), acudir a urgencias (2,3), tener una salud mental mala (3,2) o tener una enfermedad crónica o de larga duración (3,7).

Tabla 1. Resumen de la Regresión Logística Jerárquica. Factores sociodemográficos, de entorno, estilos de vida, uso de servicios sanitarios y enfermedades que aumentan y disminuyen el riesgo de tener una autopercepción de la salud mala. Hombres y mujeres, 2011

| | | | | | |
|----------------|--------------------------|-----------------|------------------|-----------------------|-------------------------|
| HOMBRES | Clase Media (1,4) | IAE bajo (1,3) | Sedentario (1,6) | Hospitalización (2,5) | Salud mental mala (2,8) |
| | Clase Trabajadora (1,5) | IPEV bajo (0,7) | Obesidad (1,3) | Consumo medic (2,4) | Enf crónica (3,3) |
| | 25-34 años (1,9) | | | Urgencias (2) | |
| | 35-64 años (3,6) | | | | |
| | 65 y más años (5,6) | | | | |
| | Analfabeto (1,8) | | | | |
| MUJERES | Clase Trabajadora (1,4) | IAE bajo (1,3) | Sedentaria (1,8) | Hospitalización (1,9) | Salud mental mala (3,2) |
| | 35-64 años (2,4) | IPEV bajo (0,8) | Obesidad (1,6) | Cons medic (1,8) | Enf crónica (3,7) |
| | 65 y más años (4,4) | | Dormir <7h (1,2) | Urgencias (2,3) | |
| | Analfabeta/Sin est (1,6) | | | | |
| | Estudios 1er ciclo (1,4) | | | | |
| | | | | | |

Nota: se muestran entre paréntesis los valores de las Exponenciales B de cada una de las variables. Para ver las Tablas completas, consúltense Tabla 18 y 20 en Anexo.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

6. CONCLUSIONES

El presente trabajo ha tenido por objetivo analizar el estado de salud de la población española de quince o más años en 2011 con el fin de descubrir si existen desigualdades en este campo. Para ello se ha tenido en cuenta los determinantes de la salud y los indicadores más usados en numerosas investigaciones. Los estudios epidemiológicos han permitido la evolución del concepto de salud a lo largo del tiempo, pasando de una concepción tradicional que entiende la salud como ausencia de enfermedad a otra que afirma que la salud depende de múltiples factores como los estilos de vida, posición socioeconómica, entorno, biología humana, prácticas preventivas y uso de servicios sanitarios, entre otros. Partiendo de esta base, el trabajo no entiende que todos estos factores sean concebidos en el mismo nivel para estudiar el estado de salud de los individuos, sino que la posición social de un individuo determinará todos los demás factores y, por consiguiente, la salud; asimismo, se tiene que tener en cuenta el contexto económico, político y cultural de la sociedad. Los estudios con este enfoque causal permiten conocer qué grupos son más vulnerables a ciertos fenómenos y ayudan a hacer recomendaciones para la mejora de las políticas públicas.

Con los resultados obtenidos se han logrado aceptar cada una de las hipótesis planteadas y descubrir algunas características que se desconocían a nivel personal como el mayor consumo de tabaco y alcohol en las mujeres de clase alta, entre otros. Asimismo, con en este trabajo se pone de manifiesto la existencia de desigualdades según género, edad, clase social, estudios y actividad económica en el estado de salud y enfermedades crónicas, estilos de vida y en el uso de servicios sanitarios (incluyéndose en este último tres prácticas preventivas para las mujeres: citología, mamografía y ginecología). En general, aquella población que no tiene estudios o es analfabeta y/o es de clase trabajadora, es la que presenta peores indicadores, por lo que se cumple la primera hipótesis específica. Los principales resultados muestran las siguientes desigualdades:

- I. *De género:* las mujeres declaran tener más enfermedades crónicas, peor salud mental y una peor autopercepción de la salud que los hombres, posiblemente por la mayor presencia de los dos primeros y por la gran dificultad para conciliar la vida laboral y familiar. Este último hecho posiblemente sea porque desde que la mujer se ha incorporado al mercado laboral tiene una “doble jornada”, ya que también trabaja en casa ocupándose de las tareas del hogar. Esta explicación también podría emplearse para comentar porqué las mujeres en general duermen menos de siete horas al día o hacen menos ejercicio físico en su tiempo libre. Asimismo, los hombres fuman más, beben más alcohol, se cepillan menos los dientes y consumen más comida rápida que las mujeres. En cuanto al índice de masa corporal, casi la mitad de la población española no tiene un peso adecuado a su altura, destacando mayor porcentaje de peso insuficiente en las mujeres, posiblemente por la alta presión social ejercida sobre la mujer para lograr un cuerpo ‘perfecto’; y mayor sobrepeso en los hombres,

posiblemente por sus peores hábitos de vida. En cuanto al uso de servicios sanitarios, las mujeres han acudido más veces a urgencias y se han hospitalizado más que los hombres, posiblemente por partos o cuestiones relacionadas con este mismo, o por la presencia de enfermedades crónicas.

II. *Según edad:* las diferencias comentadas anteriormente por género varían según la edad. En general, la población que tiene 65 o más años presenta peor salud mental (sobre todo las mujeres), mayores enfermedades de larga duración (esto explicaría al alto porcentaje de hospitalización en el grupo etario más avanzado) y peor autopercepción de su salud. Asimismo, a mayor edad se percibe un descenso de los hábitos saludables como la actividad física, el consumo de alcohol, el cepillado diario de los dientes o el cuidado del peso. En contraposición, el hábito tabáquico desciende a medida que aumenta la edad, posiblemente por la existencia de alguna enfermedad, la población tiende a dejar de fumar para no empeorar su estado. Los más jóvenes son los que consumen más comida rápida, aunque son los que tienen un hábito del sueño más favorable que el resto (más de siete horas) y son los que más ejercicio físico hacen. Por otra parte cabe destacar que las mujeres entre 25 y 34 años han acudido a urgencias más veces y han sido hospitalizadas más que los hombres, seguramente por la misma explicación de los partos o las enfermedades crónicas. Finalmente, en cuanto a la prevención de algunas complicaciones en la salud de las mujeres, la mayoría de ellas se han hecho una revisión ginecológica, aunque las más jóvenes son las que declaran en mayor proporción la no consulta, posiblemente porque al existir un porcentaje bajo de embarazos en esta edad, consideran que no es indispensable la realización de dicha consulta. Este último argumento también podría emplearse para explicar el bajo porcentaje de realización de una mamografía o citología alguna vez en la vida.

III. *Según clase social:* tanto la población masculina como la femenina perteneciente a la clase trabajadora declaran tener peor estado de salud, mayor presencia de enfermedades crónicas (aunque en las mujeres, las diferencias son mínimas) y peor salud mental. Asimismo, a menor clase social peores estilos de vida, tales como sedentarismo, consumo de comida rápida, no cepillado de los dientes diario, mayor proporción de obesos, más hospitalizaciones y mayor proporción de asistencia a urgencias. En contraposición, el hábito tabáquico, el consumo de alcohol, el peso insuficiente o los hábitos de sueño varían según el género: a) las mujeres de clase alta fuman y toman alcohol más que las de clase trabajadora, en cambio los hombres que más lo hacen son los de la clase trabajadora; b) aunque el porcentaje de peso insuficiente sea bajo, son las mujeres de clase alta las que mayores proporciones presentan; c) como ya se ha comentado, las mujeres duermen menos de siete horas independientemente de su estatus socioeconómico; en cambio, los hombres de la clase

alta y media suelen dormir menos de siete horas (sobre todo aquellos entre 35 y 64 años, posiblemente por razones de responsabilidades laborales y un alto estrés que distorsionan su sueño). Por último, aunque no menos importante, a menor clase social en las mujeres, menor es la tendencia a realizarse una mamografía, citología o una consulta ginecológica.

- IV. *Según estudios:* al igual que sucede en el análisis según la clase social, las diferencias según los estudios presentan las mismas tendencias en ambos grupos: a) a menores estudios, mayor porcentaje de enfermedades crónicas, salud mental, autopercepción negativa de su salud, sedentarismo, obesidad, hospitalización y asistencia a urgencias y, b) a mayores estudios, menores horas de sueño. Asimismo, el hábito tabáquico varía según el género: los hombres que logran estudios de primer ciclo fuman más que el resto; en cambio, las mujeres universitarias son las que más lo hacen. Como contrapunto, tanto la población masculina como la femenina que no tienen estudios o son analfabetos, tienden más al consumo frecuente de alcohol. En último lugar, a menores estudios en las mujeres, menor es la consulta a un ginecólogo, la realización de una citología y mamografía.
- V. *Según actividad económica:* los hombres y mujeres que no trabajan tienen peor autopercepción de la salud, mayores enfermedades de larga duración, pero salud mental y peores estilos de vida (consumo frecuente de alcohol, obesidad y sedentarismo – únicamente en mujeres, los hombres suelen hacer ejercicio independientemente de su situación laboral -). En relación a otros hábitos de vida, se percibe que las mujeres que trabajan fuman más que aquellas que están inactivas, en cambio en los hombres no se presentan grandes diferencias; en general, ambos grupos consumen más comida rápida cuando trabajan, posiblemente por el reducido tiempo de descanso laboral; los hombres que no trabajan tienden a dejar de prestar atención al cepillado de dientes y tener peores horarios de sueño, llegando a dormir menos de siete horas. Un dato curioso en cuanto a la población femenina es que las que no trabajan declaran haberse hecho una mamografía alguna vez, aunque esto no se repite con la citología o la consulta ginecológica.

En segundo lugar, los resultados ponen de manifiesto que los individuos con menor posición socioeconómica y peor entorno tienen mayor riesgo de tener más enfermedades, peor autopercepción de la salud y estilos de vida menos saludables respecto a los más favorecidos (véase Tabla 21, 11 y 23 “Resumen de la Regresión Logística de los tres bloques, por sexo”). La población de la clase trabajadora tiene mayores probabilidades de tener una autopercepción negativa de su estado de salud, así como la presencia de una enfermedad crónica (en el caso de las mujeres únicamente). Los hábitos de vida menos saludables también están relacionados con las características sociodemográficas: los hombres de clase trabajadora y/o sin estudios tienen mayores probabilidades de fumar, beber habitualmente, ser

sedentarios, no cepillarse los dientes y ser obesos; las mujeres por su parte, también ven incrementadas su posibilidades de ser sedentarias, no cepillarse los dientes o ser obesas. Asimismo, se percibe que el apoyo emocional o el estrés en el trabajo son importantes factores de riesgo (en sedentarismo, consumo de comida rápida, no cepillado de dientes diario, dormir menos de siete horas o tener una salud mental mala). Finalmente, cabe destacar que en cuanto a la autopercepción negativa de la salud, incluyendo todas las variables de los determinantes de la salud, se percibe como en ambos grupos la clase social o estudios mantienen su significación a lo largo de todos los modelos, por lo que son importantes factores de riesgo.

A la hora de analizar cualquier tipo de desigualdad en la sociedad hay que tener en cuenta el contexto de la misma, ya que, la sociedad es un sistema de relaciones compuesto por estructuras e instituciones que están interrelacionados (sistema económico, sistema político, sistema cultural, sistema de estratificación). En este caso, no se podría explicar el estado de salud de una persona sin hacer alusión a las características sociodemográficas que presenta. Al mismo tiempo, tiene que analizarse e intentar dar respuesta al porqué de que ciertos fenómenos se repitan una y otra vez en los mismos grupos sociales. Las políticas públicas tienen que estar orientadas a lograr la igualdad entre los grupos con diferentes posiciones sociales, así como la calidad de vida de todos, porque logrando este objetivo las oportunidades serán reales para todos. Con todo ello se quiere explicar que no solo hace falta mejorar las políticas para reducir las desigualdades en salud, sino también otros ámbitos como la educación, las condiciones del mercado laboral, la brecha entre hombres y mujeres, etc. puesto que cada una de las estructuras sociales condicionará todos los aspectos de la vida de los individuos. Como recomendaciones se incluye las siguientes:

- Reducir las diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a salarios, condiciones laborales y la brecha ocupacional, así como la mejora de la conciliación de la vida laboral y familiar.
- Educar desde la igualdad de género y de clases sociales, así como mejorar los modelos educativos actuales con sistemas que promuevan la empatía, cooperación, creatividad y la libertad y no únicamente las competencias curriculares. Educar y enseñar de forma constante los hábitos de vida saludables.
- Mayor difusión de la información sobre las desigualdades en salud.
- Fomentar y subvencionar proyectos e investigaciones sobre desigualdades en salud para conocer la evolución de esta y nuevas causas que determinan que un fenómeno suceda.
- Crear nuevos centros especializados en el tema de desigualdades en salud, así como ofrecer mayor número de programas formativos.
- A nivel de investigación, mejorar las encuestas sobre salud y calidad de vida aumentando la muestra de población.

- Aumentar y mejorar la calidad de los servicios sanitarios públicos: incrementar el personal especializado en determinados servicios de salud que muestran mayor proporción en el ámbito privado, como los psicólogos, odontólogos, etc.
- Que los partidos políticos tengan como principal preocupación las desigualdades en salud implementando nuevas políticas que ayuden a reducirlas.

7. BIBLIOGRAFÍA

- BARRAGÁN, H. (2007). Fundamentos de Salud Pública. Universidad Nacional de la Plata. (pp. 181-187)
- BISQUERRA, R. (2004). Metodología de la Investigación Educativa. Madrid: La Muralla. (pp. 171-271).
- BORRELL, C. & BENACH J. (2005). La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Grupo de trabajo CAPS-FJ Bofill. Barcelona.
- BORRELL, C. et al. (2011). Evolución de las desigualdades sociales en salud en Cataluña. Medicina Clínica. Barcelona. (pp. 60-65).
- CAMARERO, L. & ALMAZÁN, A. & MAÑAS, B.: Regresión Logística: Fundamentos y Aplicación a la Investigación Sociológica. Departamento de Sociología I, UNED.
- DÍAZ MARTÍNEZ, E. (2002). Desigualdades y estratificación social en España: un análisis estadístico de la Encuesta Nacional de Salud de 1995. Documentación Social 127. (pp. 125-141).
- FRENZ, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. Revista Chile Salud Pública. Vol. 9, Núm. 2. (pp. 103-110).
- GRUPO DE TRABAJO DE LA SEE (2000). Una propuesta de medida de la clase social. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología y de la Sociedad Española de Medicina. Atención Primaria, Vol. 25, Núm. 5, (pp. 350-363).
- MARÍ-KLOSE. (2009). Informe de la Inclusión Social en España. Fundació Caixa Catalunya. Barcelona. (pp. 21-172).
- MUÑOZ, P.E., TEJERÍAN-ALLEN, M. & CAÑAS, F. (1995). Estudio de validación predictiva del GHQ en población general urbana. Beca FIS 93/0905. Madrid: Sin publicar.
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud: Hacia un nuevo concepto de la Salud Pública. Canadá.
- PALOMINO, P. & GRANDE, M.L., & LINARES, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales: desigualdad y exclusión en la sociedad del siglo XXI. Revista Internacional de Sociología. Vol. 72, extra 1 (pp. 71-91).
- SEGURA DEL POZO, J. (2013). Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010). Impresol Ediciones. Universidad Nacional de Colombia.
- VALENZUELA, T. (2005). Indicadores de Salud: Características, Uso y Ejemplos. Ciencia y Trabajo. Núm. 17. Chile. (pp. 118-121).
- VILLAR, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta Médica Peruana. Vol. 28, Núm. 4. Lima.

8. ANEXO

1. Bloque I: Salud y enfermedades crónicas

Tabla 1. Asociaciones bivariantes entre las VD del Bloque I y las VI. Población total, 2011.

| POBLACIÓN TOTAL | | | | |
|----------------------------|-------|--------------------|--------------------------|-----------------|
| VI ↓ | VD → | Salud percibida | Enfermedades crónicas | Salud mental |
| Edad | Casos | 21007 | 20989 | 21007 |
| | Chi2 | 2641,977 | 2848,662 | 161,909 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,355 | 0,368 | 0,088 |
| Clase social | Casos | 20246 | 20231 | 20246 |
| | Chi2 | 466,022 | 105,931 | 108,973 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,152 | 0,072 | 0,073 |
| Estudios | Casos | 20959 | 20941 | 20959 |
| | Chi2 | 1566,372 | 627,934 | 175,154 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,273 | 0,173 | 0,091 |
| Activ económica | Casos | 21007 | 20989 | 21007 |
| | Chi2 | 1652,755 | 1389,560 | 291,611 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,280 | 0,257 | 0,188 |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 2. Asociaciones bivariantes entre las VD del Bloque I y las VI. Hombres, 2011.

| HOMBRES | | | | |
|----------------------------|-------|--------------------|--------------------------|-----------------|
| VI ↓ | VD → | Salud percibida | Enfermedades crónicas | Salud mental |
| Edad | Casos | 9649 | 9644 | 9649 |
| | Chi2 | 928,620 | 1156,634 | 33,039 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,310 | 0,346 | 0,059 |
| Clase social | Casos | 9502 | 9497 | 9502 |
| | Chi2 | 155,546 | 23,392 | 26,172 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,128 | 0,050 | 0,052 |
| Estudios | Casos | 9623 | 9618 | 9623 |
| | Chi2 | 523,081 | 186,436 | 43,128 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,233 | 0,139 | 0,067 |
| Activ económica | Casos | 9649 | 9644 | 9649 |
| | Chi2 | 597,800 | 505,811 | 104,385 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,249 | 0,229 | 0,104 |

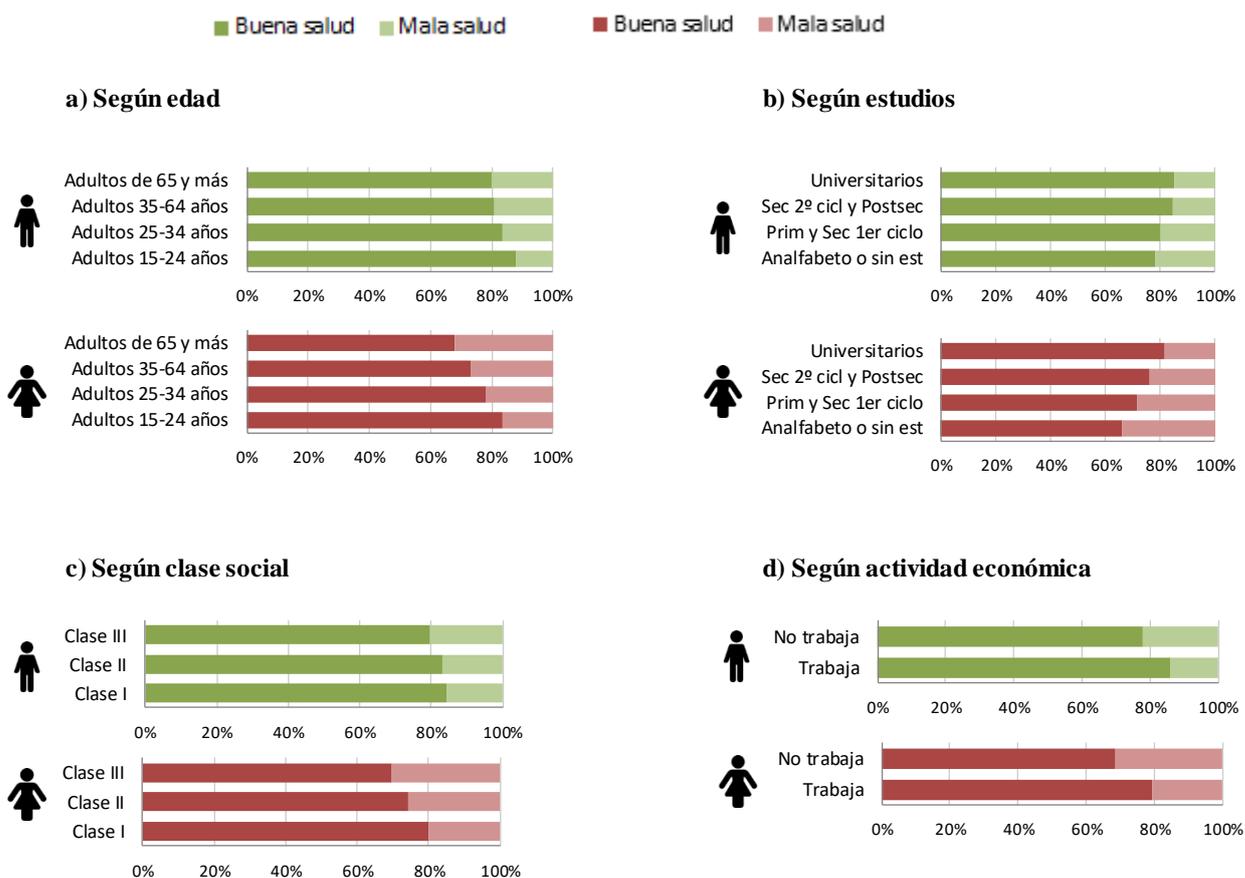
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 3. Asociaciones bivariantes entre las VD del Bloque I y las VI. Mujeres, 2011.

| MUJERES | | | | |
|------------------------|-------|-----------------|-----------------------|--------------|
| VI ↓ | VD → | Salud percibida | Enfermedades crónicas | Salud mental |
| Edad | Casos | 11358 | 11345 | 11358 |
| | Chi2 | 1583,773 | 1595,285 | 112,800 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,373 | 0,375 | 0,100 |
| Clase social | Casos | 10744 | 10734 | 10744 |
| | Chi2 | 306,27 | 90,102 | 83,235 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,169 | 0,092 | 0,088 |
| Estudios | Casos | 11336 | 11323 | 11336 |
| | Chi2 | 996,894 | 426,874 | 122,651 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,297 | 0,194 | 0,104 |
| Activ económica | Casos | 111358 | 11345 | 11358 |
| | Chi2 | 993,652 | 835,306 | 157,466 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,296 | 0,271 | 0,118 |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 1. Estado de salud mental según varias variables sociodemográficas, por sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 4. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: tener una autopercepción de la salud deficiente, una enfermedad crónica o una salud mental mala. Hombres, 2011.

| | Autopercepción de la salud deficiente | | Enfermedad crónica | | Salud mental mala | |
|--|---------------------------------------|--------|--------------------|--------|-------------------|--------|
| Casos | 4421 | | 4418 | | 4421 | |
| R2 Cox y Snell | 0,043 | | 0,033 | | 0,036 | |
| R2 Nagelkerke | 0,075 | | 0,047 | | 0,067 | |
| | OR | B | OR | B | OR | B |
| Edad (15-24) | | | | | | |
| Adultos 25-34 | 2,461* | 0,900 | 1,146 | 0,136 | 1,410 | 0,344 |
| Adultos 35-64 | 4,542* | 1,513 | 2,172* | 0,776 | 1,551 | 0,439 |
| Adultos de 65 y más | 7,654* | 2,035 | 7,303* | 1,988 | 2,075 | 0,730 |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | |
| Clase II Media | 1,497* | 0,404 | 1,026 | 0,026 | 0,816 | -0,204 |
| Clase III Trabajadora | 1,683* | 0,520 | 1,220 | 0,199 | 0,822 | -0,196 |
| Tipo de Hogar (unipersonal) | | | | | | |
| Pareja sin hijos | 1,491* | 0,399 | 1,418* | 0,350 | 0,969 | -0,032 |
| Pareja con hijos | 0,995 | -0,005 | 1,061 | 0,059 | 0,948 | -0,053 |
| Monoparentales | 1,062 | 0,060 | 0,948 | -0,054 | 1,618* | 0,481 |
| Otros | 0,630 | -0,462 | 0,846 | -0,168 | 0,796 | -0,228 |
| Estudios (Universitarios) | | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | 2,317* | 0,840 | 0,884 | -0,123 | 1,005 | 0,005 |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | 1,490* | 0,399 | 0,895 | -0,111 | 1,272 | 0,241 |
| Secundaria 2ºciclo y Postser | 0,936 | -0,066 | 0,949 | -0,052 | 1,002 | 0,002 |
| Nacionalidad (española) | | | | | | |
| Extranjera | 0,930 | -0,072 | 0,481* | -0,732 | 1,109 | 0,103 |
| Estado civil (soltero) | | | | | | |
| Casado | 0,949 | -0,052 | 1,003 | 0,003 | 1,012 | 0,011 |
| Víudo | 2,354* | 0,856 | 0,917 | -0,086 | 1,632 | 0,490 |
| Separado o divorciado | 1,246 | 0,220 | 0,939 | -0,063 | 0,893 | -0,113 |
| Actividad económica (Sí) | | | | | | |
| No | 0,980 | -0,020 | 1,003 | 0,003 | 0,970 | -0,031 |
| IPEV (índice bajo) | | | | | | |
| Índice alto | 0,665* | -0,408 | 0,882 | -0,126 | 0,921 | -0,082 |
| IAE (índice alto) | | | | | | |
| Índice bajo | 1,417* | 0,349 | 1,049 | 0,048 | 2,493* | 0,913 |
| Estrés en trabajo (Bajo) | | | | | | |
| Alto | 1,077 | 0,074 | 1,068 | 0,066 | 1,688* | 0,523 |
| Vive con pers con limitación (No) | | | | | | |
| Sí | 1,542 | 0,433 | 2,056* | 0,721 | 1,239 | 0,214 |

* P < 0,05

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 5. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: tener una autopercepción de la salud deficiente, una enfermedad crónica o una salud mental mala. Mujeres, 2011.

| | Autopercepción de la salud deficiente | | Enfermedad crónica | | Salud mental mala | |
|--|---------------------------------------|--------|--------------------|--------|-------------------|--------|
| Casos | 3816 | | 3814 | | 3816 | |
| R2 Cox y Snell | 0,049 | | 0,036 | | 0,034 | |
| R2 Nagelkerke | 0,078 | | 0,049 | | 0,053 | |
| | OR | B | OR | B | OR | B |
| Edad (15-24) | | | | | | |
| Adultos 25-34 | 1,284 | 0,250 | 1,231 | 0,208 | 0,997 | -0,003 |
| Adultos 35-64 | 2,278* | 0,823 | 2,205* | 0,791 | 0,998 | -0,002 |
| Adultos de 65 y más | 2,164 | 0,772 | 2,243* | 0,808 | 0,778 | -0,251 |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | |
| Clase II Media | 1,261 | 0,232 | 1,250* | 0,223 | 1,114 | 0,108 |
| Clase III Trabajadora | 1,373* | 0,317 | 1,305* | 0,266 | 1,194 | 0,178 |
| Tipo de Hogar (unipersonal) | | | | | | |
| Pareja sin hijos | 0,817 | -0,202 | 1,120 | 0,113 | 0,844 | -0,170 |
| Pareja con hijos | 0,616* | -0,484 | 0,764* | -0,270 | 0,777 | -0,252 |
| Monoparentales | 0,668* | -0,403 | 0,783 | -0,244 | 1,068 | 0,065 |
| Otros | 0,636* | -0,453 | 0,857 | -0,154 | 0,794 | -0,231 |
| Estudios (Universitarios) | | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | 2,044* | 0,715 | 1,020 | 0,020 | 0,816 | -0,203 |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | 1,720* | 0,542 | 1,050 | 0,049 | 1,225 | 0,203 |
| Secundaria 2ºciclo y Postsec | 1,173 | 0,159 | 1,011 | 0,011 | 1,281 | 0,247 |
| Nacionalidad (española) | | | | | | |
| Extranjera | 1,653* | 0,502 | 0,797 | -0,227 | 1,176 | 0,162 |
| Estado civil (soltero) | | | | | | |
| Casado | 1,256 | 0,228 | 1,229* | 0,206 | 1,086 | 0,082 |
| Viudo | 1,375 | 0,318 | 1,822* | 0,600 | 1,469 | 0,385 |
| Separado o divorciado | 1,455* | 0,375 | 1,240 | 0,215 | 1,132 | 0,124 |
| Actividad económica (Sí) | | | | | | |
| No | 1,081 | 0,078 | 1,031 | 0,030 | 1,098 | 0,093 |
| IPEV (índice bajo) | | | | | | |
| Índice alto | 0,712* | -0,339 | 0,836* | -0,180 | 0,762* | -0,272 |
| IAE (índice alto) | | | | | | |
| Índice bajo | 1,434* | 0,361 | 1,086 | 0,083 | 1,943* | 0,664 |
| Estrés en trabajo (Bajo) | | | | | | |
| Alto | 1,289* | 0,254 | 1,108 | 0,103 | 1,336* | 0,290 |
| Vive con pers con limitación (No) | | | | | | |
| Sí | 1,186 | 0,171 | 1,552* | 0,440 | 1,282 | 0,248 |

* P < 0,05

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

2. *Bloque II: Estilos de vida*

Tabla 6. Asociaciones bivariantes entre las VD del Bloque II y las VI. Población total, 2011.

| POBLACIÓN TOTAL | | | | | | | | |
|------------------------|-------|----------|----------|--------------|---------------|-------------------|----------|---------|
| VI ↓ | VD → | Fumar | Alcohol | Activ Física | Comida rápida | Cepillado dientes | IMC | Dormir |
| Edad | Casos | 20984 | 13308 | 20991 | 20944 | 20954 | 19069 | 21007 |
| | Chi2 | 1461,835 | 1340,979 | 230,325 | 2698,451 | 631,052 | 1685,207 | 565,920 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,264 | 0,224 | 0,105 | 0,254 | 0,174 | 0,172 | 0,164 |
| Clase social | Casos | 20226 | 13017 | 20230 | 20189 | 20198 | 18466 | 20246 |
| | Chi2 | 9,790 | 36,905 | 334,623 | 32,515 | 505,456 | 355,317 | 42,504 |
| | Sig | 0,007 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,022 | 0,038 | 0,129 | 0,028 | 0,158 | 0,098 | 0,046 |
| Estudios | Casos | 20936 | 13281 | 20943 | 20896 | 20907 | 19026 | 20959 |
| | Chi2 | 276,927 | 276,290 | 533,095 | 296,173 | 1186,425 | 702,144 | 59,505 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,115 | 0,102 | 0,160 | 0,084 | 0,238 | 0,111 | 0,053 |
| Activ económica | Casos | 20984 | 13308 | 20991 | 20944 | 20954 | 19069 | 21007 |
| | Chi2 | 314,461 | 419,896 | 109,105 | 715,188 | 521,165 | 514,510 | 87,104 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,122 | 0,178 | 0,072 | 0,185 | 0,158 | 0,164 | 0,064 |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 7. Asociaciones bivariantes entre las VD del Bloque II y las VI. Hombres, 2011.

| HOMBRES | | | | | | | | |
|------------------------|-------|---------|---------|--------------|--------------|-------------------|---------|---------|
| VI ↓ | VD → | Fumar | Alcohol | Activ Física | Comia rápida | Cepillado dientes | IMC | Dormir |
| Edad | Casos | 9634 | 7460 | 9640 | 9624 | 9626 | 9121 | 9649 |
| | Chi2 | 413,015 | 977,410 | 147,905 | 1314,667 | 275,757 | 867,929 | 295,806 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,207 | 0,256 | 0,124 | 0,261 | 0,169 | 0,178 | 0,175 |
| Clase social | Casos | 9489 | 7372 | 9493 | 9478 | 9480 | 8991 | 9502 |
| | Chi2 | 45,485 | 31,278 | 178,380 | 27,974 | 361,620 | 115,712 | 59,634 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,069 | 0,046 | 0,137 | 0,038 | 0,195 | 0,080 | 0,079 |
| Estudios | Casos | 9608 | 7443 | 9614 | 9598 | 9600 | 9097 | 9623 |
| | Chi2 | 82,995 | 160,044 | 203,488 | 118,935 | 647,620 | 150,929 | 123,717 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,093 | 0,104 | 0,145 | 0,079 | 0,260 | 0,074 | 0,113 |
| Activ económica | Casos | 9634 | 7460 | 9640 | 9624 | 9626 | 9121 | 9649 |
| | Chi2 | 23,810 | 245,439 | 29,041 | 289,046 | 271,435 | 88,761 | 177,139 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,050 | 0,181 | 0,055 | 0,173 | 0,168 | 0,099 | 0,135 |

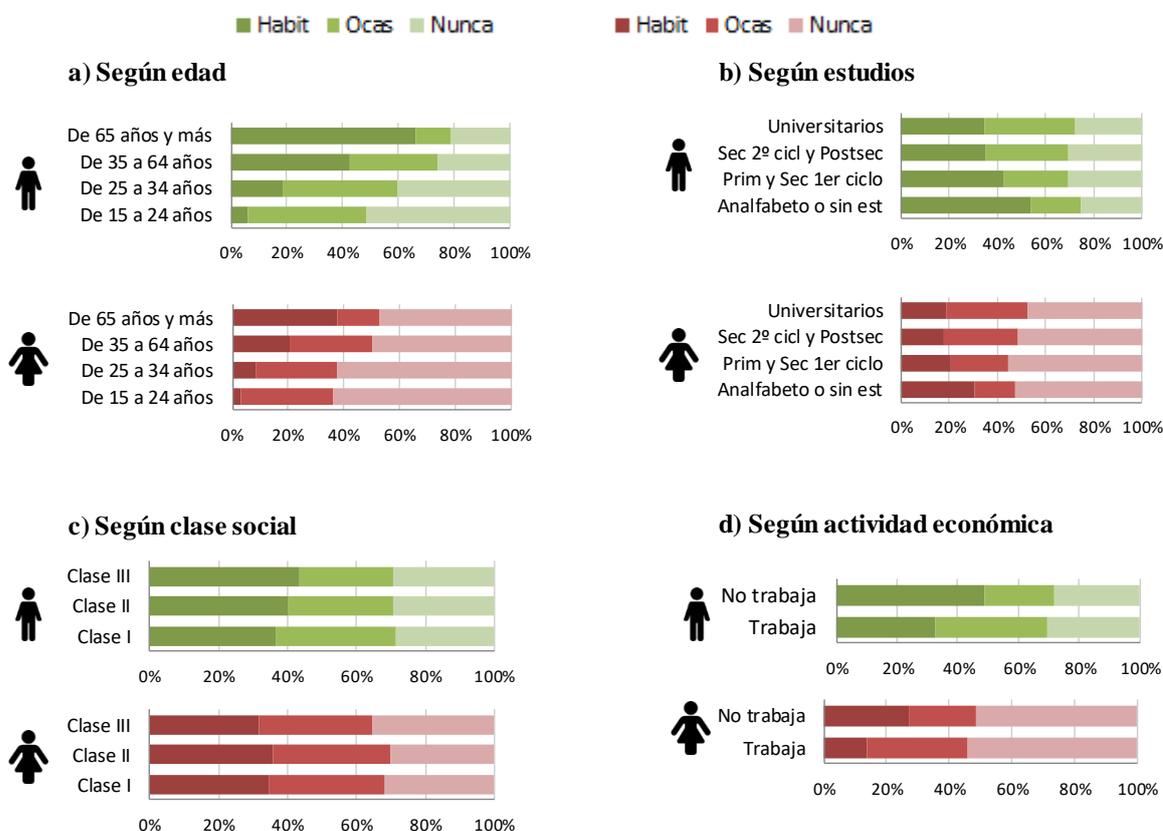
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 8. Asociaciones bivariantes entre las VD del Bloque II y las VI. Mujeres, 2011.

| MUJERES | | | | | | | | |
|------------------------|-------|----------|---------|--------------|---------------|-------------------|----------|---------|
| VI ↓ | VD → | Fumar | Alcohol | Activ Física | Comida rápida | Cepillado dientes | IMC | Dormir |
| Edad | Casos | 11350 | 5848 | 11351 | 11320 | 11328 | 9948 | 11358 |
| | Chi2 | 1036,174 | 429,586 | 136,066 | 1349,779 | 510,632 | 1090,025 | 312,178 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,302 | 0,192 | 0,109 | 0,244 | 0,212 | 0,191 | 0,166 |
| Clase social | Casos | 10737 | 5645 | 10737 | 10711 | 10718 | 9475 | 10744 |
| | Chi2 | 10,508 | 16,020 | 151,862 | 8,134 | 170,777 | 290,853 | 3,230 |
| | Sig | 0,005 | 0,003 | 0,000 | 0,087 | 0,000 | 0,000 | 0,199 |
| | V Cr | 0,031 | 0,038 | 0,119 | 0,019 | 0,126 | 0,124 | 0,017 |
| Estudios | Casos | 11328 | 5838 | 11329 | 11298 | 11307 | 9929 | 11336 |
| | Chi2 | 295,567 | 113,102 | 308,681 | 169,970 | 655,498 | 728,891 | 0,961 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,811 |
| | V Cr | 0,162 | 0,098 | 0,165 | 0,087 | 0,241 | 0,156 | 0,009 |
| Activ económica | Casos | 11350 | 5848 | 11351 | 11320 | 11328 | 9948 | 11358 |
| | Chi2 | 369,678 | 188,309 | 63,100 | 715,188 | 320,942 | 592,845 | 0,496 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,481 |
| | V Cr | 0,180 | 0,179 | 0,075 | 0,186 | 0,168 | 0,244 | 0,007 |

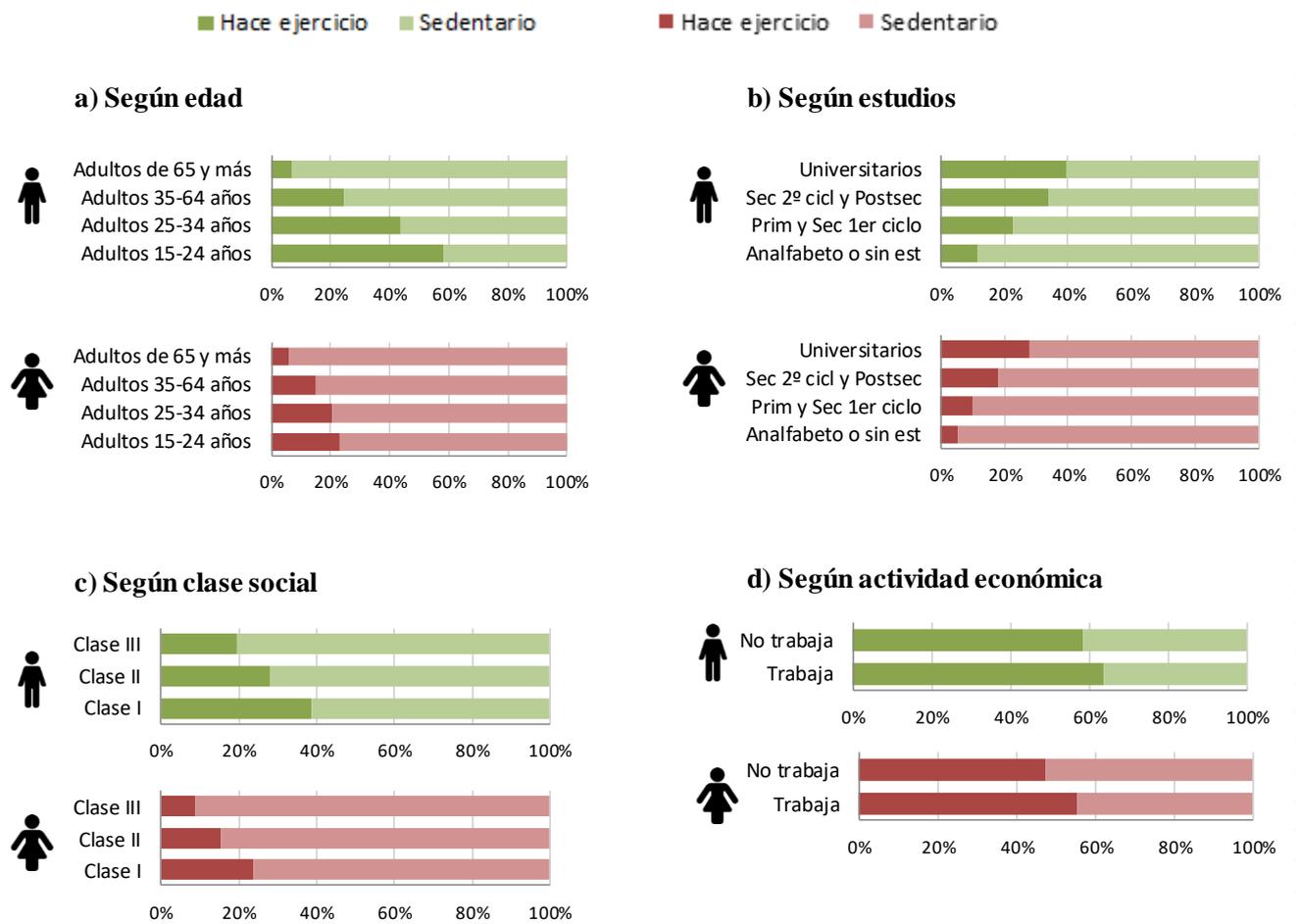
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 2. Frecuencia del consumo de alcohol según variables sociodemográficas por sexo.



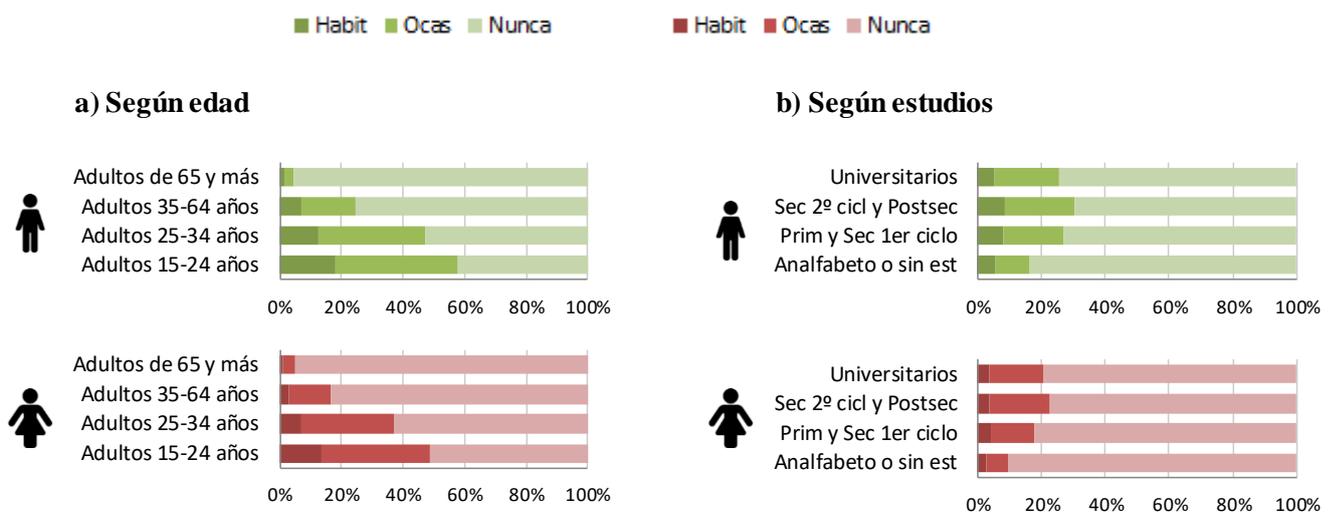
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 3. Frecuencia de actividad física según varias variables sociodemográficas, por sexo.



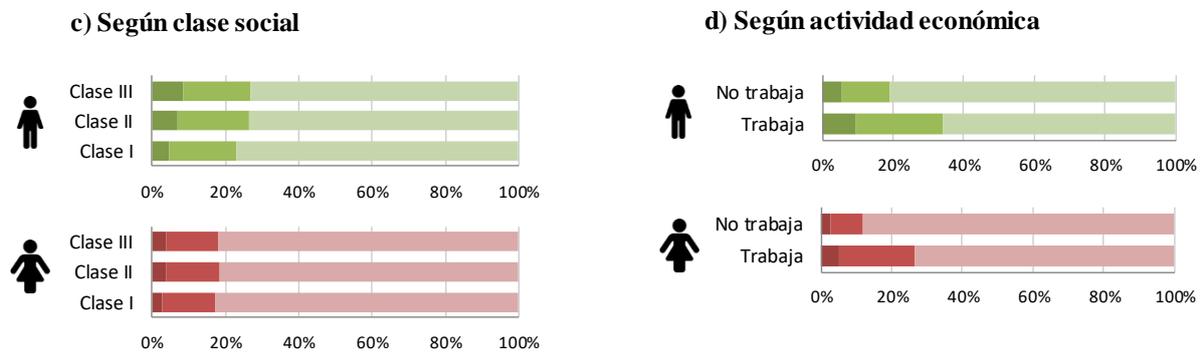
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 4. Consumo de comida rápida según varias variables sociodemográficas, por sexo.



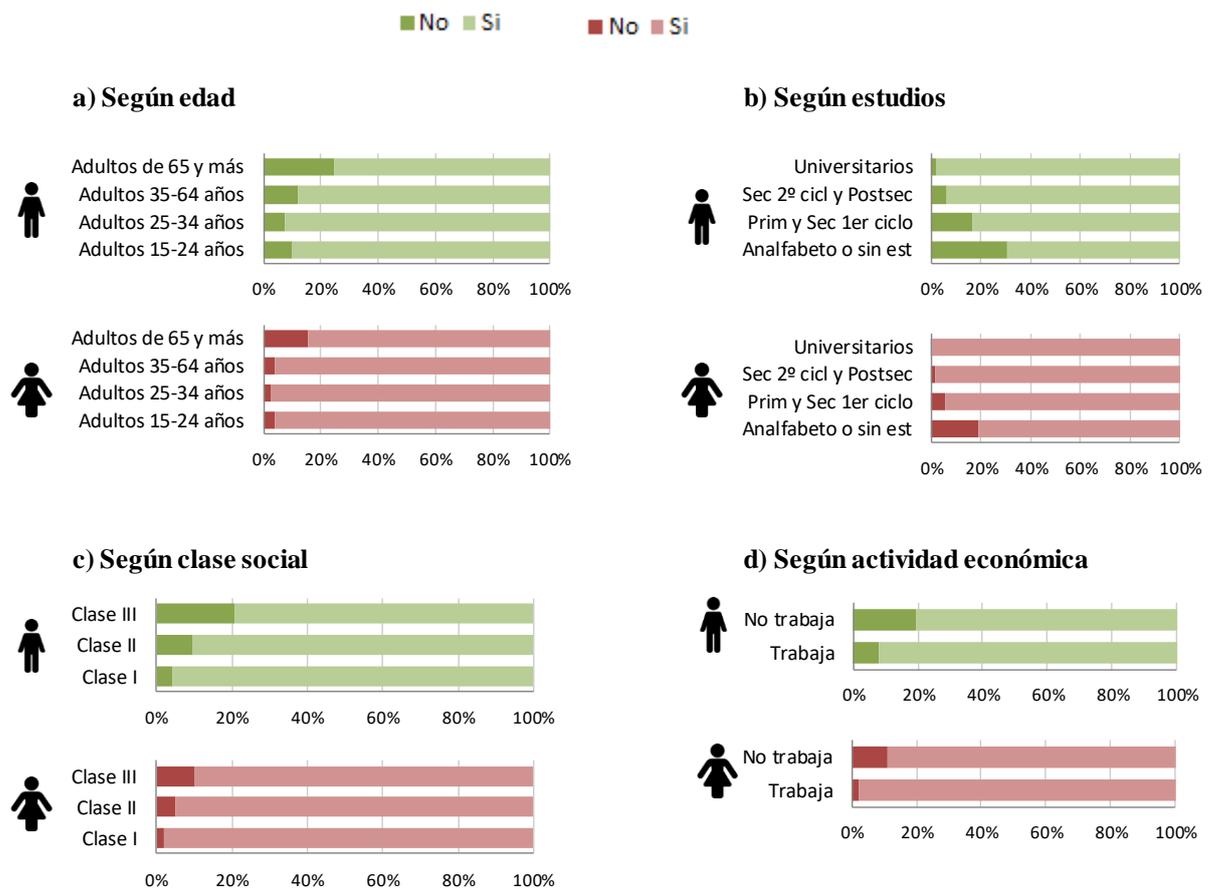
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 4. (Continuación) Consumo de comida rápida según varias variables sociodemográficas, por sexo.



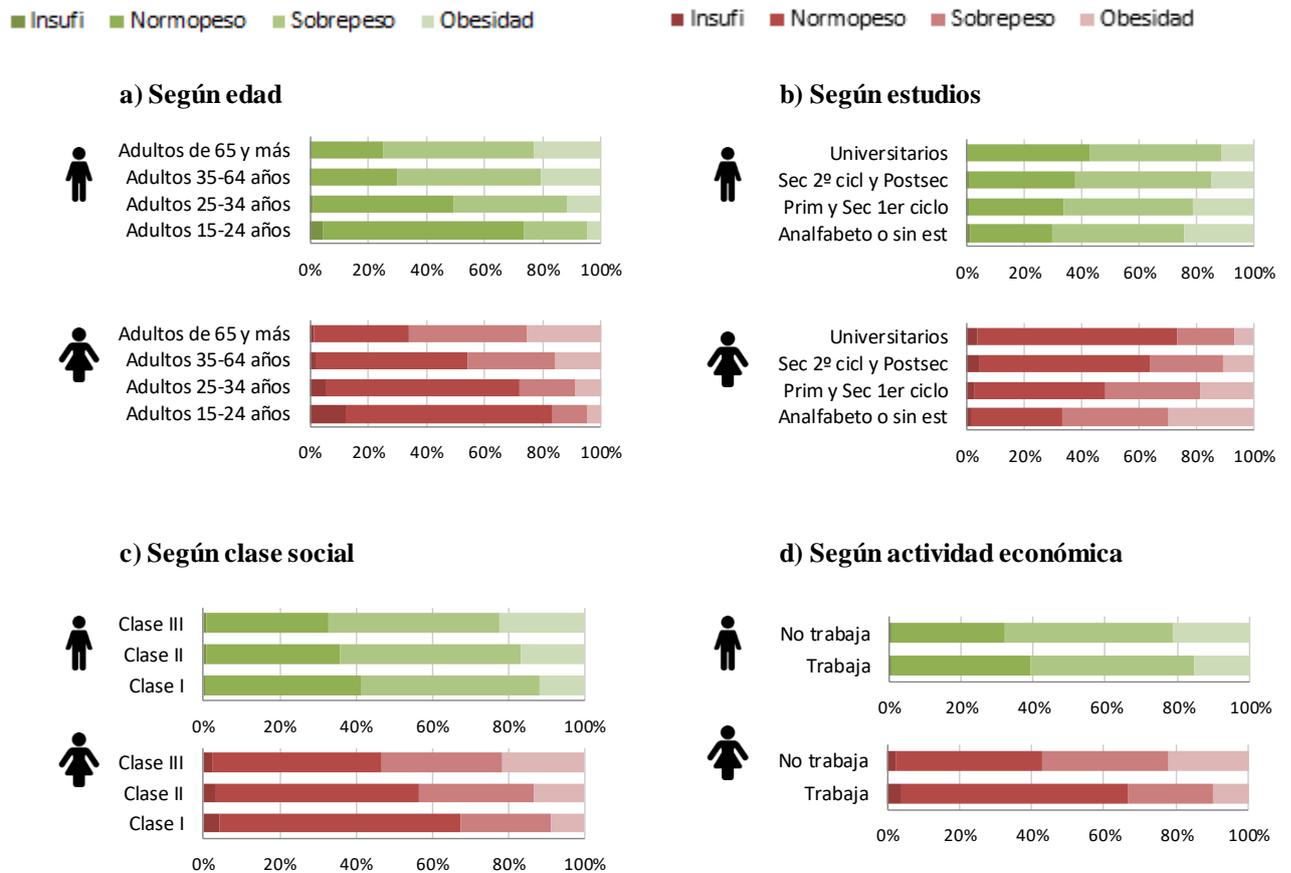
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 5. Cepillado de los dientes diario según varias variables sociodemográficas, por sexo.



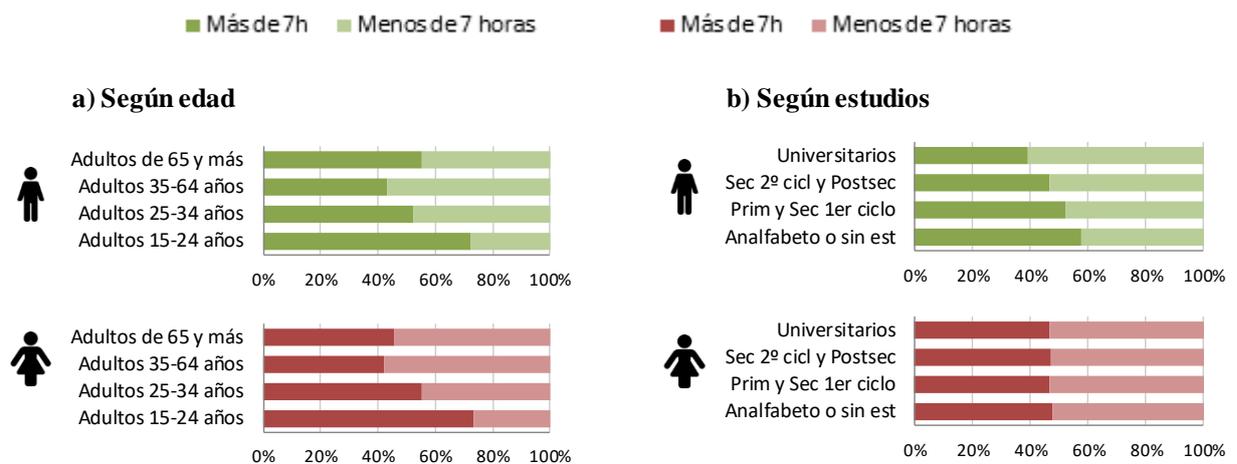
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 6. Índice de masa corporal según varias variables sociodemográficas, por sexo.



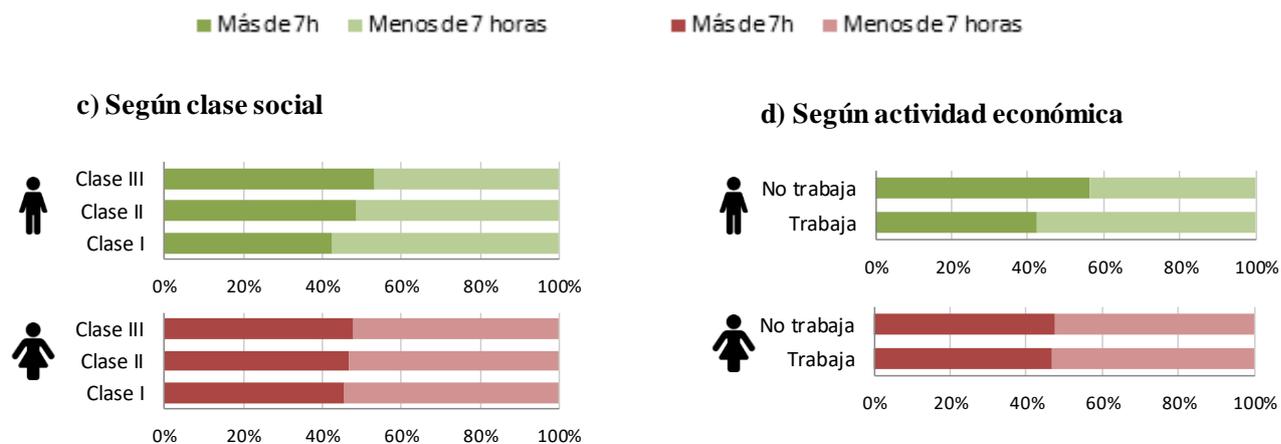
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 7. Número de horas de sueño según varias variables sociodemográficas, por sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 7. (Continuación) Número de horas de sueño según varias variables sociodemográficas, por sexo.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 9. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: beber alcohol frecuentemente, ser sedentario, comer comida rápida habitualmente, no cepillarse los dientes a diario, ser obeso o dormir menos de siete horas. Hombres, 2011.

| | Fumar | | Beber alcohol habitualmente | | Sedentarismo | | Comida rápida | |
|--|--------------|--------|------------------------------------|--------|---------------------|--------|----------------------|--------|
| Casos | 4419 | | 3751 | | 4418 | | 4413 | |
| R2 Cox y Snell | 0,034 | | 0,062 | | 0,054 | | 0,087 | |
| R2 Nagelkerke | 0,047 | | 0,086 | | 0,073 | | 0,117 | |
| | OR | B | OR | B | OR | B | OR | B |
| Edad (15-24) | | | | | | | | |
| Adultos 25-34 | 0,795 | -0,229 | 1,952* | 0,669 | 1,014 | 0,014 | 0,649 | -0,432 |
| Adultos 35-64 | 0,638* | -0,449 | 4,743* | 1,557 | 1,260 | 0,231 | 0,229* | -1,478 |
| Adultos de 65 y más | 0,202* | -1,601 | 11,350* | 2,429 | 1,207 | 0,189 | 0,046* | -3,073 |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | | | |
| Clase II Media | 1,305* | 0,266 | 0,973 | -0,027 | 1,312* | 0,272 | 1,080 | 0,077 |
| Clase III Trabajadora | 1,516* | 0,416 | 1,068 | 0,066 | 1,796* | 0,585 | 1,193 | 0,177 |
| Tipo de Hogar (unipersonal) | | | | | | | | |
| Pareja sin hijos | 0,788 | -0,238 | 1,660* | 0,507 | 0,832 | -0,184 | 0,893 | -0,114 |
| Pareja con hijos | 0,894 | -0,112 | 1,114 | 0,108 | 0,861 | -0,150 | 1,393* | 0,331 |
| Monoparentales | 0,808 | -0,213 | 1,232 | 0,209 | 0,784 | -0,244 | 1,274 | 0,242 |
| Otros | 0,539* | -0,618 | 1,332 | 0,287 | 0,798 | -0,226 | 1,187 | 0,171 |
| Estudios (Universitarios) | | | | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | 1,376 | 0,319 | 1,664* | 0,509 | 2,309* | 0,837 | 0,837 | -0,178 |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | 1,545* | 0,435 | 1,481* | 0,393 | 1,780* | 0,576 | 1,055 | 0,054 |
| Secundaria 2ºciclo y Postser | 1,222 | 0,201 | 1,169 | 0,156 | 1,203 | 0,185 | 1,257* | 0,228 |
| Nacionalidad (española) | | | | | | | | |
| Extranjera | 1,008 | 0,008 | 0,952 | -0,049 | 1,966* | 0,676 | 1,153 | 0,143 |
| Estado civil (soltero) | | | | | | | | |
| Casado | 0,816* | -0,204 | 1,283* | 0,249 | 1,411* | 0,344 | 0,606* | -0,501 |
| Viudo | 1,385 | 0,325 | 2,762* | 1,016 | 1,687 | 0,523 | 0,393* | -0,933 |
| Separado o divorciado | 1,377* | 0,320 | 1,694* | 0,527 | 1,139 | 0,130 | 0,666* | -0,407 |
| Actividad económica (Sí) | | | | | | | | |
| No | 1,049 | 0,048 | 0,768* | -0,264 | 1,062 | 0,061 | 0,712* | -0,340 |
| IPEV (índice bajo) | | | | | | | | |
| Índice alto | 1,098 | 0,093 | 1,193* | 0,177 | 1,023 | 0,023 | 0,956 | -0,045 |
| IAE (índice alto) | | | | | | | | |
| Índice bajo | 0,935 | -0,067 | 1,097 | 0,093 | 1,139* | 0,130 | 0,764* | -0,270 |
| Estrés en trabajo (Bajo) | | | | | | | | |
| Alto | 1,152* | 0,141 | 0,970 | -0,030 | 1,152* | 0,142 | 1,343* | 0,295 |
| Vive con pers con limitación (No) | | | | | | | | |
| Sí | 0,862 | -0,149 | 1,372 | 0,316 | 1,121 | 0,115 | 1,279 | 0,246 |

* P< 0,05

Tabla 9. (Continuación) Análisis de regresión logística. Variable dependiente: beber alcohol frecuentemente, ser sedentario, comer comida rápida habitualmente, no cepillarse los dientes a diario, ser obeso o dormir menos de siete horas. Hombres, 2011.

| | No cepillar dientes a diario | | Obesidad | | Dormir menos de 7h | |
|--|---------------------------------|--------|----------|--------|-----------------------|--------|
| Casos | 4419 | | 2261 | | 4421 | |
| R2 Cox y Snell | 0,058 | | 0,104 | | 0,028 | |
| R2 Nagelkerke | 0,135 | | 0,146 | | 0,038 | |
| | OR | B | OR | B | OR | B |
| Edad (15-24) | | | | | | |
| Adultos 25-34 | 0,494* | -0,706 | 4,190* | 1,433 | 1,591* | 0,464 |
| Adultos 35-64 | 0,583 | -0,539 | 8,537* | 2,144 | 1,970* | 0,678 |
| Adultos de 65 y más | 1,351 | 0,301 | 23,266* | 3,147 | 2,220 | 0,797 |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | |
| Clase II Media | 1,634* | 0,491 | 1,492* | 0,400 | 1,028 | 0,027 |
| Clase III Trabajadora | 2,744* | 1,009 | 2,240* | 0,806 | 0,979 | -0,022 |
| Tipo de Hogar (unipersonal) | | | | | | |
| Pareja sin hijos | 1,084 | 0,080 | 1,541* | 0,432 | 1,037 | 0,036 |
| Pareja con hijos | 1,142 | 0,133 | 1,467* | 0,383 | 1,075 | 0,073 |
| Monoparentales | 1,018 | 0,017 | 0,781 | -0,247 | 0,735 | -0,308 |
| Otros | 0,740 | -0,302 | 1,257 | 0,229 | 0,790 | -0,236 |
| Estudios (Universitarios) | | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | 14,238* | 2,656 | 2,353* | 0,856 | 0,578* | -0,548 |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | 6,435* | 1,862 | 1,744* | 0,556 | 0,673* | -0,397 |
| Secundaria 2ºciclo y Postser | 2,688* | 0,989 | 1,343 | 0,295 | 0,782* | -0,245 |
| Nacionalidad (española) | | | | | | |
| Extranjera | 0,688 | -0,375 | 0,683 | -0,381 | 0,887 | -0,120 |
| Estado civil (soltero) | | | | | | |
| Casado | 1,161 | 0,149 | 1,514* | 0,415 | 1,013 | 0,013 |
| Viudo | 1,543 | 0,434 | 2,836 | 1,043 | 1,081 | 0,078 |
| Separado o divorciado | 0,746 | -0,293 | 0,997 | -0,003 | 1,480* | 0,392 |
| Actividad económica (Sí) | | | | | | |
| No | 0,643* | -0,442 | 1,113 | 0,107 | 0,945 | -0,057 |
| IPEV (índice bajo) | | | | | | |
| Índice alto | 0,953 | -0,048 | 0,905 | -0,100 | 0,848* | -0,164 |
| IAE (índice alto) | | | | | | |
| Índice bajo | 1,326* | 0,282 | 0,844 | 0,107 | 1,107 | 0,101 |
| Estrés en trabajo (Bajo) | | | | | | |
| Alto | 0,874 | -0,134 | 1,082 | -0,100 | 1,269* | 0,238 |
| Vive con pers con limitación (No) | | | | | | |
| Sí | 1,838* | 0,609 | 1,064 | -0,169 | 1,055 | 0,054 |

* P < 0,05

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 10. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: beber alcohol frecuentemente, ser sedentaria, comer comida rápida habitualmente, no cepillarse los dientes a diario, ser obesa o dormir menos de siete horas. Mujeres, 2011.

| | Fumar | | Beber alcohol habitualmente | | Sedentarismo | | Comida rápida | |
|--|--------------|--------|------------------------------------|--------|---------------------|--------|----------------------|--------|
| Casos | 3814 | | 2565 | | 3814 | | 3808 | |
| R2 Cox y Snell | 0,023 | | 0,042 | | 0,046 | | 0,08 | |
| R2 Nagelkerke | 0,033 | | 0,072 | | 0,062 | | 0,115 | |
| | OR | B | OR | B | OR | B | OR | B |
| Edad (15-24) | | | | | | | | |
| Adultos 25-34 | 0,908 | -0,097 | 1,489 | 0,398 | 0,922 | -0,081 | 0,515* | -0,664 |
| Adultos 35-64 | 0,817 | -0,202 | 3,467* | 1,243 | 0,804 | -0,218 | 0,189* | -1,664 |
| Adultos de 65 y más | 0,350* | -1,051 | 3,396 | 1,223 | 0,771 | -0,260 | 0,076* | -2,575 |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | | | |
| Clase II Media | 1,214 | 0,194 | 0,693* | -0,366 | 1,184 | 0,169 | 1,101 | 0,096 |
| Clase III Trabajadora | 1,175 | 0,162 | 0,631* | 0,460 | 1,459* | 0,377 | 1,193 | 0,176 |
| Tipo de Hogar (unipersonal) | | | | | | | | |
| Pareja sin hijos | 1,029 | 0,029 | 1,226 | 0,204 | 0,956 | -0,045 | 1,214 | 0,194 |
| Pareja con hijos | 0,933 | -0,069 | 0,651* | -0,429 | 1,196 | 0,179 | 1,729* | 0,548 |
| Monoparentales | 1,300* | 0,263 | 0,571 | -0,560 | 1,089 | 0,085 | 1,352* | 0,302 |
| Otros | 1,085 | 0,082 | 0,985 | -0,015 | 1,613* | 0,478 | 1,446* | 0,369 |
| Estudios (Universitarios) | | | | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | 1,038 | 0,037 | 1,388 | 0,328 | 1,935* | 0,660 | 0,771 | -0,261 |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | 1,323* | 0,28 | 1,119 | 0,113 | 1,874* | 0,628 | 0,799* | -0,224 |
| Secundaria 2ºciclo y Postser | 1,116 | 0,11 | 1,061 | 0,059 | 1,564* | 0,447 | 0,923 | -0,080 |
| Nacionalidad (española) | | | | | | | | |
| Extranjera | 0,690* | -0,371 | 1,303 | 0,265 | 1,267 | 0,237 | 1,364* | 0,310 |
| Estado civil (soltero) | | | | | | | | |
| Casado | 0,737* | -0,305 | 1,122 | 0,115 | 1,163 | 0,151 | 0,680* | -0,385 |
| Viudo | 0,686 | -0,376 | 2,435* | 0,890 | 0,854 | -0,157 | 0,646* | -0,437 |
| Separado o divorciado | 1,212 | 0,192 | 1,516* | 0,416 | 0,966 | -0,034 | 0,817 | -0,202 |
| Actividad económica (Sí) | | | | | | | | |
| No | 0,958 | -0,043 | 1,324 | 0,280 | 0,876 | -0,132 | 0,695* | -0,365 |
| IPEV (índice bajo) | | | | | | | | |
| Índice alto | 0,942 | -0,059 | 1,179 | 0,165 | 1,064 | 0,062 | 0,965 | -0,036 |
| IAE (índice alto) | | | | | | | | |
| Índice bajo | 0,987 | -0,013 | 1,225 | 0,203 | 1,212* | 0,192 | 0,969 | -0,031 |
| Estrés en trabajo (Bajo) | | | | | | | | |
| Alto | 1,069 | 0,067 | 0,828 | -0,188 | 1,345* | 0,296 | 1,173* | 0,159 |
| Vive con pers con limitación (No) | | | | | | | | |
| Sí | 1,235 | 0,211 | 1,183 | 0,168 | 1,137 | 0,129 | 1,087 | 0,083 |

* P < 0,005

Tabla 10. (Continuación) Análisis de regresión logística. Variable dependiente: beber alcohol frecuentemente, ser sedentaria, comer comida rápida habitualmente, no cepillarse los dientes a diario, ser obesa o dormir menos de siete horas. Mujeres, 2011.

| | No cepillar dientes a diario | | Obesidad | | Dormir menos de 7h | |
|--|---|--------|-----------------|--------|-------------------------------|--------|
| Casos | 3813 | | 2639 | | 3816 | |
| R2 Cox y Snell | 0,021 | | 0,056 | | 0,034 | |
| R2 Nagelkerke | 0,117 | | 0,102 | | 0,046 | |
| | OR | B | OR | B | OR | B |
| Edad (15-24) | | | | | | |
| Adultos 25-34 | 0,425 | -0,855 | 1,194 | 0,177 | 1,724* | 0,544 |
| Adultos 35-64 | 0,413 | -0,884 | 2,567* | 0,943 | 2,277* | 0,823 |
| Adultos de 65 y más | 1,527 | 0,423 | 4,192* | 1,433 | 1,985 | 0,686 |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | |
| Clase II Media | 3,172* | 1,154 | 1,149 | 0,139 | 1,018 | 0,018 |
| Clase III Trabajadora | 3,228* | 1,172 | 2,033* | 0,709 | 0,849 | -0,164 |
| Tipo de Hogar (unipersonal) | | | | | | |
| Pareja sin hijos | 0,724 | -0,324 | 0,854 | -0,158 | 0,749* | -0,290 |
| Pareja con hijos | 1,487 | 0,397 | 0,588* | -0,532 | 0,684* | -0,381 |
| Monoparentales | 0,909 | -0,096 | 0,630* | -0,462 | 0,837 | -0,178 |
| Otros | 0,594 | -0,521 | 0,652 | -0,428 | 0,844 | -0,170 |
| Estudios (Universitarios) | | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | 5,438* | 1,693 | 2,426* | 0,886 | 0,900 | -0,105 |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | 4,353* | 1,471 | 2,216* | 0,796 | 1,271* | 0,240 |
| Secundaria 2ºciclo y Postser | 1,077 | 0,074 | 1,889* | 0,636 | 1,164 | 0,152 |
| Nacionalidad (española) | | | | | | |
| Extranjera | 1,502 | 0,406 | 1,513* | 0,414 | 0,889 | -0,118 |
| Estado civil (soltero) | | | | | | |
| Casado | 1,474 | 0,388 | 1,086 | 0,082 | 1,370* | 0,315 |
| Viudo | 0,873 | -0,136 | 1,075 | 0,073 | 1,624* | 0,485 |
| Separado o divorciado | 1,318 | 0,276 | 0,735 | -0,308 | 1,371* | 0,316 |
| Actividad económica (Sí) | | | | | | |
| No | 1,256 | 0,228 | 1,181 | 0,166 | 0,965 | -0,036 |
| IPEV (índice bajo) | | | | | | |
| Índice alto | 2,086* | 0,735 | 0,945 | -0,057 | 0,825* | -0,192 |
| IAE (índice alto) | | | | | | |
| Índice bajo | 1,229 | 0,206 | 1,323* | 0,280 | 1,188* | 0,172 |
| Estrés en trabajo (Bajo) | | | | | | |
| Alto | 1,027 | 0,027 | 0,978 | -0,022 | 1,309* | 0,270 |
| Vive con pers con limitación (No) | | | | | | |
| Sí | 1,510 | 0,412 | 2,067* | 0,727 | 1,167 | 0,154 |

* P < 0,05

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

3. *Bloque III: uso de servicios sanitarios*

Tabla 11. Asociaciones bivariantes entre las VD del Bloque III y las VI. Población total, 2011.

| POBLACIÓN TOTAL | | | | |
|----------------------------|-------|---------------------|-----------|--|
| VI ↓ | VD → | Hospitalizació n | Urgencias | |
| Edad | Casos | 21007 | 21007 | |
| | Chi2 | 185,357 | 87,340 | |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | |
| | V Cr | 0,094 | 0,064 | |
| Clase social | Casos | 20246 | 20246 | |
| | Chi2 | 12,959 | 44,776 | |
| | Sig | 0,002 | 0,000 | |
| | V Cr | 0,025 | 0,047 | |
| Estudios | Casos | 20959 | 20959 | |
| | Chi2 | 52,773 | 30,756 | |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | |
| | V Cr | 0,050 | 0,038 | |
| Activ económica | Casos | 21007 | 21007 | |
| | Chi2 | 79,287 | 9,050 | |
| | Sig | 0,000 | 0,003 | |
| | V Cr | 0,061 | 0,021 | |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 12. Asociaciones bivariantes entre las VD del Bloque III y las VI. Hombres, 2011.

| HOMBRES | | | | |
|----------------------------|-------|---------------------|--------------|-----------|
| VI ↓ | VD → | Hospitalizació n | Medicamentos | Urgencias |
| Edad | Casos | 9649 | 9649 | 9649 |
| | Chi2 | 184,787 | 836,990 | 20,749 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,138 | 0,295 | 0,046 |
| Clase social | Casos | 9502 | 9502 | 9502 |
| | Chi2 | 6,580 | 5,006 | 26,267 |
| | Sig | 0,037 | 0,082 | 0,000 |
| | V Cr | 0,026 | 0,023 | 0,053 |
| Estudios | Casos | 9623 | 9623 | 9623 |
| | Chi2 | 57,661 | 116,662 | 17,500 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,001 |
| | V Cr | 0,077 | 0,110 | 0,043 |
| Activ económica | Casos | 9649 | 9649 | 9649 |
| | Chi2 | 94,703 | 267,772 | 3,401 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,065 |
| | V Cr | 0,099 | 0,167 | 0,019 |

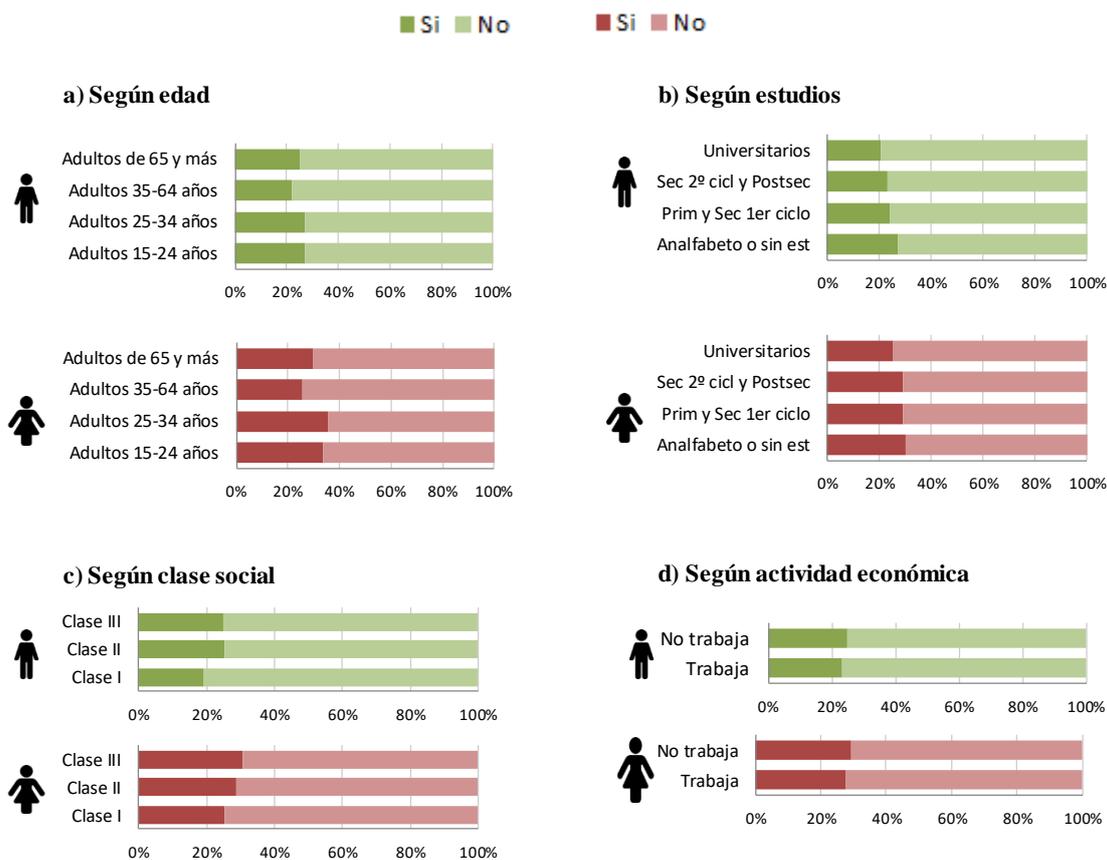
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 13. Asociaciones bivariantes entre las VD del Bloque III y las VI. Mujeres, 2011.

| MUJERES | | | | | | | |
|------------------------|-------|------------------------------|--------------|-----------|-------------|------------|-----------|
| VI ↓ | VD → | Hospitalizaci ^o n | Medicamentos | Urgencias | Ginecología | Mamografía | Citología |
| Edad | Casos | 11358 | 11358 | 11358 | 11358 | 11291 | 11092 |
| | Chi2 | 55,641 | 810,390 | 70,072 | 1412,032 | 2592,042 | 1655,055 |
| | Sig | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,070 | 0,267 | 0,079 | 0,353 | 0,479 | 0,386 |
| Clase social | Casos | 10744 | 10744 | 10744 | 10744 | 10687 | 10511 |
| | Chi2 | 6,549 | 23,999 | 20,826 | 136,412 | 50,620 | 276,533 |
| | Sig | 0,038 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,025 | 0,047 | 0,044 | 0,113 | 0,069 | 0,162 |
| Estudios | Casos | 11336 | 11336 | 11336 | 11336 | 11270 | 11071 |
| | Chi2 | 12,598 | 183,090 | 12,249 | 516,299 | 24,425 | 955,054 |
| | Sig | 0,006 | 0,000 | 0,007 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,033 | 0,127 | 0,033 | 0,213 | 0,047 | 0,294 |
| Activ económica | Casos | 11358 | 11358 | 11358 | 11358 | 11291 | 11092 |
| | Chi2 | 9,054 | 390,124 | 2,796 | 211,368 | 285,263 | 484,771 |
| | Sig | 0,003 | 0,000 | 0,095 | 0,000 | 0,000 | 0,000 |
| | V Cr | 0,028 | 0,185 | 0,016 | 0,136 | 0,159 | 0,209 |

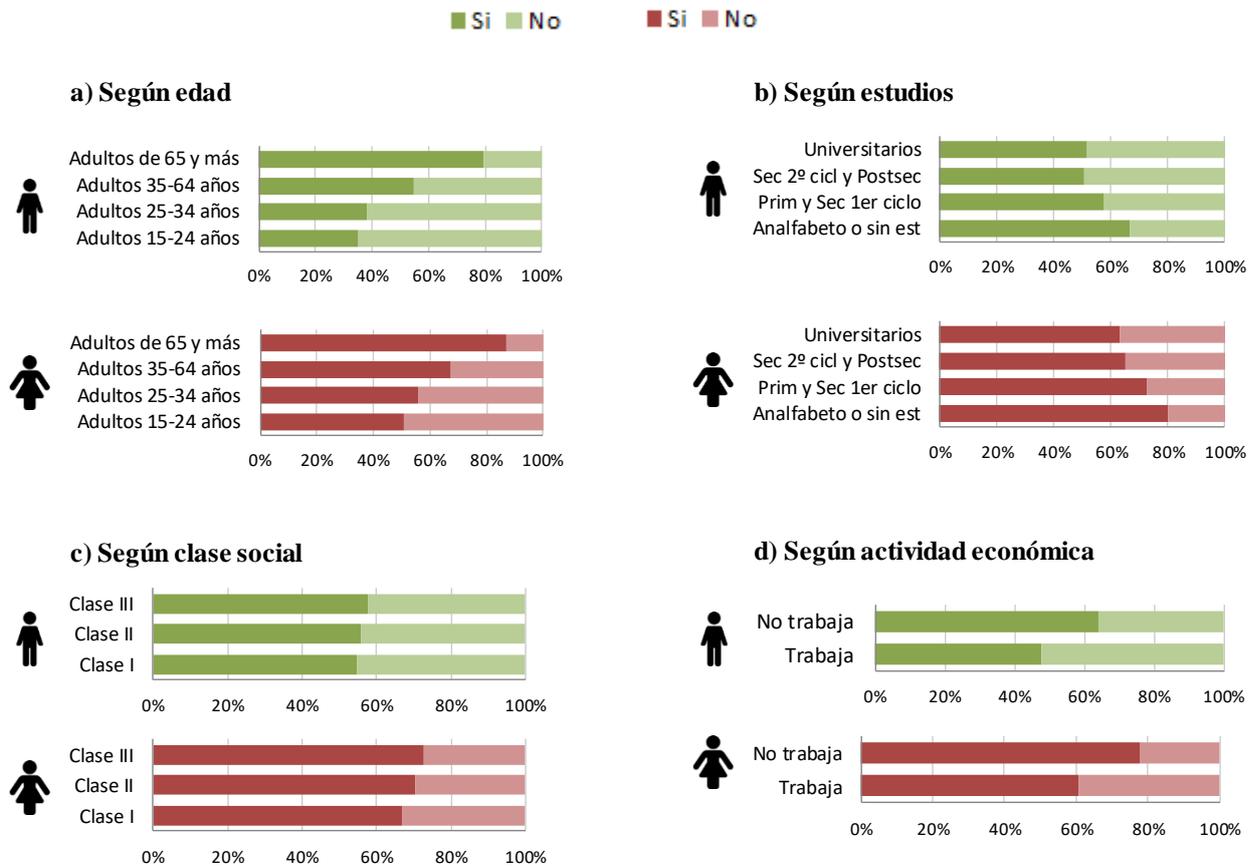
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 8. Asistencia a urgencias en los últimos 12 meses según edad, estudios, clase social y actividad económica, por sexo.



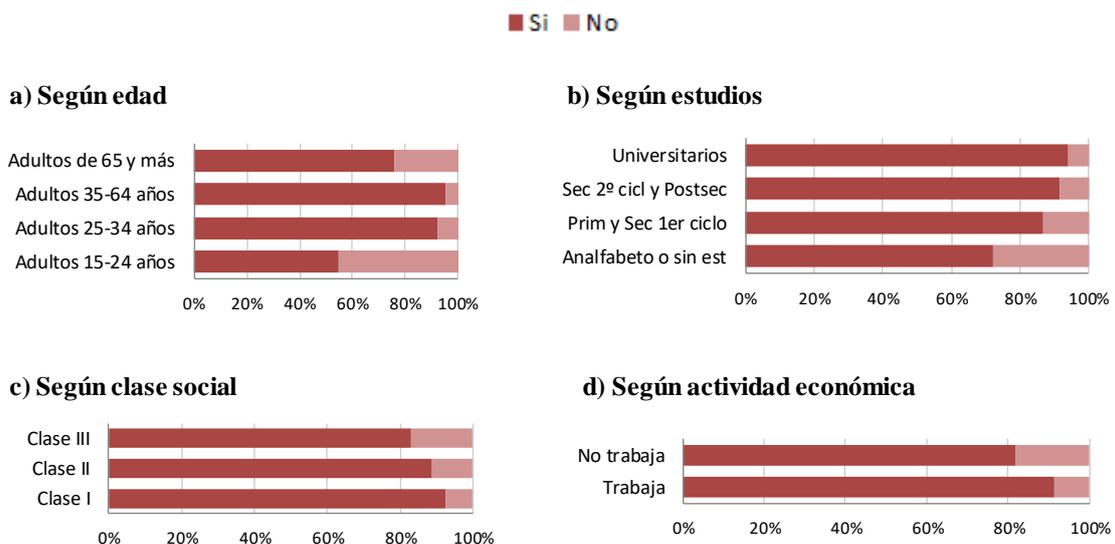
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 9. Consumo de medicamentos recetados por un médico en las últimas 2 semanas según edad, estudios, clase social y actividad económica, por sexo.



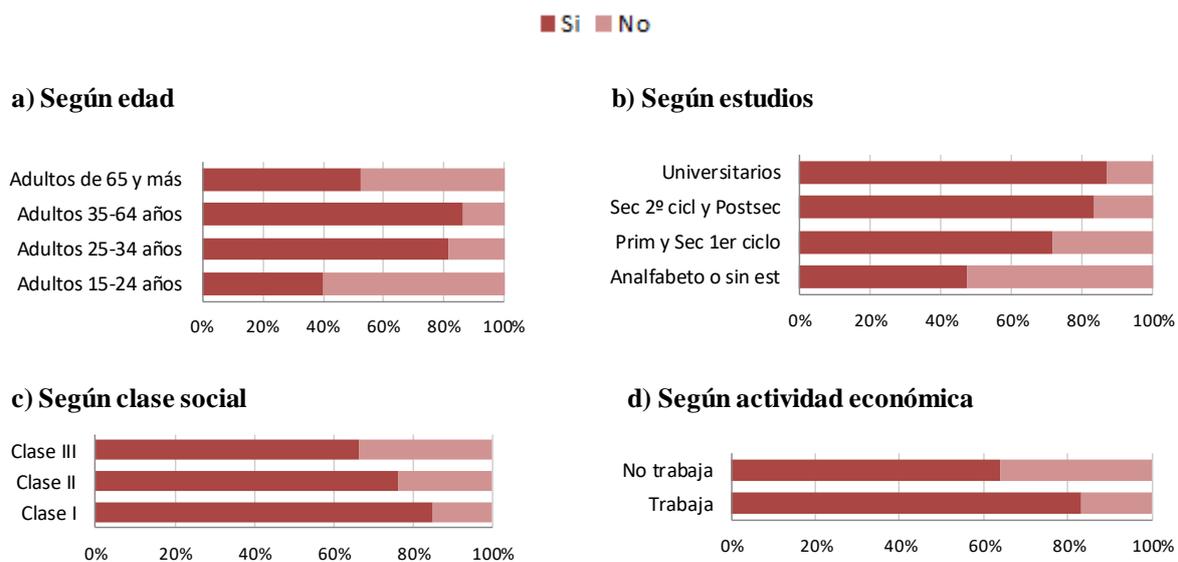
Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 10. Acudir alguna vez a ginecología según varias variables sociodemográficas. Mujeres, 2011.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Figura 11. Realizarse alguna vez una citología según varias variables sociodemográficas. Mujeres, 2011.



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 14. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: ser hospitalizado en los últimos 12 meses, no consumir los medicamentos recetados por el médico en las últimas dos semanas o acudir a urgencias en los últimos 12 meses. Hombres, 2011.

| | Hospitalización | Medicamentos no | | Urgencias | |
|--|------------------------|------------------------|--------|------------------|--------|
| Casos | 4421 | 4421 | | 4421 | |
| R2 Cox | 0,004 | 0,028 | | 0,015 | |
| R2 N | 0,01 | 0,037 | | 0,023 | |
| | NO SIGNIF. P=0,176 | OR | B | OR | B |
| Edad (15-24) | | | | | |
| Adultos 25-34 | | 1,026 | 0,026 | 0,914 | -0,090 |
| Adultos 35-64 | | 0,635* | -0,455 | 0,671 | -0,399 |
| Adultos de 65 y más | | 0,191* | -1,657 | 0,525 | -0,645 |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | |
| Clase II Media | | 1,095 | 0,091 | 1,458* | 0,377 |
| Clase III Trabajadora | | 1,109 | 0,104 | 1,420* | 0,351 |
| Tipo de Hogar (unipersonal) | | | | | |
| Pareja sin hijos | | 0,843 | -0,171 | 1,156 | 0,145 |
| Pareja con hijos | | 1,031 | 0,030 | 1,120 | 0,113 |
| Monoparentales | | 1,146 | 0,137 | 1,053 | 0,052 |
| Otros | | 0,960 | -0,041 | 0,775 | -0,255 |
| Estudios (Universitarios) | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | | 0,987 | -0,013 | 0,961 | -0,040 |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | | 0,985 | -0,015 | 0,896 | -0,109 |
| Secundaria 2ºciclo y Postsec | | 1,068 | 0,066 | 1,024 | 0,023 |
| Nacionalidad (española) | | | | | |
| Extranjera | | 1,542* | 0,433 | 1,316* | 0,274 |
| Estado civil (soltero) | | | | | |
| Casado | | 0,872 | -0,137 | 0,941 | -0,061 |
| Viudo | | 0,537 | -0,622 | 1,804 | 0,590 |
| Separado o divorciado | | 0,939 | -0,063 | 1,452* | 0,373 |
| Actividad económica (Sí) | | | | | |
| No | | 1,090 | 0,087 | 0,967 | -0,033 |
| IPEV (índice bajo) | | | | | |
| Índice alto | | 1,292* | 0,256 | 0,761* | -0,273 |
| IAE (índice alto) | | | | | |
| Índice bajo | | 0,991 | -0,009 | 1,053 | 0,052 |
| Estrés en trabajo (Bajo) | | | | | |
| Alto | | 1,047 | 0,046 | 1,042 | 0,041 |
| Vive con pers con limitación (No) | | | | | |
| Sí | | 0,840 | -0,174 | 1,494 | 0,401 |

* P<0,05

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 15. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: ser hospitalizado en los últimos 12 meses, no consumir los medicamentos recetados por el médico en las últimas dos semanas o acudir a urgencias en los últimos 12 meses. Mujeres, 2011.

| | Hospitalización | | Medicamentos no | | Urgencias | |
|--|------------------------|--------|------------------------|--------|------------------|--------|
| Casos | 3816 | | 3816 | | 3816 | |
| R2 Cox | 0,025 | | 0,021 | | 0,027 | |
| R2 N | 0,058 | | 0,028 | | 0,039 | |
| | OR | B | OR | B | OR | B |
| Edad (15-24) | | | | | | |
| Adultos 25-34 | 0,769 | -0,262 | 0,741 | -0,299 | 0,693* | -0,367 |
| Adultos 35-64 | 0,425* | -0,856 | 0,614* | -0,488 | 0,395* | -0,929 |
| Adultos de 65 y más | 0,561 | -0,578 | 0,624 | -0,471 | 0,198* | -1,620 |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | |
| Clase II Media | 1,113 | 0,107 | 0,947 | -0,055 | 1,265* | 0,227 |
| Clase III Trabajadora | 1,350 | 0,300 | 0,973 | -0,028 | 1,525* | 0,422 |
| Tipo de Hogar (unipersonal) | | | | | | |
| Pareja sin hijos | 0,957 | -0,044 | 0,722* | -0,326 | 1,294 | 0,258 |
| Pareja con hijos | 2,108* | 0,746 | 1,031 | 0,030 | 1,228 | 0,206 |
| Monoparentales | 0,945 | -0,056 | 1,084 | 0,080 | 1,110 | 0,104 |
| Otros | 0,834 | -0,182 | 1,265 | 0,235 | 1,425* | 0,354 |
| Estudios (Universitarios) | | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | 0,665 | -0,408 | 1,161 | 0,150 | 0,744 | -0,296 |
| Primaria y Sec de 1er cicl | 0,681* | -0,384 | 0,845 | -0,168 | 0,779* | -0,250 |
| Secundaria 2ºciclo y Post | 0,985 | -0,015 | 0,901 | -0,104 | 0,870 | -0,139 |
| Nacionalidad (española) | | | | | | |
| Extranjera | 1,119 | 0,112 | 1,197 | 0,180 | 0,937 | -0,065 |
| Estado civil (soltero) | | | | | | |
| Casado | 2,000* | 0,693 | 0,945 | -0,056 | 1,013 | 0,013 |
| Viudo | 1,957 | 0,671 | 0,703 | -0,352 | 1,016 | 0,016 |
| Separado o divorciado | 2,407* | 0,878 | 0,715* | -0,335 | 1,122 | 0,115 |
| Actividad económica (Sí) | | | | | | |
| No | 0,872 | -0,137 | 0,943 | -0,059 | 0,872 | -0,137 |
| IPEV (índice bajo) | | | | | | |
| Índice alto | 1,149 | 0,139 | 1,336* | 0,289 | 0,770* | -0,261 |
| IAE (índice alto) | | | | | | |
| Índice bajo | 0,917 | -0,087 | 0,999 | -0,001 | 1,062 | 0,060 |
| Estrés en trabajo (Bajo) | | | | | | |
| Alto | 1,020 | 0,020 | 1,016 | 0,016 | 1,195* | 0,178 |
| Vive con pers con limitación (No) | | | | | | |
| Sí | 1,196 | 0,179 | 0,640* | -0,447 | 1,155 | 0,144 |

* P< 0,05

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 16. Análisis de regresión logística. Variable dependiente: acudir al ginecólogo, hacerse una mamografía o realizarse una citología alguna vez. Mujeres, 2011.

| | Ginecología no | | Mamografía no | | Citología no | |
|--|----------------|--------|---------------|--------|--------------|--------|
| Casos | 3816 | | 3809 | | 3797 | |
| R2 Cox y Snell | 0,049 | | 0,252 | | 0,056 | |
| R2 Nagelkerke | 0,158 | | 0,336 | | 0,106 | |
| | OR | B | OR | B | OR | B |
| Edad (15-24) | | | | | | |
| Adultos 25-34 | 0,580* | -0,545 | 1,052 | 0,051 | 0,553* | -0,592 |
| Adultos 35-64 | 0,331* | -1,106 | 0,112* | -2,192 | 0,435* | -0,831 |
| Adultos de 65 y más | 0,711 | -0,341 | 0,031* | -3,479 | 0,506 | -0,682 |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | |
| Clase II Media | 0,705 | -0,350 | 1,430* | 0,358 | 1,455* | 0,375 |
| Clase III Trabajadora | 0,889 | -0,118 | 1,627* | 0,487 | 1,600* | 0,470 |
| Tipo de Hogar (unipersonal) | | | | | | |
| Pareja sin hijos | 0,515* | -0,664 | 1,179 | 0,165 | 0,704 | -0,350 |
| Pareja con hijos | 0,975 | -0,026 | 2,130* | 0,756 | 0,707* | -0,347 |
| Monoparentales | 0,730 | -0,315 | 1,741* | 0,554 | 0,801 | -0,222 |
| Otros | 0,949 | -0,053 | 2,528* | 0,927 | 1,091 | 0,087 |
| Estudios (Universitarios) | | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | 2,998* | 1,098 | 1,196 | 0,179 | 2,288* | 0,828 |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | 2,267* | 0,818 | 1,066 | 0,064 | 1,954* | 0,670 |
| Secundaria 2ºciclo y Postse | 1,567 | 0,449 | 1,128 | 0,121 | 1,143 | 0,134 |
| Nacionalidad (española) | | | | | | |
| Extranjera | 1,859* | 0,620 | 1,669* | 0,512 | 1,743* | 0,555 |
| Estado civil (soltero) | | | | | | |
| Casado | 0,218* | -1,521 | 0,467* | -0,762 | 0,537* | -0,622 |
| Viudo | 0,700 | -0,356 | 0,222* | -1,507 | 0,858 | -0,153 |
| Separado o divorciado | 0,402* | -0,911 | 0,416* | -0,876 | 0,712 | -0,340 |
| Actividad económica (Sí) | | | | | | |
| No | 1,667* | 0,511 | 0,755* | -0,281 | 1,288 | 0,253 |
| IPEV (índice bajo) | | | | | | |
| Índice alto | 1,052 | 0,050 | 0,962 | -0,039 | 1,218 | 0,197 |
| IAE (índice alto) | | | | | | |
| Índice bajo | 1,223 | 0,201 | 0,868 | -0,141 | 0,955 | -0,046 |
| Estrés en trabajo (Bajo) | | | | | | |
| Alto | 0,891 | -0,116 | 1,050 | 0,049 | 0,930 | -0,073 |
| Vive con pers con limitación (No) | | | | | | |
| Sí | 1,078 | 0,075 | 0,877 | -0,131 | 0,938 | -0,064 |

* P < 0,05

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

4. Regresión logística jerárquica: autopercepción de la salud mala

4.1. Hombres, 2011

Tabla 17. Asociaciones bivariantes entre la autopercepción de la salud mala y las variables sociodemográficas, de entorno, enfermedades, estilos de vida y uso de servicios sanitarios. Hombres, 2011.

| VD → | SALUD AUTOPERCIBIDA MALA, HOMBRES | | | | |
|---|--|-------|----------|--------|----------|
| | VI ↓ | Casos | Valor | Signif | V Cramer |
| Sociodemo gráficas y de entorno | Edad | 9649 | 928,620 | 0,000 | 0,310 |
| | Clase social | 9502 | 155,546 | 0,000 | 0,128 |
| | Estudios | 9623 | 523,081 | 0,000 | 0,233 |
| | Activ Económica | 9649 | 597,800 | 0,000 | 0,249 |
| | IPEV | 9537 | 11,751 | 0,001 | 0,035 |
| | IAE | 9169 | 69,439 | 0,000 | 0,087 |
| Salud y enf | Enfermedad crónica | 9644 | 1586,581 | 0,000 | 0,406 |
| | Salud mental | 9649 | 659,135 | 0,000 | 0,261 |
| Estilo de vida | Fumar | 9634 | 11,255 | 0,001 | 0,034 |
| | Beber alcohol | 7460 | 105,840 | 0,000 | 0,119 |
| | Activ física | 9640 | 392,114 | 0,000 | 0,202 |
| | Comida rápida | 9624 | 233,825 | 0,000 | 0,156 |
| | Cepillar dientes | 9626 | 236,559 | 0,000 | 0,157 |
| | IMC | 9121 | 142,997 | 0,000 | 0,125 |
| | Dormir | 9649 | 0,843 | 0,358 | 0,009 |
| Utilización servicios sanitarios | Hospitalización | 9649 | 582,457 | 0,000 | 0,246 |
| | Consumo medic | 9649 | 861,802 | 0,000 | 0,299 |
| | Urgencias | 9649 | 422,625 | 0,000 | 0,209 |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 18. Análisis de regresión logística jerárquica. Variable dependiente: tener una autopercepción de la salud mala. Hombres, 2011.

| REGRESIÓN LOGÍSTICA JERÁRQUICA. TENER UNA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DEFICIENTE. HOMBRES, 2011 | | | | | | | | | |
|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | |
| SOCIODEMOGRÁFICAS | Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | | | |
| | Clase II Media | 1,731*** | 1,744*** | 1,370* | 1,388* | 1,385** | 1,383* | 1,384* | 0,134* |
| | Clase III Trabajadora | 2,159*** | 2,186*** | 1,481** | 1,507** | 1,494** | 1,488** | 1,488** | 1,398* |
| | Edad (15-24) | | | | | | | | |
| | Adultos 25-34 | | 2,448** | 2,551** | 2,619*** | 2,562** | 2,543** | 2,508** | 2,366** |
| | Adultos 35-64 | | 7,280*** | 7,537*** | 7,806*** | 7,453*** | 7,442*** | 7,164*** | 6,106*** |
| | Adultos de 65 y más | | 18,434** | 15,977** | 17,168** | 16,616** | 16,897** | 15,668** | 12,374** |
| | Estudios (Universitarios) | | | | | | | | |
| | Analfabeto/Sin estudios | | | 2,408*** | 2,511*** | 2,480*** | 2,467*** | 2,438*** | 2,283*** |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | | | 1,724*** | 1,732*** | 1,727*** | 1,715*** | 1,698** | 1,638** | |
| Secundaria 2ºciclo y Postsec | | | 1,030 | 1,024 | 1,013 | 1,010 | 1,002 | 0,988 | |
| ENTORNO | IPEV (índice alto) | | | | | | | | |
| | Índice bajo | | | | 0,657*** | 0,664*** | 0,663*** | 0,659*** | 0,658*** |
| | IAE (índice alto) | | | | | | | | |
| Índice bajo | | | | | 1,277** | 1,276** | 1,276** | 1,243** | |
| ESTILOS VIDA | Fuma (No) | | | | | | | | |
| | Sí | | | | | 1,076 | 1,069 | 1,021 | |
| | Alcohol (Casi nunca) | | | | | | | | |
| | Habitualmente | | | | | | 1,098 | 1,063 | |
| | Ocasionalmente | | | | | | 0,944 | 0,942 | |
| | Actividad física (Hace ejercicio) | | | | | | | | |
| | Sedentario | | | | | | | 1,754*** | |
| | Comida rápida (Casi nunca) | | | | | | | | |
| | Habitualmente | | | | | | | | |
| | Ocasionalmente | | | | | | | | |
| | Cepillar dientes a diario (Sí) | | | | | | | | |
| | No | | | | | | | | |
| IMC (Normopeso) | | | | | | | | | |
| Obesidad | | | | | | | | | |
| Dormir (7 o más horas) | | | | | | | | | |
| Menos de 7 horas | | | | | | | | | |
| SERV SANIT | Hospitalización (No) | | | | | | | | |
| | Sí | | | | | | | | |
| | Consumo medicamentos (No) | | | | | | | | |
| | Sí | | | | | | | | |
| Urgencias (No) | | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | | | | |
| SALUD | Salud mental (Buena) | | | | | | | | |
| | Mala | | | | | | | | |
| | Enfermedad crónica (No) | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | | | | |
| R2 de Cox y Snell | 0,012 | 0,092 | 0,102 | 0,108 | 0,110 | 0,110 | 0,111 | 0,117 | |
| R2 de Nagelkerke | 0,018 | 0,142 | 0,158 | 0,167 | 0,170 | 0,170 | 0,171 | 0,180 | |

(Continuación) REGRESIÓN LOGÍSTICA JERÁRQUICA. TENER UNA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DEFICIENTE. HOMBRES, 2011

| | M10 | M11 | M12 | M13 | M14 | M15 | M16 | M17 | |
|-------------------------------|--|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| SOCIODEMOGRÁFICAS | Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | | | |
| | Clase II Media | 1,349* | 1,321 | 1,326 | 1,316 | 1,363* | 1,286 | 1,377* | 1,453* |
| | Clase III Trabajadora | 1,402* | 1,336 | 1,343 | 1,358 | 1,423* | 1,346 | 1,408* | 1,539** |
| | Edad (15-24) | | | | | | | | |
| | Adultos 25-34 | 2,337** | 2,194** | 2,118** | 2,077** | 2,071** | 2,192** | 2,101** | 1,896* |
| | Adultos 35-64 | 5,734*** | 5,072*** | 4,826*** | 4,677*** | 4,140*** | 4,583*** | 4,74*** | 3,613*** |
| | Adultos de 65 y más | 11,077*** | 9,904*** | 9,605*** | 9,079*** | 7,032*** | 8,299*** | 8,96*** | 5,599*** |
| | Estudios (Universitarios) | | | | | | | | |
| | Analfabeto/Sin estudios | 2,179*** | 2,065*** | 2,122*** | 2,051*** | 2,092*** | 2,095*** | 2,030*** | 1,762** |
| | Primaria y Sec de 1er ciclo | 1,605** | 1,519** | 1,547** | 1,518** | 1,437* | 1,502* | 1,375 | 1,260 |
| Secundaria 2ºciclo y Postsec | 0,984 | 0,956 | 0,965 | 0,984 | 0,959 | 0,982 | 0,919 | 0,814 | |
| ENTORNO | IPEV (índice alto) | | | | | | | | |
| | Índice bajo | 0,654*** | 0,662*** | 0,667*** | 0,658*** | 0,677*** | 0,679*** | 0,694*** | 0,697*** |
| | IAE (índice alto) | | | | | | | | |
| Índice bajo | 1,221* | 1,236* | 1,232* | 1,253** | 1,335** | 1,336** | 1,198 | 1,299** | |
| ESTILOS VIDA | Fuma (No) | | | | | | | | |
| | Sí | 1,018 | 1,095 | 1,095 | 1,111 | 1,203 | 1,189 | 1,117 | 1,146 |
| | Alcohol (Casi nunca) | | | | | | | | |
| | Habitualmente | 1,058 | 1,060 | 1,063 | 1,052 | 1,049 | 1,086 | 1,091 | 1,092 |
| | Ocasionalmente | 0,943 | 0,951 | 0,948 | 0,940 | 0,975 | 1,014 | 1,068 | 1,120 |
| | Actividad física (Hace ejercicio) | | | | | | | | |
| | Sedentario | 1,733*** | 1,601*** | 1,606*** | 1,576*** | 1,616*** | 1,648*** | 1,611*** | 1,560*** |
| | Comida rápida (Casi nunca) | | | | | | | | |
| | Habitualmente | 0,710 | 0,714 | 0,707 | 0,691* | 0,752 | 0,744 | 0,745 | 0,788 |
| | Ocasionalmente | 0,880 | 0,888 | 0,887 | 0,859 | 0,880 | 0,836 | 0,813 | 0,836 |
| | Cepillar dientes a diario (Sí) | | | | | | | | |
| | No | 1,320 | 1,208 | 1,213 | 1,251 | 1,336* | 1,352* | 1,356* | 1,254 |
| | IMC (Normopeso) | | | | | | | | |
| | Obesidad | | 1,464*** | 1,463*** | 1,436*** | 1,277** | 1,271** | 1,298** | 1,254* |
| Dormir (7 o más horas) | | | | | | | | | |
| Menos de 7 horas | | | 1,211* | 1,300* | 1,193 | 1,173 | 1,135 | 1,114 | |
| SERV SANIT | Hospitalización (No) | | | | | | | | |
| | Sí | | | | 4,329*** | 3,827*** | 2,708*** | 2,646*** | 2,535*** |
| | Consumo medicamentos (No) | | | | | | | | |
| Sí | | | | | 3,801*** | 3,592*** | 3,305*** | 2,434*** | |
| Urgencias (No) | | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | 2,141*** | 2,024*** | 1,958*** | |
| SALUD | Salud mental (Buena) | | | | | | | | |
| | Mala | | | | | | 2,909*** | 2,764*** | |
| | Enfermedad crónica (No) | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | | 3,337*** | | |
| R2 de Cox y Snell | 0,118 | 0,122 | 0,124 | 0,147 | 0,189 | 0,199 | 0,219 | 0,248 | |
| R2 de Nagelkerke | 0,183 | 0,189 | 0,191 | 0,270 | 0,291 | 0,308 | 0,339 | 0,384 | |

*P≤0,05 **P≤0,01 ***P≤0,001

Se presentan los exponenciales B de cada una de las variables independientes. Se indica entre paréntesis la categoría de referencia de cada variable.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

4.2 Mujeres, 2011

Tabla 19. Asociaciones bivariantes entre la autopercepción de la salud mala y las variables sociodemográficas, de entorno, enfermedades, estilos de vida y uso de servicios sanitarios. Mujeres, 2011.

| VD → | SALUD AUTOPERCIBIDA MALA, MUJERES | | | | |
|---|--|-------|----------|--------|----------|
| | VI ↓ | Casos | Chi2 | Signif | V Cramer |
| Sociodemo gráficas y de entorno | Edad | 11358 | 1583,773 | 0,000 | 0,373 |
| | Clase social | 10744 | 306,270 | 0,000 | 0,169 |
| | Estudios | 11336 | 996,894 | 0,000 | 0,297 |
| | Activ Económica | 11358 | 993,652 | 0,000 | 0,296 |
| | IPEV | 11225 | 4,561 | 0,033 | 0,020 |
| | IAE | 10828 | 107,585 | 0,000 | 0,100 |
| Salud y enf | Enfermedad crónica | 11345 | 2371,104 | 0,000 | 0,457 |
| | Salud mental | 11358 | 1259,967 | 0,000 | 0,333 |
| Estilo de vida | Fumar | 11350 | 125,456 | 0,000 | 0,105 |
| | Beber alcohol | 5848 | 52,781 | 0,000 | 0,095 |
| | Activ física | 11351 | 267,740 | 0,000 | 0,154 |
| | Comida rápida | 11320 | 226,802 | 0,000 | 0,142 |
| | Cepillar dientes | 11328 | 232,686 | 0,000 | 0,143 |
| | IMC | 9948 | 626,736 | 0,000 | 0,251 |
| | Dormir | 11358 | 116,687 | 0,000 | 0,101 |
| Utilización servicios sanitarios | Hospitalización | 11358 | 345,635 | 0,000 | 0,174 |
| | Consumo medic | 11358 | 917,600 | 0,000 | 0,284 |
| | Urgencias | 11358 | 460,198 | 0,000 | 0,201 |
| | Acudir ginecología | 11358 | 60,463 | 0,000 | 0,073 |
| | Mamografía | 11291 | 241,499 | 0,000 | 0,146 |
| | Citología | 11092 | 140,540 | 0,000 | 0,113 |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 20. Análisis de regresión logística jerárquica. Variable dependiente: tener una autopercepción de la salud mala. Mujeres, 2011.

| REGRESIÓN LOGÍSTICA JERÁRQUICA. TENER UNA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DEFICIENTE. MUJERES, 2011 | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | |
| SOCIODEMGRÁFICAS | Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | | | | |
| | Clase II Media | 1,387** | 1,409** | 1,174 | 1,170 | 1,172 | 1,172 | 1,181 | 1,161 | 1,159 |
| | Clase III Trabajadora | 2,269*** | 2,406*** | 1,742*** | 1,747*** | 1,712*** | 1,711*** | 1,720*** | 1,667*** | 1,665*** |
| | Edad (15-24) | | | | | | | | | |
| | Adultos 25-34 | | 1,426 | 1,514 | 1,514 | 1,437 | 1,433 | 1,420 | 1,432 | 1,449 |
| | Adultos 35-64 | | 3,116*** | 3,289*** | 3,298*** | 3,023*** | 3,023*** | 3,030*** | 2,974*** | 3,023*** |
| | Adultos de 65 y más | | 8,184*** | 7,304*** | 7,518*** | 7,147*** | 7,256*** | 7,173*** | 6,701*** | 6,814*** |
| | Estudios (Universitarios) | | | | | | | | | |
| | Analfabeto/Sin estudios | | | 1,995*** | 2,112*** | 1,992*** | 1,988*** | 1,926*** | 1,755** | 1,756** |
| | Primaria y Sec de 1er ciclo | | | 1,792*** | 1,825*** | 1,766*** | 1,762*** | 1,714*** | 1,575** | 1,573** |
| Secundaria 2ºciclo y Postsec | | | 1,071 | 1,088 | 1,059 | 1,057 | 1,041 | 0,996 | 0,997 | |
| ENTORNO | IPEV (índice alto) | | | | | | | | | |
| | Índice bajo | | | | 0,688*** | 0,704*** | 0,704*** | 0,701*** | 0,689*** | 0,689*** |
| | IAE (índice alto) | | | | | | | | | |
| Índice bajo | | | | | 1,485*** | 1,484*** | 1,487*** | 1,448*** | 1,444*** | |
| ESTILOS VIDA | Fuma (No) | | | | | | | | | |
| | Sí | | | | | 1,059 | 1,085 | 1,045 | 1,042 | |
| | Alcohol (Casi nunca) | | | | | | | | | |
| | Habitualmente | | | | | | 0,938 | 0,949 | 0,949 | |
| | Ocasionalmente | | | | | | 0,730** | 0,748** | 0,747** | |
| | Actividad física (Hace ejercicio) | | | | | | | | | |
| | Sedentario | | | | | | | 1,983*** | 1,980*** | |
| | Comida rápida (Casi nunca) | | | | | | | | | |
| | Habitualmente | | | | | | | | 1,174 | |
| | Ocasionalmente | | | | | | | | 0,977 | |
| Cepillar dientes a diario (Sí) | | | | | | | | | | |
| No | | | | | | | | | | |
| IMC (Normopeso) | | | | | | | | | | |
| Obesidad | | | | | | | | | | |
| Dormir (7 o más horas) | | | | | | | | | | |
| Menos de 7 horas | | | | | | | | | | |
| SERV SANIT | Hospitalización (No) | | | | | | | | | |
| | Sí | | | | | | | | | |
| | Consumo medicamentos (No) | | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | | | | | |
| Urgencias (No) | | | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | | | | | |
| SALUD | Salud mental (Buena) | | | | | | | | | |
| | Mala | | | | | | | | | |
| | Enfermedad crónica (No) | | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | | | | | |
| R2 de Cox y Snell | 0,019 | 0,077 | 0,086 | 0,091 | 0,096 | 0,096 | 0,099 | 0,106 | 0,106 | |
| R2 de Nagelkerke | 0,029 | 0,116 | 0,13 | 0,137 | 0,145 | 0,146 | 0,149 | 0,161 | 0,161 | |

(Continuación) REGRESIÓN LOGÍSTICA JERÁRQUICA. TENER UNA AUTOPERCEPCIÓN DE LA SALUD DEFICIENTE. MUJERES, 2011

| | M10 | M11 | M12 | M13 | M14 | M15 | M16 | M17 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| SOCIODEMOGRÁFICAS | | | | | | | | |
| Clase Social (Clase I Alta) | | | | | | | | |
| Clase II Media | 1,156 | 1,136 | 1,140 | 1,125 | 1,110 | 1,063 | 1,056 | 1,041 |
| Clase III Trabajadora | 1,647*** | 1,556*** | 1,559*** | 1,540** | 1,510** | 1,430** | 1,366* | 1,363* |
| Edad (15-24) | | | | | | | | |
| Adultos 25-34 | 1,466 | 1,382 | 1,285 | 1,282 | 1,212 | 1,243 | 1,266 | 1,316 |
| Adultos 35-64 | 3,049*** | 2,673*** | 2,406*** | 2,487*** | 2,238*** | 2,744*** | 2,828*** | 2,419*** |
| Adultos de 65 y más | 6,767*** | 5,457*** | 5,018*** | 5,357*** | 4,197*** | 5,347*** | 6,164*** | 4,402*** |
| Estudios (Universitarios) | | | | | | | | |
| Analfabeto/Sin estudios | 1,690** | 1,449* | 1,467* | 1,495* | 1,471* | 1,501* | 1,581* | 1,644* |
| Primaria y Sec de 1er ciclo | 1,561** | 1,431** | 1,425** | 1,480** | 1,448** | 1,507** | 1,51** | 1,442* |
| Secundaria 2ºciclo y Postsec | 1,000 | 0,974 | 0,984 | 0,975 | 0,967 | 0,967 | 0,940 | 0,925 |
| ENTORNO | | | | | | | | |
| IPEV (índice alto) | | | | | | | | |
| Índice bajo | 0,687*** | 0,693*** | 0,704*** | 0,692*** | 0,705*** | 0,757** | 0,771** | 0,768** |
| IAE (índice alto) | | | | | | | | |
| Índice bajo | 1,438*** | 1,422*** | 1,405*** | 1,427*** | 1,482*** | 1,480*** | 1,277** | 1,287** |
| Fuma (No) | | | | | | | | |
| Sí | 1,040 | 1,114 | 1,117 | 1,133 | 1,156 | 1,137 | 1,064 | 1,151 |
| Alcohol (Casi nunca) | | | | | | | | |
| Habitualmente | 0,949 | 0,982 | 0,972 | 0,991 | 0,996 | 1,011 | 1,003 | 0,981 |
| Ocasionalmente | 0,752** | 0,757** | 0,752** | 0,774** | 0,785*** | 0,838 | 0,856 | 0,885 |
| Actividad física (Hace ejercicio) | | | | | | | | |
| Sedentario | 1,964*** | 1,834*** | 1,836*** | 1,771*** | 1,822*** | 1,817*** | 1,743*** | 1,828*** |
| Comida rápida (Casi nunca) | | | | | | | | |
| Habitualmente | 1,165 | 1,225 | 1,249 | 1,303 | 1,237 | 1,280 | 1,271 | 1,347 |
| Ocasionalmente | 0,979 | 0,959 | 0,969 | 1,001 | 1,000 | 0,957 | 0,946 | 0,952 |
| Cepillar dientes a diario (Sí) | | | | | | | | |
| No | 1,462 | 1,416 | 1,458 | 1,439 | 1,564* | 1,625* | 1,624* | 1,409 |
| IMC (Normopeso) | | | | | | | | |
| Obesidad | | 2,211*** | 2,242*** | 2,135*** | 1,984*** | 1,868*** | 1,830*** | 1,628*** |
| Dormir (7 o más horas) | | | | | | | | |
| Menos de 7 horas | | | 1,479*** | 1,471*** | 1,429*** | 1,376*** | 1,256** | 1,237* |
| SERV SANIT | | | | | | | | |
| Hospitalización (No) | | | | | | | | |
| Sí | | | | 3,281*** | 3,110*** | 2,318*** | 2,152*** | 1,938*** |
| Consumo medicamentos (No) | | | | | | | | |
| Sí | | | | | 2,921*** | 2,798*** | 2,447*** | 1,774*** |
| Urgencias (No) | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | 2,555*** | 2,363*** | 2,273*** |
| SALUD | | | | | | | | |
| Salud mental (Buena) | | | | | | | | |
| Mala | | | | | | | 3,561*** | 3,224*** |
| Enfermedad crónica (No) | | | | | | | | |
| Sí | | | | | | | | 3,743*** |
| R2 de Cox y Snell | 0,107 | 0,122 | 0,127 | 0,143 | 0,167 | 0,188 | 0,224 | 0,26 |
| R2 de Nagelkerke | 0,162 | 0,184 | 0,192 | 0,216 | 0,253 | 0,284 | 0,338 | 0,393 |

*P<0,05 **P<0,01 ***P<0,001

Se presentan los exponenciales B de cada una de las variables independientes. Se indica entre paréntesis la categoría de referencia de cada variable.

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 21. Resumen de los factores que incrementan el riesgo de tener una autopercepción de la salud mala, enfermedad crónica o tener una salud mental mala. Hombres y mujeres, 2011.

| | Autopercepción salud mala | Enfermedad crónica | Salud mental mala |
|----------------|--------------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| HOMBRES | 25-34 años | 35-64 años | Monoparentales |
| | 35-64 años | 65 y más años | IAE bajo |
| | 65 y más años | Pareja sin hijos | Estrés trabajo |
| | Clase Media | Vive con pers limitación | |
| | Clase Trabajadora | | |
| | Pareja sin hijos | | |
| | Analf/Sin estud | | |
| | Estudios 1er ciclo | | |
| | Viudo | | |
| | IAE bajo | | |
| MUJERES | 35-64 años | 35-64 años | IAE bajo |
| | Clase Trabajadora | 65 y más años | Estrés trabajo |
| | Analf/Sin estud | Clase Media | |
| | Estudios 1er ciclo | Clase Trabajadora | |
| | Extranjera | Casada | |
| | Separada/divorc | Viuda | |
| | IAE bajo | Vive con pers limitación | |
| | Estrés trabajo | | |
| | | | |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 22. Resumen de los factores que incrementan el riesgo de fumar, beber habitualmente, ser sedentario, consumir comida rápida frecuentemente, no cepillarse los dientes a diario, tener obesidad o dormir menos de siete horas. Hombres y mujeres, 2011.

| | Fumar | Beber habit | Sedentarismo | Comida rápida habit | No cepillar dientes diario | Obesidad | Dormir <7h |
|----------------|--------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------|---------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| HOMBRES | Clase Media | 25-34 años | Clase Media | Pareja con hijos | Clase Media | 25-34 años | 25-34 años |
| | Clase Trabajadora | 35-64 años | Clase Trabajadora | Estudios 2º ciclo | Clase Trabajadora | 35-64 años | 35-64 años |
| | Estudios 1er ciclo | 65 y más años | Analf/Sin estud | Estrés trabajo | Analf/Sin estud | 65 y más años | Separado/divorci |
| | Separado/divorci | Pareja sin hijos | Estudios 1er ciclo | | Estudios 1er ciclo | Clase Media | Estrés trabajo |
| | Estrés trabajo | Analf/Sin estud | Extranjera | | Estudios 2º ciclo | Clase Trabajadora | |
| | | Estudios 1er ciclo | Casado | | IAE bajo | Pareja sin hijos | |
| | | Casado | IAE bajo | | Estrés trabajo | Pareja con hijos | |
| | | Viudo | Estrés trabajo | | | Analf/Sin estud | |
| | | Separado/divorciado | | | | Estudios 1er ciclo | |
| | | IPEV alto | | | | Casado | |
| MUJERES | Monoparentales | 35-64 años | Clase Trabajadora | Pareja con hijos | Clase Media | 35-64 años | 35-64 años |
| | Estudios 1er ciclo | Viuda | Otros hogares | Monoparentales | Clase Trabajadora | 65 y más años | 65 y más años |
| | | Separada/divorci | Analf/Sin estud | Otros | Analf/Sin estud | Clase Trabajadora | Estudios 1er ciclo |
| | | | Estudios 1er ciclo | Extranjera | Estudios 1er ciclo | Analf/Sin estud | Casada |
| | | | Estudios 2º ciclo | Estrés trabajo | IPEV alto | Estudios 1er ciclo | Viuda |
| | | | IAE bajo | | Estrés trabajo | Estudios 2º ciclo | Separada/divorci |
| | | | Estrés trabajo | | | Extranjera | IAE bajo |
| | | | | | | IAE bajo | Estrés trabajo |
| | | | | | | Vive con pers limitación | |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

Tabla 23. Resumen de los factores que incrementan el riesgo de ser hospitalizado, no consumir medicamentos, acudir a urgencias, no visitar alguna vez al ginecólogo, no hacerse una mamografía o no realizarse una citología. Hombres y mujeres, 2011.

| | Hospitalización | Medicamentos no | Urgencias | Ginecología no | Mamografía no | Citología no |
|----------------|--|-------------------------|--|---|---|--|
| HOMBRES | <i>Modelo no signif</i> | Extranjera IPEV alto | Clase Media Clase Trabajadora Extranjera Separado/div | | | |
| | Pareja con hijos Casada Separada/div | IPEV alto | Clase Media Clase Trabajadora Otros hogares Estrés alto | Analf/Sin estudios Estudios 1er ciclo Extranjera No trabajar | Clase Media Clase Trabajadora Pareja con hijos Monoparentales Otros hogares Extranjera | Clase Media Clase Trabajadora Analf/Sin estudios Estudios 1er ciclo Extranjera |

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de la ENSE_2011

