

Tesis Doctoral

Doctorado en Demografía

Departament de Geografia / Centre d'Estudis Demogràfic

Universitat Autònoma de Barcelona

La familia como determinante social de la salud subjetiva en España.

Una aproximación desde la Demografía

Jordi Gumà Lao

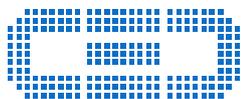
Directores:

Dra. Rocío Treviño

Dr. Antonio D. Cámara

Tutora:

Dra. Anna Cabré



Centre d'Estudis Demogràfics



Universitat Autònoma de Barcelona

Bellaterra, Julio 2014

La presente tesis se ha realizado en el marco de los siguientes proyectos de I+D financiados por el Ministerio de Economía y Competitividad:

"Hogares de familias reconstituidas y equidad de género: ¿Nuevas paradojas?" (CSO2008-00654).

"Implicaciones sociodemográficas de las condiciones de salud en las edades adultas" (CSO2009-09851).

Imagen de la portada: "Familia", obra de Lasar Segall

Agraïments

Voldria dedicar les primeres paraules d'agraïment a les tres persones que han fet possible que aquesta tesi s'hagi fet com són la Dra. Anna Cabré, la Dra. Rocío Treviño i al Dr. Antonio D. Cámara. A la Dra. Anna Cabré, directora del Centre d'Estudis Demogràfics (CED), per la seva confiança mostrada tant en la realització d'aquesta tesi com per les oportunitats i consells que m'ha donat durant aquest període. I als doctors Rocío Treviño i a Antonio D. Cámara, directors de la tesi, per la seva paciència, dedicació i meticolós treball. Ha estat un plaer haver tingut l'oportunitat d'haver compartit aquest procés amb vosaltres. La present tesi ha arribat a bon port gràcies a la sort que he tingut de tenir-vos com a directors.

Aquest treball ha estat possible gràcies al finançament per part del Ministerio de Economía y Competitividad (antic Ministerio de Ciencia e Innovación) mitjançant la beca pre-doctoral FPI concedida al 2009 i adscrita al projecte d'I+D "Hogares de familias reconstituidas y equidad de género: ¿Nuevas paradojas?" (CSO2008-00654).

La present tesi va ser matriculada per primer cop a l'octubre del 2010, però es podria dir que la llavor va ser plantada al 2000, durant la realització del MTEP, curs que vaig tenir la sort de realitzar i que va ser un primer contacte molt afortunat amb la Demografia gràcies a les persones amb les quals vaig poder compartir aquell any. Des d'aleshores, sota el sostre del CED he tingut l'oportunitat de conèixer a un grup de persones amb les quals hem passat molt bones estones junts (Xiana, Joan García, Miquel, Albert Esteve, Albert Sabater, Toni, Joan Alberich, Anna, Marc, Ainhoa, Laia, Brenda, i un llarg etc) tant en l'àmbit laboral com en el personal. Tampoc em vull oblidar dels companys i companyes del Màster en Estudis Territorials i de la Població organitzat pel Departament de Geografia de la Universitat Autònoma de Barcelona, així com de la Soco i la Inés.

A més a més, vaig tenir la sort de poder formar part de la European Doctoral School of Demography (EDSD) durant el curs 2010-11, que va tenir lloc a cavall entre Rostock i Lund, en el qual a més a més d'haver tingut el privilegi d'assistir a tota una sèrie de classes magistrals sobre Demografia, vaig tenir l'oportunitat de conèixer nous amics (Angelo, Bartosz, Andy, Robert, Filipe...). Dins d'aquest procés de formació a l'estranger també vaig participar en el programa d'intercanvi d'estudiants de doctorat en Demografia DEMODOC, en el marc del qual vaig tenir la gran sort de ser tutoritzat per la Dra. Gabriele Doblhammer, qui amb els seus suggeriments ha deixat empremta en aquesta tesi.

Però una tesi no és un procés del qual es pugui excloure a les persones del teu entorn. És per això que m'agradaria donar les gràcies a tots aquells familiars i amics, tant catalans com mallorquins, que d'alguna manera o altra m'han ajudat a poder dur a terme aquest treball, fins i tot sense ser-hi.

Finalment, voldria dedicar les meves darreres paraules a la Joana Maria. Gràcies a ella aquests quatre anys de tesi han estat molt més agradables pel seu ajut i suport incondicional. A més a més m'ha donat el millor tresor que podia haver imaginat com és en Jan. Per a tots dos, un paner de besades.

ÍNDICE

Introducción	1
La salud subjetiva como indicador de salud	6
El estudio de los determinantes sociales de la salud.....	8
La familia como determinante social de la salud.....	10
Fuentes estadísticas.....	15
<i>Encuesta Nacional de Salud</i>	15
<i>The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe</i>	16
<i>Encuesta de Condiciones de Vida Europea</i>	17
<i>Encuesta Europea de Salud</i>	18
Guión de los artículos dentro de la tesis	19
Resumen de resultados	25
Referencias	29
Publicaciones	35
¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetiva de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud	37
The relationship between health and partnership history over adulthood: insights through retrospective information from Europeans aged 50 and over	58
Posición en el hogar y género: desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España	68
Eventos familiares y salud en España: mecanismos de selección y causalidad.....	94
Conclusiones	121
Los patrones de la salud subjetiva en relación a la objetiva por sexo y edad	124
La interferencia del efecto de la selección por supervivencia en la relación entre familia y salud subjetiva.....	124
La posición familiar y diferencias en salud subjetiva.....	126
¿Cuáles son los mecanismos que explican la relación entre familia y salud subjetiva?.....	128
La familia en el cuadro de los determinantes sociales de la salud	129
¿Diferencias o desigualdades entre hombres y mujeres?	130
Limitaciones y posibles líneas de trabajo futuras.....	133
Referencias	135
Summary	137
Conclusions	149

INTRODUCCIÓN

Introducción

La familia continúa presentándose en las sociedades avanzadas como una institución básica de distribución de recursos, junto al mercado laboral y el Estado. En España, con un Estado del Bienestar calificado como *familiarista* debido a su papel subsidiario respecto a la familia (Abrahamson, 1995; Ferrera, 1996), la relevancia de ésta es aún mayor. Además de ser una institución dispensadora de recursos (económicos, de cuidado, capital social, conocimientos, etc) entre sus miembros a partir de un proceso de intercambio, constituye un espacio de diferenciación interna para el acceso a estos recursos, a las responsabilidades y oportunidades sociales (Navarro, 2006). La familia entendida en el ámbito del hogar, que sería la unidad mínima de convivencia en la que los individuos se unen para cubrir sus necesidades básicas, se articula en función de desigualdades tanto en el acceso a los recursos, como en la carga derivada de la pertenencia al hogar para proveer tales recursos (Hughes y Waite, 2002). Estos intercambios de recursos, generalmente, operan en función de unas normas de interacción entre hombres y mujeres basadas en consensos socioculturales que se definen por la formación histórica y social de los contratos de género (Hirdman, 1998). Este tipo de contratos se articulan en torno a la división sexual del trabajo en la esfera productiva y la doméstica. Los balances individuales entre el acceso y provisión de recursos dentro del hogar según las normas de género pueden dar un resultado de desequilibrio, siendo susceptibles de traducirse en desigualdades en salud.

El estudio del papel de la familia como determinante social de la salud¹ se ubica en una ingente investigación en Ciencias Sociales realizada en torno a los determinantes intermedios de las desigualdades en salud (es decir, los determinantes que actúan entre los niveles individual y colectivo) (OMS, 2007). Aún así este tipo de determinantes han sido comparativamente poco estudiados desde perspectivas cuantitativas respecto a aquellos de naturaleza socioeconómica (Raphael, 2004). El interés por factores de naturaleza social como la familia nace en un contexto de salud caracterizado por una mejora progresiva de la longevidad observada en las poblaciones de los países occidentales. Sin embargo, en las décadas recientes se ha constatado que la tendencia de reducción de las desigualdades en salud², que en un principio había sido

¹ Entendemos el concepto de salud desde su dimensión subjetiva dado su encaje con la definición integral de salud que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS): "Salud es un estado de bienestar completo tanto físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad" (OMS, 1946)

² Entendidas como aquellas diferencias en salud que se consideran injustas, evitables y sistemáticas tanto entre individuos como entre subpoblaciones (OMS, 2007)

paralela a la reducción de la mortalidad, se ha detenido o incluso se ha revertido mostrando un aumento de éstas (Stephens, 1998; Siegrist y Marmot, 2006). Este hecho ha situado el estudio de los determinantes sociales de la salud en el centro de las estrategias de mejora de la salud poblacional en el corto, medio y largo plazo, sobre todo, ante la constatación de que los factores sociales vinculados a este tipo de desigualdades en salud ejercieron un importante papel en la mejoría de los indicadores de mortalidad a lo largo del siglo XX (Evans et al., 1994; Williams, 1998; Davey et al., 2001; Raphael, 2004).

Desde esta perspectiva, la incorporación de la familia en el cuadro de los determinantes sociales ayuda a tener una visión más comprehensiva del origen y comportamiento de las desigualdades en salud. En concreto, la demografía se ha interesado por la relación entre familia y salud aprovechando el conocimiento previo que esta disciplina tenía sobre ambos factores, aunque estudiados de manera independiente. Los trabajos al respecto muestran una evolución, pasando de estudiar en un principio únicamente el vínculo entre la situación de pareja y la salud, a posteriormente ampliar el rango de relaciones familiares dentro del hogar tenidas en cuenta (Waite, 1995; Lillard y Panis, 1996; Hughes y Waite, 2002; Koskinen et al., 2007). El estudio de la relación entre familia y salud no se ha restringido únicamente al vínculo entre ambos factores, sino que recientemente se han empezado a explorar aquellos mecanismos que permiten entender la relación entre ambos (selección o causalidad) (Joung et al., 1998; Brockmann y Klein, 2004). Esta secuencia en la evolución del estudio de la familia y la salud por parte de la disciplina demográfica ha servido como referencia para definir el orden y los objetivos de cada uno de los cuatro artículos que forman la columna vertebral de la tesis.

La tesis explora mediante diversas ópticas de análisis complementarias entre sí (retrospectiva, de momento y longitudinal) el rol de la familia como determinante social de la salud, entendida esta última desde su dimensión subjetiva dado su encaje con la definición integral de salud que propone la Organización Mundial de la Salud (OMS). La familia, por su parte, se ha concebido a lo largo de todo el trabajo como un núcleo definido por aquellas relaciones de parentesco que se localizan dentro del hogar. Este objetivo general, el de estudiar la influencia de la familia sobre la salud integral de los individuos, ha sido parcelado en cinco objetivos específicos:

- 1) Primero, se ha explorado la propia naturaleza de la salud subjetiva mediante un estudio demográfico y de tendencias en España, desde la década de los ochenta hasta la actualidad. Con este trabajo, que además planteaba la comparación de la salud subjetiva y las tendencias de la mortalidad adulta, se perseguía evaluar las posibilidades explicativas de la

salud subjetiva y su relación con la salud objetiva en España como la literatura había mostrado para otros países occidentales (Idler y Benyamini, 1997).

2) El segundo objetivo se corresponde con el análisis de la relación entre la situación de pareja y la salud en las poblaciones europeas en edades de 50 años y más para comprobar si esta relación varía en estas edades como consecuencia de un posible efecto de selección por supervivencia. Se ha seleccionado este rango de edades debido a que trabajos previos habían señalado la posibilidad de que la relación entre ambos factores en estas edades presentara diferencias con lo encontrado en edades más jóvenes (una situación ventajosa en cuanto a salud por parte de los individuos que conviven en una primera unión respecto al resto de situaciones como por ejemplo la soltería, separación/divorcio o segundas o terceras uniones) (Waite, 1995; Hughes y Waite, 2002).

3) El tercer objetivo busca ampliar el estudio entre familia y salud más allá de la relación de pareja mediante una nueva aproximación como es la posición en el hogar, que parece adecuarse mejor a las características de la familia en España debido a su mayor porcentaje de individuos adultos que permanecen en el hogar de los padres a diferencia de otros países europeos.

4) El cuarto objetivo ha sido el de medir el peso relativo de la familia como determinante social de la salud junto a otros factores que han probado sobradamente su relación con la salud como son la actividad, la educación, el capital social y la nacionalidad (Marmot, 2005; Puga et al., 2007; Abraído-Lanza et al., 1999).

5) Por último, se han estudiado los dos grandes mecanismos que intervienen en la relación entre los eventos familiares y la salud de los individuos: la selección y la causalidad. Esto ha permitido un conocimiento más preciso sobre cómo se establece la relación entre familia y salud para hombres y mujeres encontrada en los artículos anteriores de la tesis.

En conjunto la tesis ha sido estructurada en tres grandes apartados. Un primer apartado que introduce el marco general del trabajo así como los conceptos de salud subjetiva, de determinante social de la salud, y el conocimiento previo que se tiene de la familia como determinante de este tipo. La segunda parte consta de los cuatro artículos en los cuales se abordan de manera particular los cinco objetivos específicos descritos anteriormente. Y por último, un tercer apartado que aglutina las conclusiones principales obtenidas en cada uno de los cuatro artículos, así como las limitaciones y posibles líneas futuras de trabajo.

La salud subjetiva como indicador de salud

Las dimensiones de los indicadores de salud pueden ser clasificados de manera muy amplia en dos naturalezas distintas según el origen de la información: la salud objetiva (a partir de información procedente de los profesionales médicos y de los registros oficiales) y la subjetiva (a partir de la percepción del propio individuo). Estas dos dimensiones no son impermeables entre sí, mostrando estar muy relacionadas. Diversos trabajos han encontrado que, por ejemplo, las condiciones crónicas y/o limitaciones funcionales ejercen una fuerte influencia sobre la percepción de la salud por parte de los individuos (Damian et al., 1999; Juárez, 2012). De hecho, en el caso concreto de la salud autopercebida, Idler y Benyamini (1997) en una revisión de veintisiete trabajos que utilizaban la salud autopercebida como aproximación a la dimensión subjetiva mostraron que la respuesta de los individuos estaba en relación a la evaluación dinámica de su salud objetiva y que ésta, a su vez, se veía condicionada por la evolución reciente de las capacidades de los individuos. De manera complementaria, la salud subjetiva ha mostrado estar relacionada con la mortalidad, manifestando ser un buen predictor de la defunción del individuo en el corto y medio plazo cuando se trabaja con poblaciones en edades adultas y avanzadas (Maddox y Douglas, 1973; Mossey y Shapiro, 1982; Miilunpalo et al., 1997; Singh-Manoux et al., 2007; DeSalvo et al., 2006).

Entre la diversidad de opciones para aproximarse a la salud de los individuos se ha optado en el presente trabajo por aquellos indicadores relativos a la dimensión subjetiva de la salud. Los motivos que justifican esta elección han sido tanto de tipo conceptual como instrumental. Por lo que respecta a los primeros motivos, se ha tomado la salud subjetiva debido a que se ajusta a un concepto integral de la salud, en línea con la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de su constitución en Nueva York en 1946 y que la misma organización ratificó en 2006: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por tanto, tener una buena salud no se basa únicamente en no contraer ningún tipo de enfermedad o en la ausencia de discapacidades, sino que se establece cuando un individuo a título personal percibe que su estado de salud es bueno a partir de la evaluación que hace de un conjunto de factores de naturaleza diversa, entre los cuales se incluyen los determinantes sociales de la salud y por ende, la familia. Esta multidimensionalidad de la salud subjetiva permite una mayor sensibilidad para identificar las desigualdades en salud en poblaciones con una baja mortalidad y un alto nivel de homogeneidad en sus perfiles de morbilidad.

En cuanto a las razones instrumentales, la salud subjetiva se aborda en la mayoría de los cuestionarios de las encuestas sobre temas sociales mediante una sola pregunta en la cual se pide a la persona entrevistada que defina su estado de salud entre una serie de posibilidades, o en su defecto, mediante una batería de preguntas cuyas respuestas pueden ser utilizadas en el cálculo de un indicador final único, como el de calidad de vida relacionada con la salud. El hecho de poder recoger en un único indicador información sobre la salud del individuo de manera integral facilita mucho tanto su análisis como su comprensión.

En concreto, los indicadores de salud subjetiva utilizados en los artículos de la tesis son tres: la salud autopercibida, el evento de mala salud diferencial a lo largo de la vida del individuo y la calidad de vida relacionada con la salud. Las diferencias entre estos indicadores implican que se hayan tenido que aplicar tres aproximaciones metodológicas diferentes al tema de estudio de manera adecuada a las características de cada indicador. La salud autopercibida es la respuesta a la pregunta sobre cómo define cada individuo su estado de salud en los últimos 12 meses, debiendo seleccionar una única opción entre cinco posibles (muy malo, malo, regular, bueno o muy bueno). En cuanto al segundo tipo de aproximación a la salud subjetiva, se preguntó a cada individuo si pensaba que a lo largo de su vida había experimentado un evento de mala salud diferencial respecto al resto de su vida, y en caso afirmativo, se le pidió que identificara cuándo empezó tal evento y su duración. Esta pregunta de carácter retrospectivo obviamente sólo puede ser utilizada en una población con un recorrido vital suficientemente amplio como para que la identificación de un solo evento sea realmente significativa. Precisamente el hecho de que cada individuo deba priorizar un único evento de mala salud le confiere a esta pregunta una naturaleza subjetiva dependiente de la trayectoria individual de cada una de las personas entrevistadas. Finalmente, el tercer indicador, la calidad de vida relacionada con la salud, es el resultado de la suma de respuestas a una batería de nueve preguntas sobre cuatro aspectos vinculados a cómo la salud afecta al día a día de los individuos (el impacto emocional, el cansancio psicológico, la vitalidad y el estado de ánimo de los individuos). De este modo, se pudo trabajar con un indicador que sigue una escala de intervalo que muestra una alta sensibilidad a las desigualdades en salud en edades jóvenes-adultas donde el perfil de morbilidad resulta ser por norma general muy homogéneo.

Estos tres indicadores de naturaleza subjetiva resultan complementarios a la hora de cubrir el recorrido vital de las personas. De esta manera, la salud autopercibida puede ser analizada tanto desde una óptica transversal como longitudinal cuando se entrevista al mismo individuo repetidamente a lo largo del tiempo. El segundo indicador, el evento diferencial de mala salud, tal y como ya se ha expuesto, es de naturaleza retrospectiva y por tanto permite un análisis

longitudinal a partir de la historia de vida de cada individuo. Y por último, la calidad de vida relacionada con la salud, indicador que puede ser utilizado únicamente desde una aproximación transversal debido a las características de la encuesta en la cual apareció. De este modo, se ha cubierto la biografía de los individuos, su estado en un momento concreto, además de su evolución temporal en el corto y medio plazo.

Cabe resaltar también la relación entre la dimensión subjetiva y objetiva de la salud, la cual ha estado muy presente a lo largo de todo el trabajo. La existencia de esta relación puede plantear dudas si los resultados obtenidos tanto en la relación entre familia y salud como en los mecanismos que explican esta relación son realmente debidos a desigualdades en salud subjetiva o se deben simplemente a diferencias en el perfil de morbilidad de los individuos (salud objetiva). Este es el motivo por el cual se han introducido en todos los análisis realizados algún tipo de variable de control vinculada a la salud objetiva. De este modo, se han podido obtener resultados sobre las desigualdades en salud subjetiva a igual perfil de salud objetiva. Además la relación entre ambas dimensiones de la salud en edades jóvenes y adultas es menos conocida, cuestión que ha sido abordada en el primer artículo de la tesis, sirviendo para contextualizar la salud subjetiva en España.

El estudio de los determinantes sociales de la salud

Los factores sociales vinculados con la salud de las poblaciones son conocidos bajo el nombre general de “determinantes sociales de la salud”. La OMS los define como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud³. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (OMS, 2007). A su vez, estos determinantes han sido definidos también de manera más sintética como las “causas de las causas” de las desigualdades en salud (Marmot y Wilkinson, 2000; Benach y Muntaner, 2005), debido a que actúan como modificadores de los factores que tienen un efecto directo (genéticos, biológicos, etc) sobre la salud (McKinlay, 1993), o lo que es lo mismo, influyen de manera indirecta sobre la salud.

³ En el caso concreto del sistema de salud, se trata de un factor cuya importancia relativa varía según el porcentaje de población cubierta por este sistema, siendo universal para el caso concreto español.

La aparición del concepto de determinantes sociales de la salud se produce en el marco de la evolución en las Ciencias de la Salud y en la Demografía de los modelos conceptuales para la comprensión de los patrones y diferencias de salud, tanto dentro como entre poblaciones. En un principio se centró la atención en el estudio de los diferentes patrones de mortalidad y morbilidad mostrados por las poblaciones (por ejemplo, la Primera Transición Demográfica y la Teoría de la Transición Epidemiológica; Notestein, 1945; Omran, 1971 y 1998), a los cuales se han ido incorporado otros factores cuyo vínculo con la salud es de tipo indirecto como es el caso de los determinantes sociales, dando como resultado un marco conceptual más inclusivo que es recogido por la llamada Teoría de la Transición sanitaria (Frenk et al. 1991).

Esta evolución de las aproximaciones conceptuales al conocimiento sobre la salud de las poblaciones ha llevado a que en la actualidad se tengan en cuenta dentro de un mismo marco de referencia determinantes directos e indirectos de las diferencias en salud. Un ejemplo de este acercamiento lo encontramos en el modelo de “Life course health development” (LCHD) presentado por Halfon y Hochstein (2002) en el cual se expone que el estado de salud es consecuencia de la interacción entre múltiples determinantes que pueden ser clasificados en cinco grandes grupos: genéticos, biológicos, conductuales, sociales y de contexto económico. Los determinantes de tipo genético y biológico son los que ejercen un efecto directo sobre la salud (afectan al estado general de salud de los individuos sin necesidad de la mediación de otros factores), mientras que los determinantes de tipo conductual, social y económico (determinantes sociales) influyen sobre la salud modificando el efecto directo de las características genéticas y biológicas de cada individuo. Por ejemplo, la educación por sí sola no afecta a la salud de las personas, pero a través de su relación tanto con el estatus socioeconómico como con los conocimientos para poder seguir comportamientos saludables (dieta, consumo de sustancias, alcohol, tabaco, etc.) sí la puede modificar, posponiendo o acelerando la propensión al desarrollo de ciertas patologías vinculadas a las características genéticas y biológicas de los individuos (Marmot, 2005).

Fruto de estas conceptualizaciones nació un interés por el estudio de nuevos determinantes sociales de la salud. Los primeros determinantes que fueron analizados, tanto por cronología como por su peso relativo en la literatura, fueron aquellos de naturaleza socioeconómica (Raphael, 2004). Su relevancia es tal que Williams (1998) llegó a afirmar que *“lower socioeconomic status is probably the most powerful single contributor to premature morbidity and mortality, not only in the United States, but worldwide”*. A partir de aquí, se ha explorado el posible papel como determinantes sociales de la salud de otros factores que completan el perfil sociodemográfico de los individuos como por ejemplo el capital social, la nacionalidad,

etc. Así, en el caso femenino se ha constatado que los maridos determinan en buena medida el estatus socioeconómico de las mujeres, por lo que se ha propuesto que esta variable podría no tener la misma relevancia entre las mujeres que entre los hombres (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000; Artazcoz et al., 2004).

La familia como determinante social de la salud

La Demografía mostró interés por la relación entre familia y salud de manera temprana debido a que con anterioridad desde esta disciplina ya se habían analizado ambos factores de manera independiente. Los resultados aportados permiten ubicar a la familia dentro del marco teórico generalista sobre la salud de la LCHD debido a su vínculo con tres de los cinco grandes grupos de factores propuestos: las conductas individuales, el contexto social y el económico (Halfon y Hochstein, 2002). Las relaciones familiares como la convivencia en pareja influyen sobre la conducta de los individuos, sobre todo en el caso de los hombres, a través del efecto disuasorio sobre los comportamientos de riesgo (Waite, 1995; Lillard y Panis, 1996). Esta influencia disuasoria o de control ha sido mostrada también por otra relación familiar como es la convivencia con un/a hijo/a menor (Umberson, 1987; Eggebeen y Knoester, 2001). En cuanto al contexto social, la familia resulta ser la unidad básica de convivencia entre personas, cuyas normas se establecen a partir de estos vínculos familiares, conjuntamente con los roles de género definidos dentro del hogar. Este último punto ha recibido una especial atención en la presente tesis, debido a que las desigualdades en salud como las de género pueden ser consideradas como “injustas, evitables y sistemáticas” como define la OMS. Y en cuanto al contexto económico, tal y como ya se ha avanzado, la familia es el ámbito en el cual sus individuos comparten los recursos económicos a los cuales tienen acceso, siendo esta distribución también desigual entre hombres y mujeres (OSM, 2005).

La cronología sobre el estudio de la relación entre familia y salud muestra como inicialmente, en la década de los noventa, se abordó esta relación a través del estudio de la situación de pareja⁴, representada en numerosas ocasiones mediante el estado civil. Estos trabajos

⁴El hecho de que la relación de pareja pueda establecerse tanto a través del matrimonio como de la cohabitación despertó la curiosidad de algunos autores por saber si podrían existir diferencias en cuanto a su relación con la salud. Soons y Kalmijn en 2009 analizaron las diferencias en el bienestar general percibido por los individuos que convivían en pareja según si estaban casados o eran cohabitantes en 30 países europeos, encontrando la existencia de diferencia en aquellos países donde la cohabitación es menos aceptada socialmente. Los resultados concretos para el caso español mostraban que en nuestro país no existen diferencias significativas en cuanto al bienestar

encontraron que efectivamente existía una relación consistente entre la situación de pareja y las desigualdades en salud en las poblaciones occidentales. De este modo se llegó al amplio consenso de que la convivencia en pareja ejerce un efecto positivo e inmediato sobre la salud de los hombres y, aunque de menor intensidad, también sobre las mujeres a medio y a largo plazo, independientemente de la medida utilizada para representar la salud y del país en el cual se realizase el estudio (Waite 1995; Lillard y Panis 1996; Valkonen et al., 2004; Henretta, 2010).

La situación ventajosa por parte de las personas que conviven en pareja ha sido explicada a partir de tres factores: 1) la ya avanzada reducción de los comportamientos de riesgo y de los hábitos no saludables sobre todo entre los hombres como consecuencia tanto del control social ejercido tanto por el entorno como por parte del otro miembro de la pareja (Lillard y Waite 1995); 2) la creación y mantenimiento de una red social de soporte a la que se puede recurrir en el caso de una situación crítica (Waite 1995); y, por último, 3) el incremento del bienestar material que implica la vida en pareja como resultado de una economía de escala que permite la combinación de recursos así como la especialización de tareas entre los miembros de la misma (Lillard y Panis 1996).

Sin embargo, existen algunos resultados que no respaldan estas tesis o al menos su resultado final: las ventajas de la convivencia en pareja en términos de salud. Estos resultados se refieren siempre a poblaciones en edades maduras y avanzadas (Goldman et al., 1995; Regidor et al., 2001; Bardage et al., 2005), apuntando como posible causa un efecto de selección por supervivencia. Este tipo de selección puede llegar a modificar la heterogeneidad de las subpoblaciones y la relación entre factores de diversa índole según la edad, tal y como ya propusieron Vaupel et al. en 1979. En otras palabras, el hecho de que únicamente lleguen a alcanzar las edades avanzadas aquellos con una mejor salud selecciona a los individuos, siendo este efecto más intenso entre aquellos pertenecientes a subpoblaciones con desventajas. Por ejemplo, las personas que no conviven en pareja en el caso que nos ocupa. Por este motivo el segundo artículo de la tesis aborda específicamente la relación entre salud y convivencia en pareja en las edades adultas maduras y avanzadas. En concreto, se han analizado trece países europeos, entre los cuales se encuentra España, de manera conjunta. Con este análisis se buscaba establecer si esta discrepancia respecto a la relación esperada y observada en edades más jóvenes era común o específica de algunos países.. Además este análisis posibilita explorar

percibido entre ambos tipos de uniones, además de ubicarse entre los países con un grado alto de aceptación de la cohabitación. Este ha sido el motivo por el cual a lo largo del presente trabajo se han considerado de la misma manera ambos tipos de uniones.

la selección por supervivencia a partir de los diferentes contextos de mortalidad pre-adulta de cada país. Se ha utilizado un análisis retrospectivo mediante información biográfica con el objetivo de aportar una nueva óptica de estudio, con la ventaja de poder trabajar con variables que pueden cambiar en el tiempo, evitando de este modo el artificio de la atenuación de los efectos del estado de pareja sobre la morbilidad y la mortalidad, tal y como Rendall et al. señalaron en 2011.

En cuanto a los trabajos que abordan el impacto de la familia sobre la salud teniendo en cuenta perfiles familiares más detallados, estos muestran que aquellas personas que conviven en hogares que podríamos considerar de estructura tradicional (familias nucleares que conviven con hijos de ambos miembros) muestran mejores indicadores de salud que aquellas que lo hacen en las conocidas como nuevas formas familiares como sería el caso de las familias reconstituidas, monoparentales, etc (Hughes y Waite 2002; Joutsenniemi 2007). También ha sido apuntado que las ventajas en salud pueden revertirse por algún cambio familiar de tipo traumático (separación o defunción de la pareja), con un efecto negativo mayor en función de la proximidad temporal a la experimentación de éste (Hughes y Waite, 2009). Entre estos trabajos, el de Martikainen et al. (2005) aportó indicios consistentes que apuntaban que en el caso de la población femenina de Finlandia, la familia posee un poder explicativo sobre el sentido y la intensidad de las desigualdades en salud (medidas mediante la mortalidad) superior al de los factores de tipo socioeconómico, rompiendo de este modo con la tradición de dar prioridad a los factores socioeconómicos en el estudio de las desigualdades en salud (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000; Artazcoz et al., 2004).

El reto analítico de tener en cuenta el máximo número posible de relaciones familiares ha llevado a los diferentes trabajos a acotar las edades de la población estudiada (edades adultas medias en la mayoría de los casos), seleccionando únicamente aquellos individuos que forman parte del núcleo familiar. Esta selección tiene en cuenta a la mayoría de la población en este tramo concreto de edad en la mayoría de países del centro y norte de Europa. Sin embargo, en el caso de los países del sur de Europa como España, el porcentaje de población adulta que permanece en casa de sus padres es mucho más alto, sobre todo en el caso de los hombres, por lo que esta aproximación analítica no los tendría en cuenta al no pertenecer al núcleo principal del hogar. El hecho de obviar a este grupo de individuos en el estudio de la relación entre familia y salud tiene una especial importancia debido a que, tal y como diversos trabajos muestran, la salud es uno de los criterios que selecciona a los individuos para experimentar los eventos familiares, y por tanto puede que un mal estado de salud sea una de las razones por las cuales estos individuos no han iniciado, o han interrumpido, una unión (Joung et al., 1998;

Brockmann y Klein, 2004). En el tercer artículo se ha propuesto una nueva manera de aproximar la asociación entre familia y salud a partir de la “posición en el hogar” de cada individuo. Ésta se define en relación tanto a la estructura del hogar (hogar unipersonal, hogar pluripersonal) como también en relación a la situación del individuo respecto al núcleo o núcleos familiares del hogar (como miembro de la pareja, como padre o madre emparejados, como hijo/a, como madre o padre monoparental, fuera de un núcleo familiar), ampliando de este modo el rango de relaciones familiares dentro del hogar tenidas en cuenta, además incluir aquellas personas que permanecen en el hogar de sus padres en edades adultas.

La aproximación mediante la posición del individuo en el hogar permite abordar diferentes temas vinculados a la familia como son la diversificación de las formas familiares en España, así como el rol particular de cada individuo dentro del hogar, aspecto que se vincula a las desigualdades de género. En cuanto a la diversificación de las formas familiares, el proceso de cambio familiar en el cual se encuentra España ha originado un escenario dinámico (Del Campo y Rodríguez-Brioso, 2002) en el cual las nuevas situaciones familiares deben ser tenidas en cuenta. Si se asume que el papel de la familia es el de proveedora de bienestar entre sus miembros basándose en un sistema de intercambio entre la oferta y demanda de recursos del hogar (económicos, de cuidado y soporte emocional, de información, etc), cada individuo asumiría un papel propio en la provisión y recepción de recursos a partir del cual estaría expuesto a un nivel de carga potencialmente desigual (Hughes y Waite, 2002). La aparición de nuevas formas familiares define un mapa diferente en la repartición de la carga de trabajo total. Un ejemplo ilustrativo es el caso de las familias monoparentales, donde las tareas que anteriormente eran compartidas entre los dos miembros de la pareja pasan a ser asumidas por una sola persona.

Esta carga derivada de la pertenencia a un hogar se define también a partir de los roles de género asignados a cada uno de los miembros. De hecho, el vínculo entre las desigualdades de género y la salud es uno de los temas que ha captado un mayor interés por parte los investigadores en salud pública de nuestro país (García-Calventea et al., 2004; Borrell et al., 2004). Precisamente en este aspecto el estudio de la relación entre familia y salud contribuye a entender mejor las desigualdades en salud definidas a partir de los roles de género. Desde la Demografía ya ha sido estudiado en multitud de trabajos cómo se articulan las desigualdades de género en el ámbito del hogar producto de las responsabilidades que cada individuo tiene dentro de su hogar en función de las posibles relaciones familiares (básicamente, de pareja y/o de carácter paterno/materno-filial) (Solsona, 2011; Goldscheider et al., 2013). Estas relaciones, a su vez, están muy vinculadas con el nivel de carga que cada individuo acaba asumiendo,

teniendo en cuenta el contexto actual de una revolución incompleta de género (McDonald, 2000; Goldscheider, 2000). Ésta se corresponde con la diversificación de los roles asumidos por las mujeres, proceso que no se ha producido con la misma intensidad entre los hombres. Así nos encontramos en un momento en el que las mujeres españolas se encuentran expuestas a un nivel de carga de trabajo total muy superior a la que se exponen los hombres que se asocia a situaciones de frustración y estrés (Rosales, 2003).

Las acciones sobre la familia dirigidas a reducir las desigualdades de género incidirían también sobre la salud poblacional. De hecho, dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio propuestos por la ONU se relacionan con este tema (Canela-Soler y Nebot-Adell, 2006). La promoción de acciones de carácter preventivo cuyo destino son aquellas subpoblaciones que muestran un perfil sociodemográfico asociado a una peor salud, complementando de este modo las acciones reactivas sobre las causas inmediatas de las enfermedades y sus consecuencias en los sistemas sanitarios. Este tipo de políticas han centrado su atención hasta el momento sobre el estatus socioeconómico de los individuos. Sin embargo, complementar el perfil sociodemográfico de las subpoblaciones a las cuáles irían dirigidas estas acciones permitiría la mejora de sus resultados y la optimización de recursos. Esto ha llevado a que en el tercer artículo de la tesis se haya evaluado el papel relativo de diversos determinantes sociales de la salud como la propia familia, la relación con la actividad, la educación, el capital social y la nacionalidad. De este modo es posible establecer un rango de importancia de cada uno de éstos tanto para hombres como para mujeres.

Sin embargo, el conocimiento sobre la relación entre familia y salud no sería completo si no se exploran los mecanismos que explican cómo se establece esta relación, además de su intensidad. El estudio de estos mecanismos ha cobrado importancia recientemente dentro de la disciplina de la Demografía toda vez que se han encontrado indicios sólidos de que la relación entre ambos factores es de carácter bidireccional (la familia influye sobre la salud de los individuos, mecanismo conocido como causalidad; y la salud es uno de los factores que define las probabilidades de experimentación de los diferentes eventos familiares, mecanismo conocido como selección). En un principio fueron mayoritarios los trabajos que abordaron la relación entre familia y salud desde la perspectiva de la causalidad. Sin embargo, trabajos recientes han propuesto analizar la relación en sentido contrario, obteniendo signos sobre la existencia de un mecanismo de selección: la salud como un factor que influye en el acceso de los individuos a las diferentes situaciones familiares como convivir o no en pareja, la continuidad de la relación de pareja, o el tener un hijo/a. Dentro del mercado matrimonial, aquellos individuos con un mejor estado de salud han mostrado probabilidades más altas

tanto de encontrar pareja como de mantener su relación en el tiempo (Joung et al., 1998; Brockmann y Klein, 2004). En cuanto al efecto de selección según estado de salud a la hora de tener hijos, este mecanismo ha sido explorado fundamentalmente desde el campo de la medicina, mientras que las ciencias sociales no le han prestado mucha atención hasta el momento, con alguna excepción. Una de estas excepciones es el trabajo de Teachman (2010), que a partir del seguimiento de una muestra individuos durante 25 años en Estados Unidos mostró que la salud física de los individuos condicionaba sus probabilidades de tener hijos.

Por todo esto, se ha explorado en el cuarto y último artículo la bidireccionalidad de la relación entre familia y salud con el objetivo de entender el papel de los mecanismos de selección y de causalidad⁵ en el caso español, ayudando a entender el origen de los resultados encontrados en los tres artículos anteriores. Este incipiente debate sobre los mecanismos que establecen la relación entre la salud y sus determinantes no se limita a la familia, ya que otros factores como por ejemplo la educación y la relación con la actividad también han mostrado indicios de esta doble dirección (Goldman, 1994; Hudson, 2005). Los trabajos sobre esta temática tienen en común la utilización de métodos de análisis longitudinal, igualmente aplicados en nuestro artículo, que permiten estudiar ambos mecanismos de manera dinámica en el tiempo, pudiendo sacar de este modo conclusiones sobre el comportamiento de los individuos según sus características iniciales tanto de salud como de familia.

Fuentes estadísticas

Encuesta Nacional de Salud

La ENSE fue ideada para ser la mayor fuente de información sobre aspectos de la salud de la población española no institucionalizada. Su objetivo es captar información relativa a temas de salud sobre esta población tanto si utiliza los servicios sanitarios (de la cual ya se tenía información de los registros en tales servicios) como si no. Además la ENSE recopila información sobre el uso la población realiza de los servicios sanitarios, más allá de la que se recoge mediante los sistemas de información rutinarios integrados en los mismos servicios

⁵ La relación de causalidad entre un determinante social cualquiera y la salud es de tipo indirecto por definición. De este modo, cuando hablamos de causalidad lo que estamos explorando es una cuestión secuencial (el estado de salud posterior a la experimentación de un evento familiar).

sanitarios, con la finalidad de realizar una mejor planificación sanitaria ajustada a las necesidades reales de la población.

El organismo responsable de realizar la ENSE desde su inicio en 1987 fue el Ministerio de Sanidad y Consumo. Las entidades encargadas de realizar las tareas de muestreo, cálculo y afijación de la muestra y del trabajo de campo fueron el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) para las ediciones de 1987 a 2001, pasando a partir de 2003 a ser responsabilidad del Instituto Nacional de Estadística (INE), institución que realiza las mismas tareas para la muestra española de la Encuesta Europea de Salud.

Una característica que se mantiene a lo largo de las diferentes ediciones ha sido la edad de la población objetivo de la encuesta, así como la realización de dos cuestionarios separados con preguntas diferentes según grandes grupos edad: población de 16 años y más, y población de 0 a 15 años. Teniendo en cuenta uno u otro universo, se realizaron diseños muestrales diferenciados cuyo diseño ha cambiado dependiendo de la institución encargada de la encuesta (en un principio la unidad de muestreo fue el individuo, mientras que en las últimas ediciones ha sido el hogar).

El objetivo inicial fue el de crear una encuesta de carácter bianual, y aunque esto no se consiguió de manera estricta, la ENSE mantiene una periodicidad bastante regular. Se han realizado hasta el momento ocho ediciones de la encuesta hasta 2011 (1987 y 1993, 1995 y 1997, 2001, 2003, 2006, 2011), con un número de personas entrevistadas superior a 20.000 en todas las ediciones menos en las de 1995 y 1997. Actualmente la periodicidad de la ENSE ha pasado a ser quinquenal, aprovechando que en los años intermedios se realiza la Encuesta de Salud Europea, cuyo cuestionario y metodología de muestreo es comparable con la actual ENSE.

The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

La Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) es la primera encuesta realizada en diversos países del ámbito europeo que permite el estudio conjunto de temas como la salud, el cuidado, la jubilación y el estatus socioeconómico controlando mediante variables de naturaleza demográfica. La primera edición de la encuesta contó con la participación de once países (Austria, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Holanda, España, Suecia y Suiza). A lo largo de las ediciones posteriores se incorporaron países como la República Checa, Polonia e Israel.

La unidad de muestreo es el hogar, seleccionados mediante muestras probabilísticas en cada país. La población objetivo son los individuos de 50 años y más en el momento de la entrevista que residen en los hogares seleccionados. La tasa media de respuesta de estos hogares fue de 61,8%, mientras que la tasa media de respuesta por parte de los individuos fue del 85.3%.

SHARE fue inicialmente diseñada como una encuesta de tipo panel, de la cual se han realizado cinco ediciones (2004/05, 2006/07, 2008/09, 2010/11, y 2012/13). Sin embargo, en la tercera edición se contempló la necesidad de completar la información del seguimiento de cada individuo con datos sobre la biografía de estos. De este modo, esta tercera edición ha pasado a ser conocida como SHARELIFE, en la cual además de la detallada información contemplada sobre los temas centrales de la encuesta (salud, cuidado, envejecimiento y jubilación), también se tiene acceso a información que permite reconstruir la biografía de salud, de pareja o laboral de los individuos entrevistados.

La muestra total de SHARELIFE fue de 26.836 entrevistados procedentes de 13 países (los 11 anteriores más Polonia y la República Checa). El rango de las muestras varió de 847 en Austria a 2.951 para Grecia. Para España la muestra inicial fue de 2.048 individuos.

Encuesta de Condiciones de Vida Europea

La Encuesta de Condiciones de Vida Europea (EU-SILC) es un instrumento estadístico cuyo objetivo es el de compilar información de manera continua en el tiempo que sea representativa de la situación de los países europeos a nivel tanto transversal como longitudinal, prestando una atención especial a la información sobre ingresos, pobreza y exclusión social. Esta información debe ser comparable entre todos los países participantes.

La primera edición de EU-SILC se realizó en 2004 en 15 países del ámbito europeo (Austria, Bélgica, Dinamarca, Estonia, España, Finlandia, Francia, Alemania, Irlanda, Islandia, Italia, Luxemburgo, Noruega, Portugal y Suecia). De manera progresiva se han ido incorporando nuevos países a la encuesta, llegando en la actualidad a tener información sobre los países de la UE-25, más Noruega, Islandia, Bulgaria, Turquía, Rumanía y Suiza. Esta primera edición, al igual que las siguientes, toma como referencia el año anterior en la recogida de la información.

EU-SILC recopila información desde dos ópticas diferentes:

- Transversal en un momento concreto, con variables sobre ingresos, pobreza, exclusión social y condiciones de vida

- Longitudinal, mediante formato de panel durante un máximo de 4 años, sobre los cambios que cada individuo experimenta a lo largo del tiempo

La unidad de muestreo son los hogares (16.000 aproximadamente en España en cada una de las ediciones, lo que implica que se recopila información sobre aproximadamente 30.000 personas entrevistadas). El hecho de tratarse de una encuesta de formato panel con cuatro años de seguimiento a los individuos implica que en cada edición de la misma se sustituya un 25% de las muestras de hogares en cada uno de los países, así como el porcentaje variable de hogares que deciden abandonar su participación. En el caso de que los individuos entrevistados en ediciones anteriores hayan cambiado de domicilio, se ha intentado contactar con ellos para proseguir con el seguimiento.

El cuestionario contempla la recogida de información del individuo entrevistado, del conjunto de miembros del hogar diferenciando entre adultos y menores de 13 años y del propio hogar de manera conjunta. El objetivo principal es la recogida de información sobre las condiciones de vida de los entrevistados, siendo las preguntas vinculadas con los aspectos de la economía de los individuos (renta, gastos de la vivienda, capacidad para llegar a final de mes, etc) las que tienen un mayor peso dentro del cuestionario.

Encuesta Europea de Salud

La Encuesta Europea de Salud (EES) nace en el marco por el interés de recabar información útil para la confección de políticas de salud pública a partir de la identificación de los problemas de salud de la población. Esta información debe ser además comparable entre los diferentes estados miembros de la Unión Europea. En el caso concreto español, se aprovechó el hecho de la existencia de una encuesta propia de salud para adaptar de manera progresiva sus dos últimas ediciones (2003 y 2006) a las características de la EES tanto en materia de diseño muestral como en contenido del cuestionario.

En cuanto a la selección de la muestra se ha utilizado un muestreo en tres etapas mediante selección probabilística de las unidades de cada una de las tres etapas, estratificando las unidades de la primera etapa (secciones censales). Las unidades de la segunda y de la tercera etapa respectivamente han sido los hogares, y dentro de estos, los individuos de 16 años o más. Finalmente se recogió información sobre 22.000 personas entrevistadas.

Por lo que respecta al cuestionario, al igual que en el caso de la EU-SILC, se contempla la recogida de información tanto sobre el individuo entrevistado como sobre los miembros del hogar en general (sin diferenciar en este caso según su edad). El cuestionario individual se estructuró en cuatro grandes módulos generales: estado de salud, determinantes de salud, asistencia sanitaria y variables sociales. Estos cuatro grupos eran de inclusión obligatoria para garantizar la comparabilidad entre países, aunque cada país tuvo la posibilidad de incluir preguntas propias.

Guión de los artículos dentro de la tesis

Primer artículo:

Título: “¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetiva de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud”

Revista: Revista Estadística Española (en prensa; aceptada su publicación el 1-08-2013)

Este artículo tiene por objetivo mostrar el perfil de salud subjetiva de la población española en aras de contextualizar esta dimensión de la salud. Para ello se han planteado dos objetivos principales, los cuales han sido abordados mediante una óptica transversal. El primero es el de describir el perfil de salud subjetiva de la población española entre 1987 y 2006 por sexo y edad a través del estado de salud autopercebido (salud subjetiva) de los individuos entrevistados en las diferentes ediciones de la Encuesta Nacional de Salud de España. Una vez definido este perfil, se han comparado las prevalencias de mala salud autopercebida con las probabilidades de morir (salud objetiva). Esta comparación se realiza con el propósito de entender mejor cual es la relación entre estas dos dimensiones de la salud.

La relación entre ambos indicadores ya había sido estudiada anteriormente, llegando a la conclusión que la salud autopercebida es un buen predictor de la mortalidad en el corto y medio plazo en las edades adultas y mayores (Maddox y Douglas, 1973; Mossey y Shapiro, 1982; Milunpalo et al., 1997; Singh-Manoux et al., 2007). La importancia de esta relación se basa en el hecho que cuando se trabaja con población joven y adulta se precisa de indicadores de gran sensibilidad hacia las diferencias de salud entre los individuos, ya que se trata de un contexto de baja morbilidad el cual deriva en un alto grado de homogeneidad en el perfil de salud.

Las fuentes de datos utilizadas han sido las diferentes ediciones desde 1987 a 2006 de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) en el caso de la salud autopercebida, como ya se ha avanzado, y el Movimiento Natural de la Población (MNP) para la mortalidad.

Segundo artículo:

Título: “The relationship between health and partnership history over adulthood: insights through retrospective information from Europeans aged 50 and over”

Revista: European Journal of Ageing (publicado el 03/05/2014)

El objetivo del artículo es la revisión de la relación entre el estado de pareja y la salud con especial atención a las edades mayores ante la posibilidad apuntada en otros trabajos de un posible efecto de la selección por supervivencia sobre el patrón de esta relación encontrado en la mayoría de trabajos.

Tal y como ya se ha mencionado, la literatura sobre la relación entre estado de pareja y salud muestra una consistente situación ventajosa entre aquellas personas que conviven en pareja, tanto si se mide a través de la mortalidad como mediante indicadores de salud objetiva o subjetiva. Este resultado se repite independientemente del país de estudio como del momento temporal (Farr ya mostró este resultado en 1885 en su estudio para la ciudad de Londres). Sin embargo, un pequeño número de trabajos han llegado a resultados que no corroboraban este comportamiento. Regidor et al. encontraron como a partir de las edades de 65 años y más las personas casadas no mostraban probabilidades menores de morir respecto a las solteras, siendo este cambio no achacable a problemas de tamaño de la muestra ya que los autores analizaron toda la población residente en la Comunidad de Madrid mayor de 24 años a partir del registro civil de la población y los registros de mortalidad para el periodo 1996-1998. Estos resultados se repiten, como mínimo, en otros dos trabajos para países como Estados Unidos, Suecia, Holanda y de nuevo para España (Goldman et al., 1995; Bardage et al., 2005), esta vez mediante muestras de individuos. Todos estos trabajos tienen en común el hecho de trabajar únicamente con individuos en edades maduras y mayores. Goldman (1995) al igual que Regidor et al. (2001), propusieron como hipótesis explicativa de este hecho la posibilidad de un efecto de selección por supervivencia entre la subpoblación en una situación de desventaja, que correspondería en este caso a los solteros de larga duración.

Además estos trabajos motivaron el interés por explorar si la desaparición de la ventaja en términos de salud de las personas que conviven en pareja respecto a las solteras se da sistemáticamente entre la población mayor de diferentes países europeos (Austria, Bélgica, República Checa, Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Holanda, Polonia, Suecia, España y Suiza), concretamente los que participaron en la encuesta SHARELIFE entre otoño de 2008 y verano de 2009. Esta encuesta toma como población de referencia a los individuos de 50 años y más de cada uno de estos países. Para ello, en vez de utilizar una óptica de análisis transversal, se optó por aprovechar la oportunidad que la encuesta ofrece de poder reconstruir la biografía de situación de pareja de cada individuo a partir de información retrospectiva. El indicador de salud tomado ha sido la respuesta a la pregunta “¿Ha tenido algún episodio de mala salud diferencial en comparación al resto de su vida? En caso afirmativa, diga cuándo fue”. El hecho de que cada individuo se viera obligado a hacer balance de su historial de salud y priorizar un único episodio de mala salud pone en evidencia la naturaleza subjetiva de la pregunta, ya que un episodio de mala salud diferencial puede ser de características bien distintas dependiendo de cada individuo y de su trayectoria.

La metodología utilizada ha sido la de análisis de supervivencia, tomándose como evento el inicio del periodo de mala salud, en caso de existir. Se tuvo en cuenta la biografía de los individuos a partir de la edad 30 para evitar de este modo las edades jóvenes donde la soltería es de tipo estructural a la vez que el estado de salud frecuentemente es bueno. Se ha tomado la edad 30 debido a que el 82,5% de la muestra para el total de países analizados ya se encontraba en una situación de pareja distinta a la soltería en esta edad.

Los resultados obtenidos muestran que cuando se trabaja con muestras de individuos en edades mayores y avanzadas, la situación ventajosa de salud de aquellos que conviven en pareja respecto a los que permanecen solteros desaparece, incluso cuando se analiza su biografía en las edades adultas. Estos resultados no implican que se dude del hecho de que las personas que conviven en pareja muestren un mejor perfil de salud, sino que apuntan a la hipótesis de la existencia de un efecto de selección por supervivencia. Esta selección parece afectar al signo de la relación entre salud y pareja debido a la reducción de la heterogeneidad del perfil de salud de la subpoblación cuyas condiciones han sido más adversas a lo largo de su vida (los solteros en el caso de la situación de pareja).

Tercer artículo:

Título: “Posición en el hogar y género: desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España”

Revista: Revista Internacional de Sociología (en prensa; aceptada su publicación el 21/10/2013)

El artículo tiene un doble objetivo. El primero es el de expandir el análisis de la relación entre familia y salud al resto de relaciones familiares que se localizan dentro del hogar más allá del estado de pareja. Y el segundo es el de identificar el papel relativo de la familia como determinante social de la salud subjetiva en comparación con otros determinantes de distinta naturaleza como son la relación con la actividad, el nivel educativo, el capital social y la nacionalidad. Estos objetivos han sido evaluados de manera independiente para hombres y mujeres.

Normalmente los trabajos que han abordado el estudio de la relación entre el conjunto de relaciones familiares dentro del contexto del hogar y la salud han optado por tomar la estructura del hogar como aproximación a las relaciones familiares que se localizan en este ámbito, acotando la edad de la población de estudio para reducir posibles ambigüedades dentro del mismo perfil de hogar (por ejemplo, acotar las edades a la subpoblación adulta implica que las parejas sin hijos lo sean porque no los han tenido, no porque estos se hayan emancipado, como sucede en las parejas de edades mayores y avanzadas). Sin embargo, esta aproximación no permite analizar a los individuos que permanecen en el hogar de sus padres en edades adultas, situación que tiene un peso relativo importante en los hogares españoles. Es por ello que se ha optado por una nueva aproximación, la posición en el hogar de cada individuo, definida a partir del hogar y del núcleo familiar. El hogar lo conforman las personas que residen habitualmente en la misma vivienda. El núcleo familiar corresponde por definición a: 1) una pareja sin hijos; 2) una pareja con algún hijo; 3) una madre sin pareja y con algún hijo (monoparental femenina); 4) un padre sin pareja con algún hijo (monoparental masculino). A su vez, la posición en el núcleo distingue cuatro situaciones: en pareja sin hijos, en pareja con algún hijo, padre o madre solo/a, posición de hijo/a en un núcleo.

En cuanto al segundo objetivo, la constatación de la existencia de múltiples determinantes sociales de la salud a partir de la revisión de la bibliografía llevó a plantear la duda de si detrás de las variables de familia no se escondía la influencia de otro factor que estuviera llevando a afirmaciones erróneas sobre la relación entre familia y salud. La literatura señala que los factores tenidos en cuenta (estatus socioeconómico, nivel educativo, capital social y

nacionalidad) así como la familia muestran una clara relación con las desigualdades en salud dentro de las poblaciones, pero rara vez han sido analizados conjuntamente para poder determinar su importancia relativa. A estos determinantes sociales se les han incorporado variables de control relacionadas con la salud objetiva para comprobar cuál es el efecto neto de estos determinantes sobre la percepción de la salud a igual estado de salud objetiva.

Se ha tomado la perspectiva de género en la interpretación de los resultados debido a su estrecho vínculo con ambos objetivos. En el caso de las relaciones familiares dentro del hogar, los roles de género definidos dentro de este ámbito ejercen una alta influencia a la hora de definir las responsabilidades de cada individuo, hecho que modifica la percepción de los individuos de su salud. En cuanto al peso relativo de cada determinante, es más que probable que este sea diferente en hombres y mujeres como consecuencia de las desigualdades de género tanto dentro como fuera del ámbito familiar.

La edad de la población estudiada se ha acotado al intervalo 30-64 años con el objetivo de restringir el análisis a una población con mayor grado de homogeneidad en cuanto al ciclo laboral y familiar, y en la que los efectos de las desigualdades de género sobre la salud pueden resultar más evidentes. Además, se ha buscado evitar el efecto de la selección por supervivencia apuntado en el artículo anterior.

A su vez, los dos objetivos marcados establecen la necesidad de trabajar con un indicador de salud de naturaleza subjetiva que sea altamente sensible a las diferencias de salud entre individuos con un nivel bajo de heterogeneidad en su perfil de morbilidad, como es la población en el rango de edades del estudio. Por esta razón, se ha optado por el indicador de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este indicador consiste en una escala aditiva resultado de sumar los valores de las respuestas dadas a una batería de nueve preguntas. Estos nueve ítems proceden del conjunto de preguntas pertenecientes al llamado instrumento SF-36 (INE, 2009). Los ítems recogen información sobre la percepción de cuatro dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud: el impacto emocional, el cansancio psicológico, la vitalidad y el estado de ánimo de los individuos.

Debido a la naturaleza de la fuente de datos, la óptica de análisis tomada es transversal. Los resultados muestran que la monoparentalidad es la posición del hogar asociada a una peor CVRS, penalizando en mayor medida a las mujeres. Entre los hombres, la CVRS se muestra más sensible a la convivencia o no en pareja. Además, la posición en el hogar es más determinante sobre la CVRS que los indicadores de estatus individual entre la población femenina, lo que no ocurre entre la masculina.

Este tercer artículo, además de haber tenido en cuenta los resultados y conclusiones de los dos anteriores en su elaboración, sirve también para complementarlos dentro del conjunto de la tesis. En el artículo anterior se había explorado la relación entre estado de pareja y salud para las edades avanzadas y mayores, dejando por analizar los grupos de edad jóvenes y adultos. Esta carencia queda cubierta mediante este tercer artículo ya que las posiciones en el hogar pueden ser reagrupadas según el hecho de convivir en pareja (en pareja sin o con hijos) o no (posición de hijo/a, vivir solo/a, monoparenal), con el añadido de que el mayor detalle que ofrece esta nueva aproximación permite reducir la heterogeneidad según familia de la población analizada.

Cuarto artículo:

Título: “Eventos familiares y salud en España: mecanismos de selección y causalidad”

Revista: Papers de Demografia (Working paper)

El último artículo tiene como objetivo, una vez analizada la relación entre familia y las desigualdades en salud subjetiva en la población española, explorar si los resultados obtenidos se deben a un efecto de causalidad (la familia condiciona el estado de salud) o si por otro lado existe un proceso de selección previo. Es decir, el estado de salud condiciona la experimentación de los eventos familiares y esto explicaría realmente los diferentes perfiles de salud.

Los determinantes sociales de la salud, entre ellos la familia, muestran una relación con la salud de tipo indirecto, tal y como ya se ha comentado con anterioridad. Esta naturaleza indirecta ha derivado recientemente en un interesante debate académico sobre cuál es la naturaleza de esta relación. En el caso concreto de la familia, el debate consiste en tratar de explicar si esta condiciona el estado de salud y su percepción por parte de los individuos, o por el contrario los individuos que experimentan los eventos familiares están seleccionados mediante diferentes criterios, entre los cuales está la salud, lo que explicaría las diferencias en sus perfiles. Este debate ha sido propiciado por el continuo aumento en el número de fuentes de información de tipo longitudinal, ya que desde una aproximación transversal no sería posible abordar esta cuestión.

Los eventos familiares analizados han sido el inicio y final de la convivencia en pareja, y el nacimiento de un hijo/a. En cuanto a la salud subjetiva, esta ha sido aproximada a partir de la

autopercepción de cada individuo. Los mecanismos de causalidad y de selección han sido analizados de manera independiente, diseñando los modelos de análisis según las características de estos: para el mecanismo de causalidad se ha analizado cómo la experimentación de estos eventos familiares (variable independiente) modifica la probabilidad de declarar un estado de salud malo (variable dependiente). Mientras que en el caso de la selección, se ha analizado si los diferentes estados de salud (variable independiente) afectan a la probabilidad de experimentar uno de estos eventos familiares (variable dependiente). La población objeto de estudio ha sido adaptada a las singularidades de cada evento familiar, tanto según edad (se han tomado los grupos de edad donde estos eventos eran más frecuentes), como según la capacidad de experimentar los eventos en cuestión (por ejemplo, para el final de la convivencia en pareja se han tomado únicamente aquellos individuos que convivían en pareja al inicio del seguimiento). Todos los modelos calculados han sido estratificados según sexo y a su vez han estado controlados según edad, relación con la actividad, nivel educativo, convivencia con hijos y estado de salud inicial.

La fuente de datos utilizada ha sido la muestra española de la encuesta sobre Condiciones de vida en la Unión Europea (EU-SILC) para el periodo 2004-2009.

Los resultados muestran la existencia de efectos de selección y causalidad en la relación entre los eventos familiares y la salud con diferencias entre hombres y mujeres. Para los hombres se observa una influencia notable de la selección por salud: los hombres con mala salud presentan mayores probabilidades de finalización de una unión, y menores probabilidades de tener un hijo. Por el contrario, entre las mujeres españolas se observa una mayor influencia del mecanismo de causalidad. Así, la salud de las mujeres se ve afectada negativamente por el final de la convivencia en pareja y positivamente por el nacimiento de un hijo. Estas diferencias entre hombres y mujeres han sido explicadas a partir de las diferencias en los roles de género.

Resumen de resultados

La salud autopercebida en España entre 1987 y 2006 muestra una tendencia a la estabilidad en su patrón según sexo y edad. Este patrón estable se caracteriza por un incremento progresivo de sus valores con la edad, y confirma la paradoja de salud y supervivencia según sexo (mejor supervivencia de mujeres respecto de hombres, aunque estos declaran tener una mejor salud). Precisamente esta paradoja según sexo parece proceder en parte de la influencia de

determinantes sociales de diversa naturaleza, como se apunta para el caso de la familia en esta tesis. De hecho, se ha encontrado que cuando se controla la salud subjetiva (medida en este caso mediante la calidad de vida relacionada con la salud) mediante diferentes determinantes sociales (familia, relación con la actividad, nivel educativo, capital social, nacionalidad), además de por el estado de salud objetivo y la edad los valores de referencia (punto de corte con el eje de la regresión lineal) de esta salud son iguales para hombres y mujeres. Esto se observa en un contexto de lenta mejora de la mortalidad localizada en las edades avanzadas.

La comparación entre el comportamiento de la mortalidad, como representante de la salud objetiva, y de la salud autopercebida (mala y muy mala conjuntamente) como representante de la salud subjetiva, muestra dos tendencias diferenciadas según grandes grupos de edad. Entre las edades jóvenes y adultas, ambos indicadores muestran un patrón similar con comportamientos paralelos en ambos sexos. Es a partir de las edades maduras y avanzadas donde se observa un patrón divergente entre ambos indicadores, suavizándose el incremento según edad en el caso de la salud autopercebida tanto en hombres como en mujeres, mientras que en el caso de la mortalidad la tendencia ascendente no se rompe en ningún caso. De esta manera, en todos los análisis multivariables se han incluido variables de control vinculadas con la dimensión objetiva, o como mínimo con la evolución reciente de la salud, con el propósito de obtener la relación neta entre familia y salud. La manera de controlar la salud objetiva ha variado dependiendo de la fuente de datos utilizada y de la óptica de análisis.

Atendiendo a la relación entre familia y salud, ésta se muestra consistente, mostrando que sus efectos son evidentes en las poblaciones de manera tanto inmediata en las edades adultas donde se concentran los eventos familiares, como posteriormente en las edades avanzadas. El análisis de la relación entre la biografía de pareja y la salud realizado ha mostrado que cuando se trabaja con población en edades maduras y avanzadas, los patrones de esta relación presentan ciertas diferencias respecto a los encontrados cuando se trabaja con población en edades jóvenes o adultas. Los 13 países europeos analizados en el segundo artículo muestran, tanto de manera agregada como mediante modelos independientes, que cuando se analiza el tramo de edades 30-64 a partir de la información retrospectiva procedente de población de 50 años y más en el momento de la entrevista, la habitual situación ventajosa de salud de aquellos que conviven en pareja en una primera unión respecto a los individuos solteros deja de ser significativa.

Diversos resultados obtenidos en los mismos modelos van en la dirección de un posible efecto de selección de supervivencia, aunque los que parecen ser más consistentes son los procedentes del modelo para el conjunto de países. El primer indicio procede de la comparación de los riesgos de mala salud entre países. Tomando Holanda como referencia al ser el país con valores de mortalidad infantil inferiores a lo largo del periodo entre las dos guerras mundiales, la mayoría de países muestran riesgos mayores de mala salud, resultado coherente con el patrón de mortalidad en el pasado. Sin embargo, los únicos países que muestran no tener riesgos diferentes o incluso menores que la referencia (Holanda) son tres de los cuatro países que presentaban peores valores de mortalidad infantil en el periodo de entreguerras. Un segundo resultado en la dirección del efecto de la selección por supervivencia es el hecho de que la variable “edad en el momento de la entrevista”, equivalente a la cohorte, muestra como los individuos con edades mayores (cohortes más antiguas) presentan riesgos de mala salud menores que aquellos más jóvenes (cohortes más recientes). Ambos resultados van en contra de lo esperable a priori, a menos que haya habido un efecto de selección por supervivencia.

La divergencia mostrada entre el patrón de la salud subjetiva respecto de la mortalidad en las edades avanzadas, como el hecho de que haya resultados que apuntan a un efecto de selección por supervivencia que afecta a la relación entre familia y salud subjetiva en estas edades, han hecho que en parte de los análisis se haya trabajado sólo con las poblaciones en edades jóvenes y adultas. Precisamente en el grupo de edad 30-64 se observa una fuerte relación entre la familia aproximada a partir de la posición en el hogar de cada individuo y su salud subjetiva, medida en este caso a partir del indicador complejo de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

La posición en el hogar que implica la convivencia en pareja sin hijos es aquella que muestra mejores valores de CVRS respecto al resto, siendo esta diferencia más clara entre los hombres. Por el contrario, aquellas posiciones que implican la no convivencia en pareja como son el convivir con los padres, vivir solo/a y pertenecer a un núcleo monoparental son las situaciones que peores valores de CVRS presentan, siendo las dos primeras las peores situaciones entre los hombres, mientras que entre las mujeres lo son las dos últimas, destacando sobre todo la monoparentalidad en el caso femenino. En cuanto a la convivencia con hijos, los resultados muestran que esta situación familiar mitiga la situación ventajosa de salud de aquellos que conviven en pareja, mostrando valores intermedios entre las posiciones en el hogar que presentan mejores y peores valores de CVRS. Este efecto es más evidente entre los hombres, que muestran ya valores menores de CVRS cuando conviven con un solo hijo/a, mientras que

entre las mujeres el descenso no resulta ser significativo hasta que no tienen dos o más hijos/as.

Más allá de los resultados sobre la relación entre familia y salud a partir de la posición en el hogar, los coeficientes tipificados libres del efecto de la escala de las variables del análisis multivariado permiten establecer el peso explicativo de cada variable dentro del modelo diseñado y saber qué variables tienen un mayor efecto sobre los cambios de las CVRS. Estos coeficientes revelan un papel importante de la posición en el hogar para entender la variabilidad de la CVRS dentro del conjunto de factores sociodemográficos analizados (relación con la actividad, educación, capital social y nacionalidad), controlando por edad y salud objetiva. Concretamente, la posición en el hogar es la tercera variable en cuanto a su capacidad para explicar la varianza del indicador de CVRS en el modelo femenino, por detrás de las variables de salud objetiva y de capital social y por delante de las variables socioeconómicas (relación con la actividad y nivel educativo) y demográficas (edad y nacionalidad). En el caso masculino, el peso explicativo de esta variable es similar al femenino, con la única diferencia de que la relación con la actividad presenta una capacidad explicativa superior.

Esta relación entre familia y salud subjetiva parece establecerse a partir de dos mecanismos diferenciados, de selección y de causalidad, de manera diferenciada según sexo, aunque los resultados sólo muestran significación estadística para los eventos de finalización de la unión y de nacimiento de un/a hijo/a, dejando una incógnita sobre el evento de inicio de la convivencia en pareja. Los hombres muestran indicios de un efecto de selección según su estado de salud en la experimentación de estos dos eventos familiares. Una mejor salud reduce las probabilidades de finalizar la relación en la cual se encontraban al principio de su participación en el seguimiento entre los hombres en edades dentro del rango 25-54, mientras que aumenta sus probabilidades de tener descendencia en el seno de una pareja estable a lo largo de todo el seguimiento entre los hombres en el grupo de edad 25-44. Por otro lado, entre las mujeres los resultados para el efecto de selección no son significativos, mientras que sí lo son los de causalidad. Ellas muestran como la finalización de la relación de pareja en el rango de edades 25-44 entre aquellas que convivían en pareja al inicio del seguimiento incrementa sus probabilidades de declarar un mal estado de salud aunque no de manera inmediata. Además, el nacimiento de un/a hijo/a reduce las probabilidades de declarar mala salud entre las mujeres de 20-39 años que mantienen una relación de pareja a lo largo de todo el seguimiento, aunque este efecto positivo deja de ser significativo después de un año.

Referencias

- Abrahamson, P. (1995). "Regímenes europeos del bienestar y políticas sociales europeas: ¿convergencia de solidaridades?". en Sarasa, S. y Moreno, L. (eds). *El Estado del bienestar en la Europa del sur*. Madrid, CSIC-Ministerio de Asuntos Sociales.
- Abraído-Lanza, A.F. Dohrenwend, B.P. Ng-Mak D.S. y J.B. Turner. 1999. "The Latino mortality paradox: A test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses". *American Journal of Public Health*, 89(10): 1543-1548.
- Artazcoz, L. Escribà-Agüir, V. y Cortès, I. (2004). "Género, trabajos y salud en España." *Gaceta Sanitaria*, 18(2): 24-35.
- Bardage, C. Pluijm, S. M. Pedersen, N. L. Deeg, D. J. Jylhä, M. Noale, M. Blumstein, T. y Otero, A. (2005). "Self-rated health among older adults: a cross-national comparison". *European Journal of Ageing*, 2: 149-158.
- Benach, J.C. Muntaner, C. Muntaner y Bonet, C. (2005). *Aprender a mirar la salud: cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona, Editorial El Viejo Topo.
- Borrell, C. García-Calvente, M.M. y Martí-Boscà, J.V. (2004). "La salud pública desde la perspectiva de género y clase social". *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1): 2-6.
- Brockmann, H. y Klein T. (2004). "Love and death in Germany: The marital biography and its effect on mortality". *Journal of Marriage and Family*, 66: 567-81.
- Canela-Soler, J. y Nebot-Adell C. (2006). "Salud y Objetivos de Desarrollo del Milenio: mirando hacia 2015". *Medicina Clínica*, 127(6): 216-221.
- Castro, T. (2003). "Matrimonios de hecho, de derecho y en eterno aplazamiento: la nupcialidad española al inicio del siglo XXI". *Sistema*, 175-176: 87-112.
- Damian, J. Ruigomez, A. Pastor V. y Martín-Moren, J.M. (1999). "Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53; 412-16.
- Davey, G. Dorling, D. y Shaw, M. (eds.). (2001). *Poverty, Inequality and Health in Britain: 1800–2000: A Reader*. Bristol, Policy Press.
- Del Campo, S. y Rodríguez-Brioso, M.M. (2002). "La gran transformación de la familia española durante la segunda mitad del siglo XX". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 103-166.
- DeSalvo, K. B. Bloser, N. Reynolds, K. He, J. y Muntaner, P. (2006). "Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question". *Journal of General Internal Medicine*, 21(3): 267-275.

- Eggebeen, D.J. y Knoester, C. (2001). "Does fatherhood matter for men?". *Journal of Marriage and Family*, 63: 381-393.
- Evans, R. G. Barer, M. L. y Marmot, T. R. (eds.). (1994). *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*. New York, Aldine DeGruyter.
- Farr, W. (1885). *Vital statistics: a memorial volume of selections from the reports and writings of William Farr*. Royal Sanitary Institute.
- Ferrera, M. (1996). "The 'southern model' of welfare in social Europe". *Journal of European Social Policy*, 6(1):17-37.
- Frenk, J. Bobadilla, J. L. Stern, C. Frejka, T. y Lozano, R. (1991). "Elements for a theory of the health transition". *Health Transition Review*, 1 (1): 21 - 38.
- García-Calvente, M. M. Mateo-Rodríguez, I. y Maroto-Navarro, G. (2004). "El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres". *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 2): 83-92.
- Goldman, N. (1994). "Social factors and health: the causation-selection issue revisited". *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 91(4): 1251-1255.
- Goldman, N. Korenman, S. y Weinstein, R. (1995). "Marital status and health among the elderly". *Social Science and Medicine*, 40(2): 1717-1730.
- Goldscheider, F. K. (2000). "Men, children and the future of the family in the third millennium". *The Futurist*, 32:527-538.
- Goldscheider, F. Bernhardt, E. Brandén, M. (2013). "Domestic gender equality and childbearing in Sweden". *Demographic Research*, 29: 1097-1126.
- Halfon, N. y Hochstein, M. (2002). "Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research". *Milbank Quarterly*, 80(3): 433-479.
- Hudson, C. G. (2005). "Socioeconomic status and mental illness: tests of the social causation and selection hypotheses". *American journal of Orthopsychiatry*, 75(1): 3-18.
- Hughes, M.E. y Waite, L.J. (2002). "Health in household context: Living arrangements and health in late middle age". *Journal of Health and Social Behavior*, 43:1-21.
- Idler, E. y Benyamini, Y. (1997). "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". *Journal of Health and Social Behavior*, 38: 21-37.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). 2009. Encuesta Europea de Salud en España: Metodología. Madrid. Instituto Nacional de Estadística (INE). Consulta 10 de noviembre 2012 (<http://www.ine.es/metodologia/t15/t153042009.pdf>)
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (online) Consulta el 27 de Noviembre de 2013. (<http://www.ine.es/prensa/np673.pdf>)

Joung, I. Dike, H. Stronks, K. Van Poppel, F. y Mackenbach, J. (1998). "A longitudinal study of health selection in marital transitions". *Social Science and Medicine*, 46(3): 425-435.

Joutsenniemi, K. (2007). "Living arrangements and health." PhD Dissertation. Department of Public Health. University of Helsinki, Helsinki.

Juárez, S. (2012). "Migration and Health. The relationship between self-assessment of health and diagnosed morbidity in young adults". *Anales de Psicología*, 28(2): 350-357.

Koskinen, S. Joutsenniemi, K. Martelin, T. y Martikainen, P. (2007). "Mortality differences according to living arrangements". *International Journal of Epidemiology*, 36: 1255-1264.

Lillard, L. y Waite, L. (1995). "Til death do us part: Marital disruption and mortality". *American Journal of Sociology*, 100(5): 1131-1156.

Lillard L. y Panis, C. 1996. "Marital status and mortality: The role of health". *Demography*, 33(3): 313-327.

Maddox, G.L. y Douglas, E.B. (1973). "Self-Assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects". *Journal of Health and Social Behavior*, 14: 87-93.

Marmot, M. Wilkinson, R. G. (1999). *Social determinants of health*. Oxford, Oxford University Press.

Marmot, M. (2005). "Social determinants of health inequalities". *The Lancet*, 365: 1099-1104.

Martikainen, P. Martelin, T. Nihtilä, E. Majamaa K. y Koskinen. S. (2005). "Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: Analyses of changes in marital-status distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death". *Population Studies*, 59(1): 99-115.

McDonald, P. (2000). "Gender equity in theories of fertility transition". *Population and Development Review*, 26(3): 427-440.

Miilunpalo, S. Vuori, I. Oja, P. Passanen, M. y Urponen, H. (1997). "Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population". *Journal of Clinical Epidemiology*, 50: 517-28.

Mossey, J.M. y Shapiro, E. (1982). "Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly". *American Journal of Public Health*, 72: 800-08.

Navarro, L. (2006). "Modelos ideales de familia en la sociedad española". *Revista Internacional de Sociología*, 43: 119-138.

Notestein, F. W. (1945). "Population - The long view". en Schultz, T.W. (ed.) *Food for the world*. Chicago, University of Chicago Press.

Omran, A. R. (1971). "The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change". *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 509-538.

Omran, A.R. (1998). "The epidemiologic transition theory revisited thirty years later". *World Health Statistics*, 51: 207-17.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1946. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional sobre Salud, New York, 19-22 Junio.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2007). (online) A conceptual framework for action on the social determinants of health. Commission on social determinants of health. Consulta 15 de noviembre 2013 (http://www.who.int/social_determinants/corner/SDHDP1.pdf?ua=1)

Puga, D. Rosero-Bixby, L. Glaser, K. y Castro, T. (2007). "Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra." *Población y Salud en Mesoamérica* 5(1): 1-21.

Raphael, D. (ed.) (2004). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*. Toronto, Canadian Scholars' Press.

Rohlf, I. Borrell, C. y Fonseca, M.C. (2000). "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos". *Gaceta Sanitaria*, 14(3): 60-71.

Regidor, E. Calle, M. Domínguez, V. y Navarro, P. (2001) "Mortalidad según características sociales y económicas: Estudio de mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid". *Medicina Clínica*, 116: 726-731.

Rendall, M.S. Weden, M.M. Favreault, M.M. y Waldron, H. (2011). "The protective effect of marriage for survival: a review and update". *Demography*, 48:481-506.

Rosales, R.M. (2003). *Trabajo, salud y sexualidad: las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres*. Barcelona, Icaria Editorial.

Siegrist, J. y Marmot, M. (2006). *Social inequalities in health*. Oxford, Oxford University Press.

Singh-Manoux, A. Gueguen, A. Martikainen, P. Ferrie, J. Marmot, M. y Shipley, M. (2007) "Self-rated health and mortality: Short and long term associations in the Whitehall II Study". *Psychosomatic Medicine*, 69: 138-43.

Solsona, M. (2011). "El análisis demográfico desde la perspectiva de género". *Papers de Demografia*, 391: 1-15.

Soons, J. P. y Kalmijn, M. (2009). "Is Marriage More Than Cohabitation? Well-Being Differences in 30 European Countries". *Journal of Marriage and Family*, 71(5): 1141-1157.

Stephens, C. (1998). "The policy implications of health inequalities in developing countries." Pp. 288-307 en *Human Biology and Social Inequality*. 39th Symposium volume of the Society for the Study of Human Biology. Cambridge, Cambridge University Press.

Teachman, J. (2010). "Family life course statuses and transitions: relationships with health limitations". *Sociological Perspectives*, 53(2): 201-19.

Treviño R. y Gumà, J. (2013). "De la monoparentalidad a la reconstitución familiar: un análisis a partir de fuentes transversales". *Papers: revista de sociologia*, (98): 287-309.

Treviño R. (2007). Estructura y dinámica de la monoparentalidad en España. Tesis Doctoral, Departament de Sociologia. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

Umberson, D. (1987). "Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration". *Journal of Health and Social Behavior*, 28: 306-319.

Vaupel, J. W. Manton, K. G. y Stallard, E. (1979). "The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality". *Demography*, 16:439-454

Valkonen, T. Martikainen, P. y Blomgren, J. (2004). "Increasing excess mortality among non-married elderly people in developed countries". *Demographic Research*, 2: 305-330.

Waite, L. 1995. "Does marriage matter?". *Demography*, 32(4): 483-507.

Williams, R. B. (1998). "Lower socioeconomic status and increased mortality: early childhood roots and the potential for successful interventions". *The Journal of the American Medical Association*, 279:1745-1746

PUBLICACIONES

Los diferentes artículos han sido incluidos con el formato propio de cada una de las revistas (el formato final una vez publicados, como es el caso del segundo y cuarto artículo, o el requerido por parte de las revistas en el envío de los manuscritos en aquellos que están en prensa pendientes de publicación, como el primero y el tercero)

Primer artículo

**¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetiva de salud?
Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la
Encuesta Nacional de Salud**

Gumà, J. Cámara, A.D. (en prensa). Revista Estadística Española

¿INFORMA LA SALUD AUTOPERCIBIDA SOBRE LAS CONDICIONES OBJETIVAS DE SALUD? ALGUNAS CONCLUSIONES A PARTIR DEL ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE MICRODATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD (1)

Jordi Gumà (2) y Antonio D. Cámara (2)

(1) Este trabajo se inscribe en el marco del proyecto de investigación "Implicaciones sociodemográficas de las condiciones de salud en las edades adultas" y debe ser considerado como un producto del programa de I+D 2010-2012 (Ref. CSO2009-09851-SOCI). Además, forma parte de la tesis doctoral de Jordi Gumà Lao, inscrita en el doctorado de Demografía de la Universitat Autònoma de Barcelona

(2) Centre d'Estudis Demogràfics

¿INFORMA LA SALUD AUTOPERCIBIDA SOBRE LAS CONDICIONES OBJETIVAS DE SALUD? ALGUNAS CONCLUSIONES A PARTIR DEL ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE MICRODATOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA

RESUMEN

A partir de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) y de datos agregados de mortalidad del Movimiento Natural de la Población se estudia la relación entre la percepción subjetiva de la salud y las condiciones objetivas de salud en la población adulta española (mayores de 16 años).

Los resultados muestran que la salud autopercebida describe bien las transiciones de salud y sus diferencias por sexo en la población adulta hasta los 50 años, aunque para edades más avanzadas, salud subjetiva y objetiva muestran ser divergentes. Los factores que explican esta discrepancia entre indicadores subjetivos y objetivos de salud son objeto de discusión en el artículo.

Palabras clave: Salud autopercebida, mortalidad, salud objetiva, Encuestas de Salud, España

Clasificación AMS: 62-07; 91D20; 92D30

Does self-rated health inform on objective health status? Some conclusions from a demographic analysis of microdata from the Spanish Health Interview Survey

ABSTRACT

Microdata from the Spanish National Health Survey (ENSE) and mortality data from the Spanish Vital Statistics (Movimiento Natural de la Población –MNP-) are utilized to analyze the relationship between self-rated health and objective health conditions among Spanish adults (population aged 16+).

Results display that self-rated health responds adequately to health changes over the life course in adulthood as well as to their differentials by sex until about age 50. However, subjective and objective health show an increasing divergence in population older than 50. Discrepancies between self-rated and objective health status indicators are conveniently discussed.

Key words: Self-rated health, mortality, objective health status, Health Interview Surveys, Spain

MSC Classification: 62-07; 91D20; 92D30

INTRODUCCIÓN

La salud percibida por el individuo forma parte de un grupo de indicadores socio-sanitarios complementarios a la mortalidad en fases avanzadas de la transición epidemiológica en las que el escenario de salud no sólo se define por resultados fatales (mortalidad y sus causas) sino también por la mayor o menor prevalencia de enfermedades asociadas a los estilos de vida en regímenes de baja mortalidad (Omran, 1998). Es más, la salud autopercebida se ha mostrado como un indicador capaz de captar dimensiones más complejas del bienestar y la calidad de vida de los individuos (Rajmil et al., 2001; Moons, 2004) aun que su principal cualidad en el campo sanitario se a su estrecha relación con determinados componentes de salud objetiva como las capacidades funcionales de las personas o con las probabilidades de morir a nivel individual. Por ejemplo, Idler y Benyamini (1997) en una revisión de veintisiete trabajos que utilizaban este indicador mostraron que la respuesta de los individuos estaba en relación a la evaluación dinámica de su salud objetiva y que ésta, a su vez, se veía condicionada por la evolución reciente de las capacidades de los individuos.

Asimismo, aunque la mortalidad en fases avanzadas de la transición epidemiológica ha dejado de ser la fuerza determinante de los escenarios de salud, la salud autopercebida también ha mostrado su capacidad prospectiva sobre la supervivencia de los individuos a corto y medio plazo en edades adultas (Miilunpalo et al., 1998; Appels et al., 1996; McGee et al., 1999; Singh-Manoux et al., 2007) incluso en las edades avanzadas que concentran las ganancias en esperanza de vida en las sociedades desarrolladas actuales (Maddox y Douglas, 1973; Mosse y Shapiro, 1982). Es decir, a nivel individual, una salud autopercebida 'buena' correlaciona positivamente con las expectativas reales de vida (con un retraso de la mortalidad, en definitiva) así como con mejores resultados en determinados indicadores de salud objetiva como la capacitación funcional.

En España, diversos trabajos, la mayoría basados en la Encuesta Nacional de Salud (ENSE), han utilizado la salud autopercebida como indicador global de salud así como para la medición de las desigualdades en salud en función de determinantes socioeconómicos (Gonzalo y Párriz, 2004; Hernández y Jiménez, 2009). Sin embargo, la relación entre la salud autopercebida y las condiciones objetivas de salud a un nivel contextual (poblaciones estudiadas a partir de datos transversales) es un campo menos explorado y con seguridad más complejo. Por ejemplo, en el caso específico de España, investigaciones previas realizadas a partir de la ENSE de 2003 concluían la ausencia de relación entre la salud autopercebida y las condiciones objetivas de salud (entre ellas, las causas de mortalidad; Castro Vázquez et al., 2007).

En este estudio pretendemos analizar esta relación de una manera más sistemática, desde una perspectiva demográfica (en función del sexo y la edad) y a la vez dinámica mediante el análisis de cuatro ediciones de la ENSE (1987, 1993, 2001 y 2006) para cuyos años de realización fueron extraídos los datos de mortalidad por edad y sexo procedentes del Movimiento Natural de la Población (MNP). En un primer apartado del trabajo se analizan las tendencias recientes por categorías de salud autopercibida. Seguidamente se realiza el mismo análisis para las probabilidades de morir y, finalmente, se aborda la relación entre ambos indicadores por edad y sexo a lo largo del periodo seleccionado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Salud autopercibida. Los datos proceden de las muestras de adultos (población de 16 años y más) de la ENSE, la encuesta más completa sobre salud, comportamientos de riesgo y utilización del servicio sanitario existente en España. De las siete ediciones de la ENSE disponibles entre 1987 y 2006 hemos utilizado cuatro (1987, 1993, 2001 y 2006)¹. Se han descartado las de 1995, 1997 y 2003. Las dos primeras por tener un tamaño muestral sensiblemente inferior al resto (algo más de 6.000 casos frente a más de 20.000 en las restantes ediciones) y la última debido al alto porcentaje de informadores indirectos (hasta un 33% mientras que este tipo de informantes fue marginal o no consta como procedimiento válido en el resto de ediciones).

Cuando se pasó a estudiar la representatividad de las muestras definitivas para cada edición de la ENSE a la población española total no institucionalizada se detectaron algunos desajustes. Por ejemplo, para las primeras ediciones de la ENSE el número de personas mayores de 84 años tenía un peso relativo sobre la muestra menor que el peso relativo del grupo de edad sobre la población (en 1993 las personas de 85 años y más representaban un 0,78% sobre la muestra, y un 1,16% sobre el total de la población). Para lograr el ajuste de la muestra final de casos válidos a la población real se calcularon factores de ponderación según el sexo y los grupos de edad utilizados en el trabajo, prescindiéndose del criterio territorial. De este modo además se logró trabajar con un criterio unificado de ponderación, ya que éste fue variando entre ediciones de la ENSE. La población no institucionalizada registrada por el Instituto

¹ Los microdatos de la ENSE de 2011 fueron publicados en marzo de 2013, posteriormente por tanto a la realización y revisión del presente trabajo.

Nacional de Estadística en los censos de 1991 y 2001 fue utilizada como referencia a la hora de establecer las poblaciones reales utilizadas para el cálculo de los factores de ponderación (recordemos que la ENSE es una encuesta practicada exclusivamente a población residente en hogares). A modo orientativo, el porcentaje de población institucionalizada en España según los datos censales era inferior al 1 por ciento para cualquier edad y sexo hasta los 60 años tanto en 1991 como en 2001. En el grupo de 65 y más años, en 1991 ese porcentaje era del 1,86 (hombres) y el 3,17 (mujeres) y en 2001 era de 1,57 y el 2,87 respectivamente. El hecho de poder diferenciar entre población institucionalizada y no institucionalizada sólo a partir de los censos de población hace que tengamos que realizar estimaciones en los años intercensales. Los criterios de estimación han sido los siguientes:

- Para las poblaciones de 1987 y de 1993 se asume que el porcentaje por edad y sexo de población no institucionalizada sobre el total de la población es el del Censo de 1991. Los datos del INE no desagregan los porcentajes para la población mayor de 64 años y por tanto se ha supuesto a su vez que la distribución dentro de dicho grupo es la misma que en el Censo de 2001 que sí cuenta con esa desagregación.
- Para la población de 2006 se ha asumido que el porcentaje por edad y sexo de población no institucionalizada sobre el total de la población es el reflejado en el Censo de 2001.

El enunciado de la pregunta sobre la autopercepción de la salud así como las categorías de respuestas han permanecido invariables en todas las ediciones de la ENSE: *“En los últimos doce meses, ¿diría usted que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo?”*. Se han analizado todas las categorías de respuesta agregando las positivas (buena y muy buena) y las negativas (mala y muy mala). La categoría regular es analizada aparte ya que su matiz semántico en castellano es ambiguo y su capacidad de atracción de respuesta bastante alta debido a la simetría de la escala de medición (Maddox y Douglas, 1973; Mossey y Shapiro, 1982; Angel y Guarnaccia, 1989; Appels et al., 1996; OCDE, 2007).

La agregación de edades responde a necesidades de consistencia estadística (Tabla 1). Cada grupo de edad contiene un mínimo de 500 casos válidos por sexo. En el primer apartado de resultados (evolución de la salud autopercebida) se han utilizado grupos de edad cuyo rango es superior al quinquenal, sirviendo como criterio las diferentes etapas vitales de las personas (16-29: juventud; 30-44: primera etapa adulta; 45-64: adultos-maduros; 65-74: primer grupo edad avanzada; 75 y más: segundo grupo edad avanzada).

En cambio, los grupos quinquenales se han mantenido en la comparación con la mortalidad debido a la intención de identificar con el máximo detalle el posible punto de divergencia entre ambos indicadores.

Tabla 1 **Análisis de la respuesta a la pregunta de salud percibida**

Las prevalencias se calculan como el número de casos en una determinada categoría (por ejemplo los que declaran una salud buena o muy buena) sobre el total de respuesta válida a la pregunta por edad y sexo. Los intervalos de confianza de las prevalencias (disponibles a requerimiento) han sido calculados al 95% para poblaciones finitas bajo el supuesto de máxima incertidumbre ($p=q=0,5$).

Mortalidad. Los datos de mortalidad proceden del MNP correspondiente a los años de las ENSEs utilizadas. Primero se calcularon tasas específicas de mortalidad (m_x) por edad y sexo (muertes producidas a una determinada edad y para un determinado sexo dividido por la población media en esa edad y para ese sexo). Después se procedió a la transformación de las tasas en probabilidades de morir mediante el método de Reed y Merrel (1939) (fórmula 1).

Fórmula 1

$${}_nq_x = 1 - e^{-n \cdot m_x - 0,008 \cdot n^3 \cdot m_x^2}$$

Donde:

n = amplitud del intervalo de edad

${}_nq_x$ = probabilidad de morir entre las edades x y $x+n$

${}_nm_x$ = tasa de mortalidad específica entre las edades x y $x+n$

La probabilidad de morir para el grupo de edad abierto siempre toma valor 1 por definición. No obstante, puesto que la mayoría de encuestados en la ENSE dentro de ese grupo abierto no superaba los 84 años, se imputó la probabilidad de morir del grupo 80-84. Por el mismo motivo, el análisis específico de la mortalidad toma como último grupo de edad 75-84 años. Finalmente, para comparar las prevalencias de salud autopercebida con las probabilidades de morir se transformaron ambos indicadores mediante el

logaritmo natural con el objetivo de comparar el cambio relativo y evitar así la distorsión derivada de utilizar diferentes escalas.

RESULTADOS

Salud autopercebida

La figura 1 muestra la evolución temporal de las prevalencias de los tres estados básicos de salud subjetivos (Buena/Muy Buena, Regular y Mala/Muy Mala) a partir de las ediciones seleccionadas de la ENSE por grupos de edad y sexo.

Como era de esperar, el porcentaje de personas que declara una salud buena o muy buena disminuye con la edad. En cuanto a las tendencias, la mayoría de edades no presentan cambios estadísticamente significativos a lo largo de los casi veinte años que cubre el análisis. Sí se registran ciertos cambios en los grupos de edad que van de los 45 a los 74 años (adultos-maduros y primera vejez) en los hombres. Entre las muestras masculinas de 45-64 años se observa una tendencia de incremento en la prevalencia pero sin ser estadísticamente significativo tal y como muestran los intervalos de confianza (I.C.), pasando de un 62,9% (I.C. de $\pm 3,1\%$) en 1987 a un 66,4% (I.C. de $\pm 2,9\%$) en 2006, mostrando un valor máximo de 71,8% (I.C. de $\pm 3,6\%$) en 2001. En el caso de los hombres de 65-74 años el incremento es continuo, pasando de un valor de 45,8% (I.C. de $\pm 3,9\%$) en 1987 a 53,4% (I.C. de $\pm 3,8\%$) en 2006. Entre las mujeres este incremento se detecta en el grupo de edad 45-64, pasando de una prevalencia de 50,8% (I.C. de $\pm 3,0\%$) a una de 55,1% (I.C. de $\pm 3,2\%$) al final del periodo de estudio, con un máximo también en el año 2001 de 57,8% (I.C. de $\pm 3,8\%$). En este caso la tendencia tampoco se ve respaldada estadísticamente debido a la coincidencia de los I.C.

En la categoría regular, la estabilidad en el tiempo es aún más notable ya que únicamente el grupo de edad 45-64 muestra una tendencia consistente, en este caso de descenso, de sus valores en ambos sexos. No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas. Las prevalencias pasan de un 27,2% en 1987 (I.C. de $\pm 3,1\%$) a 24,5% en 2006 (I.C. de $\pm 2,9\%$) entre los hombres y de 36,3% (I.C. de $\pm 3,0\%$) a 32,6% (I.C. de $\pm 3,0\%$) en las mujeres para los mismos años. Se observa una aparente

irregularidad en el patrón por edades entre 1987 y 1993 ya que las prevalencias de las edades mayores (65-74 y 75 y más) se superponen o incluso las de 65-74 llegan a ser superiores en el caso femenino.

Por último, las prevalencias de salud subjetiva Mala o Muy Mala muestran también poca variabilidad a lo largo del tiempo para la mayoría de grupos de edad. Sólo los mayores (65-74) en el caso de los hombres y los más mayores (75 y más) en ambos sexos presentan algunos cambios que, no obstante, no conforman una tendencia consistente durante el periodo analizado.

Figura 1. Salud autopercibida por sexo y grupos de edad. España (1987-2006).

Mortalidad

Durante el mismo periodo de tiempo, la mortalidad mostró descensos moderados en valor absoluto entre los adultos jóvenes (16-29 y 30-44) y una tendencia a la estabilidad en el caso de las mujeres para los últimos años de estudio (Figura 2). Sin embargo, si analizamos los cambios relativos se puede observar que las probabilidades de morir presentan descensos importantes entre el principio y el final del periodo, presentando valores cercanos al 50% en ambos sexos (de 0,018 a 0,008 en los hombres y de 0,006 a 0,004 en las mujeres) para el grupo de edad 16-29 y cercano al 30% para el grupo de edad 30-44, también en ambos sexos (de 0,029 a 0,020 en los hombres y de 0,013 a 0,01 en las mujeres). En el caso de las probabilidades de morir entre los adultos maduros y los dos grupos de edades avanzadas (45-64, 65-74 y 75-84) se muestra un descenso continuo a lo largo del periodo de estudio. En términos relativos, éste descenso fue más destacado en el grupo de edad 65-74 (de 0,306 a 0,212 en los hombres, un 30% menos; y de 0,158 a 0,094 en las mujeres, un 40% menos).

Cuando comparamos los valores entre sexos se observa como al contrario de lo que pasa con la salud autorpercibida, las probabilidades de morir son siempre superiores entre los hombres respecto a las mujeres.

Figura 2. Probabilidades de morir por sexo y grupos de edad. España (1987-2006)

Salud autopercebida y mortalidad

Con el objetivo de poder comparar de manera gráfica el comportamiento de ambas variables, la Figura 3 muestra las prevalencias de salud autopercebida negativa (Mala y Muy Mala) y las probabilidades de morir como aproximación contextual (a nivel poblacional) de la salud objetiva. En primer lugar cabe comentar que las distancias entre ambos indicadores son menores en el caso de los hombres debido a valores mayores en la mortalidad y menores en las prevalencias de mala salud autopercebida con respecto a las mujeres. En segundo lugar, hay un patrón común por edad en ambos sexos: tendencias paralelas entre ambos indicadores hasta los 50 años aproximadamente y divergentes a partir de esa edad. Entonces se observa una relativa estabilización de la tendencia en la salud autopercebida negativa que contrasta con un incremento continuo de las probabilidades de morir con la edad así como con el aumento de las prevalencias en otros indicadores de salud objetiva como las limitaciones funcionales, las condiciones crónicas de salud y la discapacidad observados en trabajos previos (Ajenjo et al. 2011; Cámara et al. 2011; Trias, 2012).

Figura 3. Mala Salud autopercebida y probabilidad de morir. España. (1987-2006)

Conclusiones

En este trabajo la relación entre salud autopercebida y mortalidad (como indicador de salud objetiva a nivel poblacional) ha sido analizada desde dos perspectivas: tendencias recientes en el tiempo y evolución en las edades adultas por sexo.

En cuanto a las tendencias recientes, el aspecto más destacable de la salud autopercebida en España durante las dos últimas décadas es la estabilidad. Este resultado es coherente con unas tendencias poco consistentes de determinadas condiciones crónicas y limitaciones funcionales mostradas en trabajos previos (Damian et al., 1999; Gispert et al., 1999; Jacobzone et al., 1999; EHEMU, 2005; Casado, 2007). Parece por tanto que la salud objetiva de los españoles no ha sufrido cambios sustanciales durante las dos últimas décadas y que la salud autopercebida refleja esta estabilidad aun cuando determinados indicadores de riesgo como el sobrepeso y la obesidad sí los hayan registrado en un sentido negativo (Cámara y

Spijker, 2010). Esta estabilidad de la salud autopercebida, en concreto la registrada en las prevalencias para las categorías negativas ('mala' y 'muy mala') contrasta con una tendencia decreciente de las probabilidades de morir cuyo mejor reflejo es el aumento de la esperanza de vida de los españoles que ha pasado de 73,44 a 77,56 años entre los hombres y de 80,16 a 84,07² años entre las mujeres durante el periodo analizado. De forma significativa, este aumento de las expectativas de vida se ha debido fundamentalmente a las ganancias experimentadas en edades adultas maduras y sobre todo entre los mayores (Blanes, 2007).

En cuanto a la relación entre salud autopercebida y mortalidad en función de la edad, podemos concluir que hasta aproximadamente el umbral de los 50 años la primera responde de manera bastante ajustada a los niveles de mortalidad. En este sentido, el aumento de las prevalencias de mala salud autopercebida refleja tanto el deterioro de las condiciones de salud objetiva durante el ciclo vital como las diferencias entre sexos que tienen que ver con dos factores relacionados: el biológico (que penaliza a la mujer en las edades posteriores a la menopausia) (Arber y Cooper, 1999; Séculi et al., 2001; Gómez Redondo et al., 2006) y el de selección por mortalidad (proceso más intenso en los varones cuya esperanza de vida es inferior a la de las mujeres) (Goldstein et al., 1984; Idler, 1993). Es decir, aunque la salud es una variable continua y lo largo de la vida suele presentar una progresión de deterioro, dicho deterioro entre edades en una observación transversal puede moderarse en las edades más avanzadas por diversos motivos. En primer lugar, por el efecto provocado por la selección de supervivencia de las personas más sanas. En segundo lugar, por una posible adaptabilidad o asimilación subjetiva de los estados de salud propios de esas edades como se detalla más adelante en este apartado de conclusiones. Estos aspectos confluyen en la explicación de la denominada "paradoja de salud y mortalidad" entre sexos (las mujeres muestran niveles más bajos de mortalidad pero peores niveles de salud respecto a los hombres,

² Los valores para la esperanza de vida al nacer han sido consultados en la página web del proyecto "Human Mortality Database" del Departamento de Demografía de la Universidad de Berkeley y del Max Planck Institute for Demographic Research de Rostock <http://www.mortality.org/> [05-11-2012]

incrementándose estas diferencias a medida que se analizan edades más avanzadas) (Arber and Cooper, 1999; Oksuzyan et al., 2008; Oksuzyan et al., 2009).

La divergencia entre las prevalencias de mala salud autopercebida y las probabilidades de morir es especialmente visible en las edades de transición a la primera vejez y puede deberse a varios factores relacionados en buena medida con lo comentado al respecto de las diferencias por sexo. Por un lado, la ENSE se realiza sobre población no institucionalizada que probablemente presenta prevalencias de enfermedades crónicas y limitaciones funcionales menores a las de la población institucionalizada, particularmente en las edades avanzadas. A esto hay que sumar, de nuevo, un efecto de selección inherente a cualquier fuente de datos transversales. Son personas más fuertes y sanas, por motivos genéticos y/o de estilo de vida, las que normalmente alcanzan las edades más avanzadas; buena parte de las más proclives a declarar una salud negativa a partir de la vejez no alcanzaron dichas edades, o pese a alcanzarlas no pudieron ser entrevistadas, sea por su estado de salud precario, sea por el hecho de residir en una institución sanitaria. Insistamos, asimismo, en la posibilidad de que incluso un deterioro de las condiciones objetivas de salud en las edades más avanzadas puede tener menor impacto en la declaración de salud autopercebida debido a un proceso de normalización o aceptación de la morbilidad y la discapacidad durante el proceso de envejecimiento (Goldstein et al., 1984; Idler, 1993 y 1995; Oksuzyan et al., 2009). Este proceso de normalización tiene que ver con factores de tipo psicológico y sociológico relacionados asimismo con las principales variables demográficas tratadas en este trabajo: la edad y el sexo.

En primer lugar, la normalización de determinados estados de morbilidad crónica o limitación funcional se asocia a la adaptación de la actividad cotidiana a los límites impuestos por dichos estados siempre y cuando no se produzcan episodios de empeoramiento significativo de la salud al margen del deterioro gradual esperado. Por ejemplo, el impacto negativo que el deterioro de las condiciones objetivas de salud tiene sobre la calidad de vida percibida por los individuos, es de mayor intensidad en el corto plazo. Sin embargo, en el medio y largo plazo los niveles tanto de salud autopercebida como los de calidad de vida declarados por los individuos suelen recuperarse. Es cierto, no obstante que esta recuperación

depende del tipo de problema de salud objetiva. De este modo, las limitaciones funcionales muestran una influencia más duradera sobre la percepción de los individuos mientras que el efecto de las enfermedades cardiovasculares suele desaparecer o asimilarse más rápidamente (Idler y Benyamini, 1997; Moons et al., 2005).

El proceso de normalización también puede verse acelerado o ralentizado dependiendo del entorno más próximo del individuo. Este entorno sirve como referencia a la hora de fijar las expectativas propias del estado de salud. Estas expectativas a su vez sirven para establecer en parte la manera en la cual se percibe la propia salud (Séculi et al, 2001). Por ejemplo, se puede tender a valorar la salud propia en función de la de los individuos cercanos con características similares (edad, características socioeconómicas, etc)

En definitiva, no es excepcional que la salud autopercebida mejore en determinados casos con la edad dentro de los grupos de edad más avanzados (Idler, 1995; Benyamini et al., 2003) o que, de manera más general, disminuya el deterioro de la salud autopercebida con la edad al llegar a edades avanzadas. En el caso español, los efectos que acabamos de comentar pueden verse amplificadas por las diferencias generacionales asociadas a la salud y los niveles de vida. Actualmente encontramos conviviendo en la población española a generaciones con experiencias y ciclos vitales enormemente diferenciados (piénsese, por ejemplo, en la dureza de las condiciones de vida durante periodos críticos como la infancia y la adolescencia de las generaciones de españoles nacidos durante la primera mitad del siglo XX). Además, en el mismo plano generacional, a aquellas cohortes socializadas en un contexto de medicalización relativamente alta como las nacidas durante la segunda mitad del siglo XX pueden mostrarse naturalmente más pesimistas que aquellas que han desarrollado parte de su ciclo vital antes del gran salto socioeconómico español. En consecuencia, es hasta cierto punto lógico que la asociación entre la salud autopercebida y las condiciones objetivas de salud en España en una aproximación transversal sea alta hasta las edades adultas maduras y disminuya entre las edades avanzadas. Estos resultados y las reflexiones realizadas sobre los mismos demuestran la necesidad de interpretar los indicadores de salud

procedentes de información autodeclarada atendiendo a un marco explicativo multidimensional (sanitario, sociodemográfico y psicológico) donde la importancia relativa de los factores varía con la edad.

Referencias

- AJENJO, M.; BLANES, A. Y CÁMARA, A. D. (2011). *Envejecer en movimiento. Elementos demográficos para una movilidad sostenible en España*. Barcelona, Fundació RACC.
- ANGEL, R. Y GUARNA-COCIA, P. (1989). “Mind, Body, and Culture: Socialization among Hispanics”. *Social Science & Medicine*, 28: 1229-38.
- APPELS, A.; BOSMA, H.; GRABAUSKAS, V.; GOSTAUTAS, A. Y STURMANS, F. (1996). “Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population”. *Social Science & Medicine*, 42: 681-89.
- ARBER, S. Y COOPER, H. (1999). “Gender differences in health in later life: the new paradox?”. *Social Science & Medicine*, 1999; 48: 61-76.
- BENYAMINI, Y.; BLUMSTEIN, T.; LUSKY, A. Y MODAN, B. (2003). “Gender differences in the self-rated health-mortality association: is it possible self-rated health that predicts mortality or excellent self-rated health that predicts survival?”. *Gerontologist*, 43: 396-405.
- BLANES, A. (2007). “La mortalidad en la España del siglo XX”. Tesis doctoral inédita. Bellaterra, Centre d’Estudis Demogràfics.
- CÁMARA, A.D.; BLANES, A.; ALUSTIZA, A. Y MENACHO, T. (2011). “Room for optimism from generational hardship. Trends in disability and living conditions of the Spanish elderly”. Centre d’Estudis Demogràfics. *Papers de Demografia*, 388.
- CÁMARA, A.D. Y SPIJKER, J.J. (2010). “Super size Spain? A cross-sectional and quasi-cohort trend analysis of adult overweight and obesity in an accelerated transition country”. *Journal of Biosocial Science*, 42(3): 377-93.
- CASADO, D. (2007). *Análisis de la evolución de la dependencia en la tercera edad en España*. Fundación BBVA. Documentos de Trabajo, 7. 2007. 30.
- CASTRO, A.; ESPINOSA, I.; RODRÍGUEZ, P. Y SANTOS, P. (2007). “Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española”. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 7: 883-98.
- DAMIAN, J.; RUIGOMEZ, A.; PASTOR V. Y MARTÍN-MOREN, J.M. (1999). “Determinants of self-assessed health among Spanish older people living at home”. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 53; 412-16.

- EHEMU (European Health Expectancy Monitoring Unit) (2005). *Are we living longer, healthier lives in the EU? Disability-Free Life Expectancy (DFLE) in EU countries from 1991 to 2003 based on the European Community Household Panel*. EHEMU Technical Report, 2.
- GISPERT, R.; CLOT-RAZQUIN, G.; RIVERO, A.; FREITAS, A.; RUÍZ-RAMOS, M.; RUÍZ, C.; BUSQUETS, E. Y ARGIMÓN, J.M. (2008). “El perfil de la dependencia en España: un análisis de la encuesta de discapacidades de 1999”. *Revista Española de Salud Pública*, 82: 663-65.
- GOLDSTEIN M., SIEGEL, J.M. Y BOYER R. (1984) “Predicting changes in perceived health status”. *American Journal of Public Health*, 74: 611–14.
- GÓMEZ RE DONDO, R. ; GÉN OVA, R . Y ROBLES, E. (2006). “ Mortality c ompression a nd equilibrium trend i n hea lth. Th e Spa nish Case ”. *XXVI European Union Europe Blanche*. 25-26 noviembre 2005. Budapest, Hungría. Paris: Institut de Sciences de la Santé. 65-82.
- GONZALO, E. Y PASARÍN, M. (2004). “La salud de las personas mayores”. *Gaceta Sanitaria*, 18(1): 69-80.
- HERNÁNDEZ, C. Y JIMÉNEZ D. (2009). “Las diferencias socioeconómicas en salud entre la población española y extranjera en España: evidencia de la Encuesta Nacional de Salud”. *Gaceta Sanitaria*, 23(1): 47-52.
- IDLER E. L. (1993). “Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship?”. *Journal of Gerontology*, 48: 289–300.
- IDLER E. L. (1995). “Self-Ratings of Health: Do they also predict change in functional ability?”. *Journal of Gerontology*, 50: 344-53.
- IDLER, E. Y BENYAMINI Y. (1997). “Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies”. *Journal of Health & Social Behavior*, 38: 21-37.
- JACOBZONE, S. ; CAMBOIS, E. Y ROBINE, J.M. (1997). “The health of older persons in OECD countries: is it improving fast enough to compensate for population ageing?”. OECD, *Labour market and Social Policy, Occasional papers*, 37.
- MADDOX, G.L. Y DOUGLAS, E.B. (1973). “Self-Assessment of health: A longitudinal study of elderly subjects”. *Journal of Health & Social Behavior* 14: 87-93.
- McGEHEE, D.L.; LIAO, Y.; GAO, G. Y COOPER, R.S. (1999). “Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort”. *American Journal of Epidemiology*, 149: 41-46.
- MIILUNPALO, S.; VUORI, I.; OJA, P., PASSANEN, M. Y URPONEN, H. (1997). “Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population”. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50: 517-28.
- MOONS, P. (2004). “Why call it health-related quality of life when you mean perceived health status?”. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3(4): 275-277.

- MOONS, P.; VAN DEYK, K.; DE GEEST, S.; GEWILLIG, M. Y BUDTS, W. (2005). “Is the severity of congenital heart disease associated with the quality of life and perceived health of adult patients?”. *Heart and Education in Heart*, 91: 1193-1198.
- MOSSEY, J.M. Y SHAPIRO E. (1982). “Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly”. *American Journal of Public Health*, 72: 800-08.
- OECD (2007). *Health at a Glance*. OECD indicators 2007.
- OKSUZYAN, A.; JUEL, K.; VAUPEL, J.W. Y CHRISTENSEN, K. (2008). “Men: good health and high mortality. Sex differences in health and aging”. *Aging Clinical and Experimental Research*, 20: 91-102.
- OKSUZYAN, A.; PETERSEN, I.; STOVING, H.; BINGLEY, P.; VAUPEL, J.W. Y CHRISTENSEN, K. (2009). “The male-female health-survival paradox: A survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias”. *Annals of Epidemiology*, 19: 504-511.
- OMRAN, A.R. (1998). “The epidemiologic transition theory revisited thirty years later”. *World Health Statistics*, 51: 207-17.
- RAJMIL, L.; ESTRADA, M.D.; HERDMAN, M.; SERRA-SUTTON, V. Y ALONSO, J. (2001). “Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en la infancia y la adolescencia: revisión de la bibliografía y de los instrumentos adaptados en España”. *Gaceta Sanitaria*, 15 (4): 34-43
- REED L.J. Y MERRELL, M. (1939). “A short method for constructing an abridged life table”. *American Journal of Hygiene*, 30: 993-1022.
- SÉCULI, E.; FUSTÉ, J.; BRUGULAT, P.; JUNCÀ, S.; RUÉ, M. Y GUILLÉN, M. (2001) “Percepción del estado de salud en varones y mujeres en las últimas etapas de la vida”. *Gaceta Sanitaria*, 15: 217-23.
- SINGH-MANOUX, A.; GUEGUEN, A.; MARTIKAINEN P.; FERRIE, J.; MARMOT, M. Y SHIPLEY, M. (2007) “Self-rated health and mortality: Short and long term associations in the Whitehall II Study”. *Psychosomatic Medicine*, 69: 138-43.
- TRIASS, S. (2012). “*Condicions cròniques de salut en edats adultes madures: anàlisi sociodemogràfica a Espanya (1987-2009)*”. Bellaterra, Centre d’Estudis Demogràfics.

Tabla 1

Análisis de la respuesta a la pregunta de salud percibida

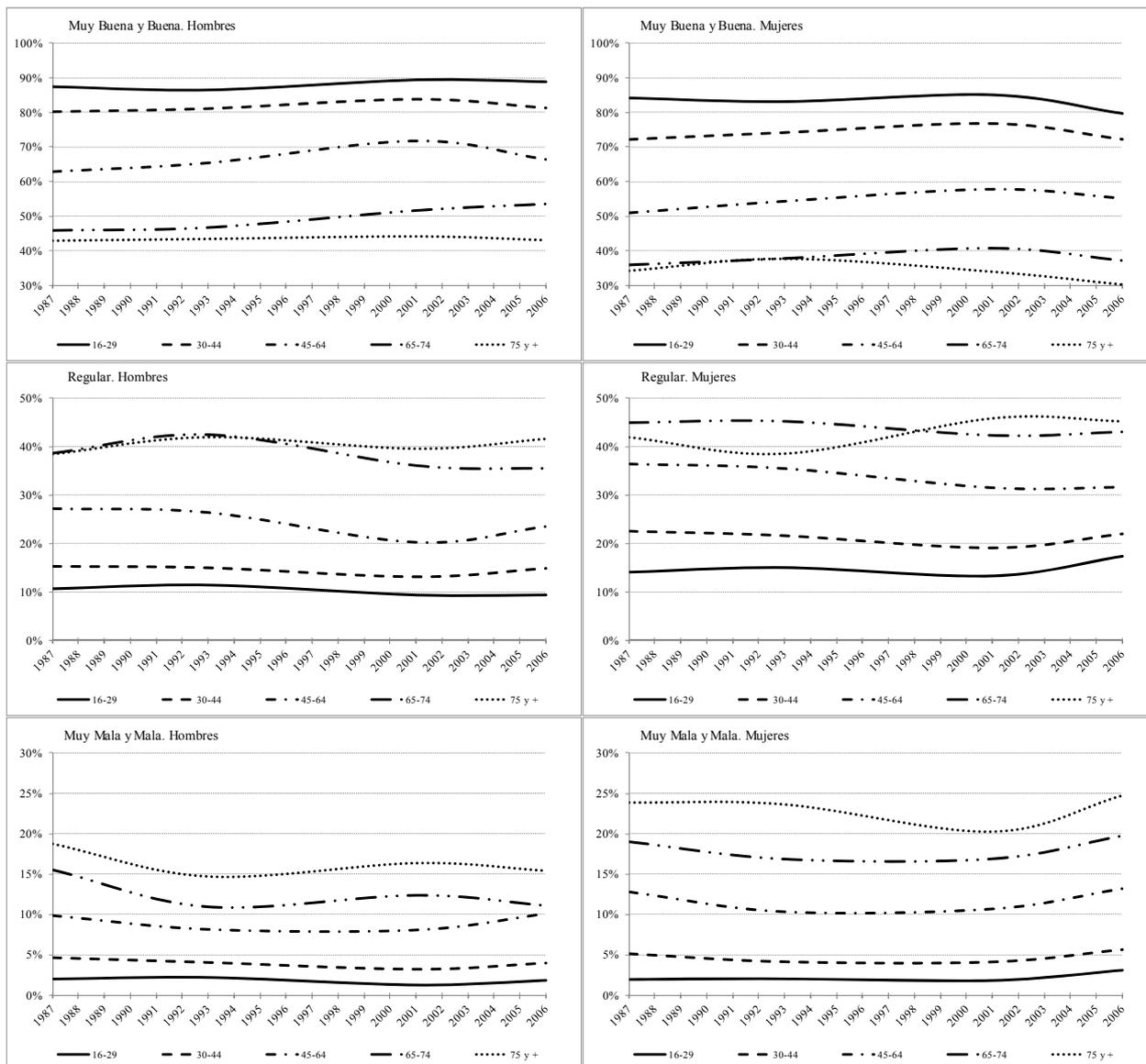
	1987						1993					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	Casos Válidos	Media de edad	% respuesta	Casos Válidos	Media de edad	% respuesta	Casos Válidos	Media de edad	% respuesta	Casos Válidos	Media de edad	% respuesta
16-19	1357	17,4	99,7%	1292	17,4	99,6%	888	17,5	99,7%	849	17,5	99,8%
20-24	1651	22,1	99,6%	1594	22,2	99,7%	1104	22,1	99,6%	1059	22,2	99,9%
25-29	1506	26,7	99,2%	1485	26,7	99,4%	1070	26,8	99,3%	1041	26,9	99,7%
30-34	1322	32,1	99,7%	1311	32,2	99,3%	994	32,1	99,5%	984	32,0	99,8%
35-39	1237	36,7	99,1%	1234	36,9	99,5%	883	36,7	99,3%	882	36,7	99,6%
40-44	1164	42,2	99,5%	1170	42,2	98,7%	807	42,1	99,1%	808	42,1	99,9%
45-49	999	46,7	99,4%	1017	46,8	99,6%	765	46,8	99,5%	775	46,8	99,2%
50-54	1098	52,3	99,0%	1142	52,2	99,4%	649	52,2	99,2%	665	52,1	99,9%
55-59	1084	56,8	99,4%	1149	56,7	99,8%	670	56,9	99,6%	713	56,8	99,6%
60-64	948	62,2	99,6%	1048	62,1	99,3%	675	62,1	99,4%	738	62,1	99,7%
65-69	715	66,7	99,1%	880	66,6	99,1%	576	66,8	99,1%	670	66,7	99,8%
70-74	529	71,9	99,6%	740	71,7	98,6%	424	71,7	99,0%	552	71,9	99,8%
75-79	392	76,8	99,5%	600	76,7	99,4%	269	76,8	99,5%	417	76,8	99,7%
80 y +	331	83,1	99,4%	607	83,3	99,7%	272	83,7	99,6%	507	83,8	99,7%
Total	14333	42,2	99,4%	15270	44,5	99,4%	10046	42,7	99,4%	10661	45,1	99,7%

	2001						2006					
	Hombres			Mujeres			Hombres			Mujeres		
	Casos Válidos	Media de edad	% respuesta	Casos Válidos	Media de edad	% respuesta	Casos Válidos	Media de edad	% respuesta	Casos Válidos	Media de edad	% respuesta
16-19	622	17,5	99,9%	591	17,5	100,0%	731	17,5	100,0%	692	17,6	100,0%
20-24	1001	22,0	99,6%	956	22,2	99,9%	1126	22,0	100,0%	1076	22,1	100,0%
25-29	1098	26,8	99,6%	1053	26,8	99,7%	1482	27,1	100,0%	1389	27,2	100,0%
30-34	1054	32,1	99,9%	1022	32,2	99,7%	1569	32,1	100,0%	1459	32,0	100,0%
35-39	1017	36,8	99,9%	1006	36,9	99,8%	1476	37,0	100,0%	1395	37,1	100,0%
40-44	928	42,1	99,4%	933	42,0	99,8%	1375	42,0	100,0%	1335	42,0	100,0%
45-49	798	46,8	99,4%	805	46,8	99,7%	1226	47,0	100,0%	1216	47,0	100,0%
50-54	739	52,1	100,0%	756	52,2	99,7%	1029	51,9	100,0%	1038	52,0	100,0%
55-59	664	56,9	99,7%	693	56,8	99,8%	937	57,0	100,0%	968	57,0	100,0%
60-64	544	62,2	99,4%	589	62,1	99,7%	820	61,8	100,0%	871	61,9	100,0%
65-69	596	66,9	99,5%	681	66,8	99,8%	668	67,0	100,0%	747	67,1	100,0%
70-74	503	71,8	99,6%	620	71,8	99,3%	679	71,9	100,0%	815	72,0	100,0%
75-79	363	76,9	99,8%	506	76,8	99,8%	520	76,8	100,0%	701	76,8	100,0%
80 y +	315	83,8	99,6%	604	83,6	99,8%	513	83,6	100,0%	934	83,8	100,0%
Total	10243	44,0	99,7%	10815	46,4	99,8%	14151	44,6	100,0%	14637	47,1	100,0%

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la ENS (1987, 1993, 2001 y 2006)

Figura 1

Salud autopercebida por sexo y grupos de edad. España (1987-2006)



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la ENS (1987, 1993, 2001 y 2006)

Figura 2

Probabilidades de morir por sexo y grupos de edad. España (1987-2006)

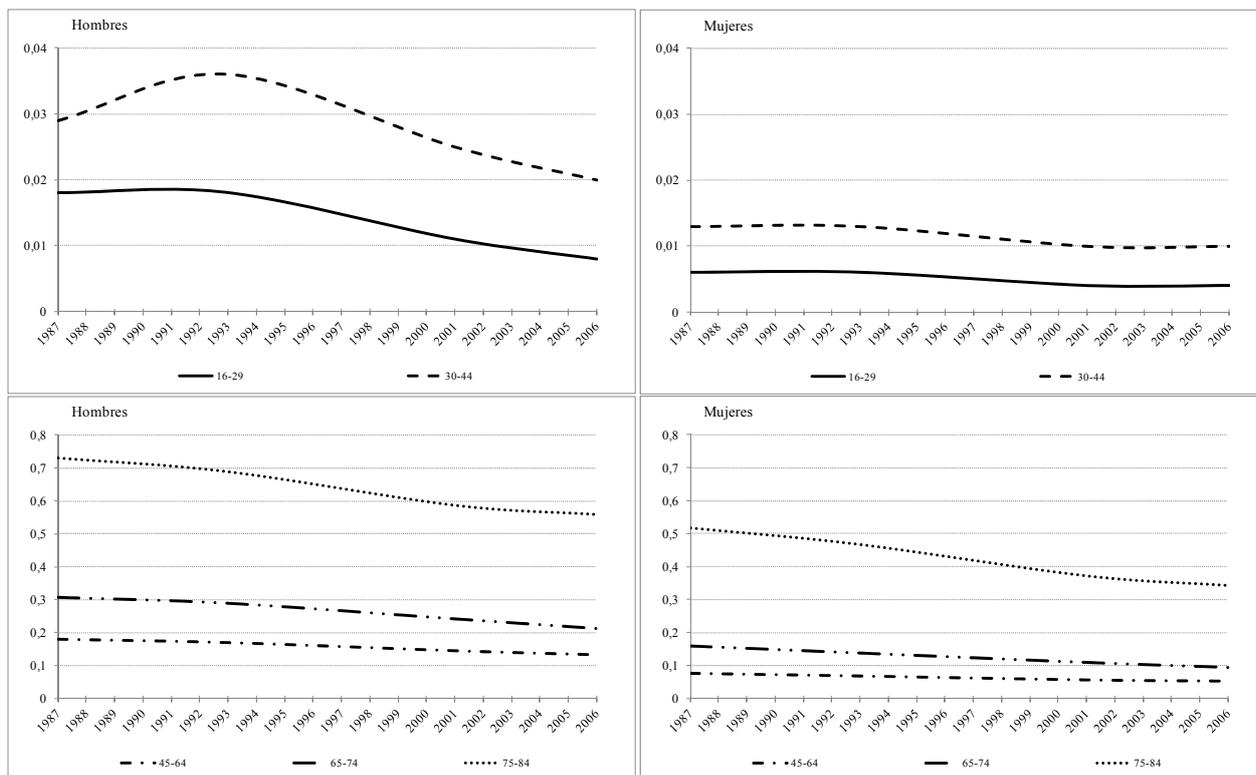
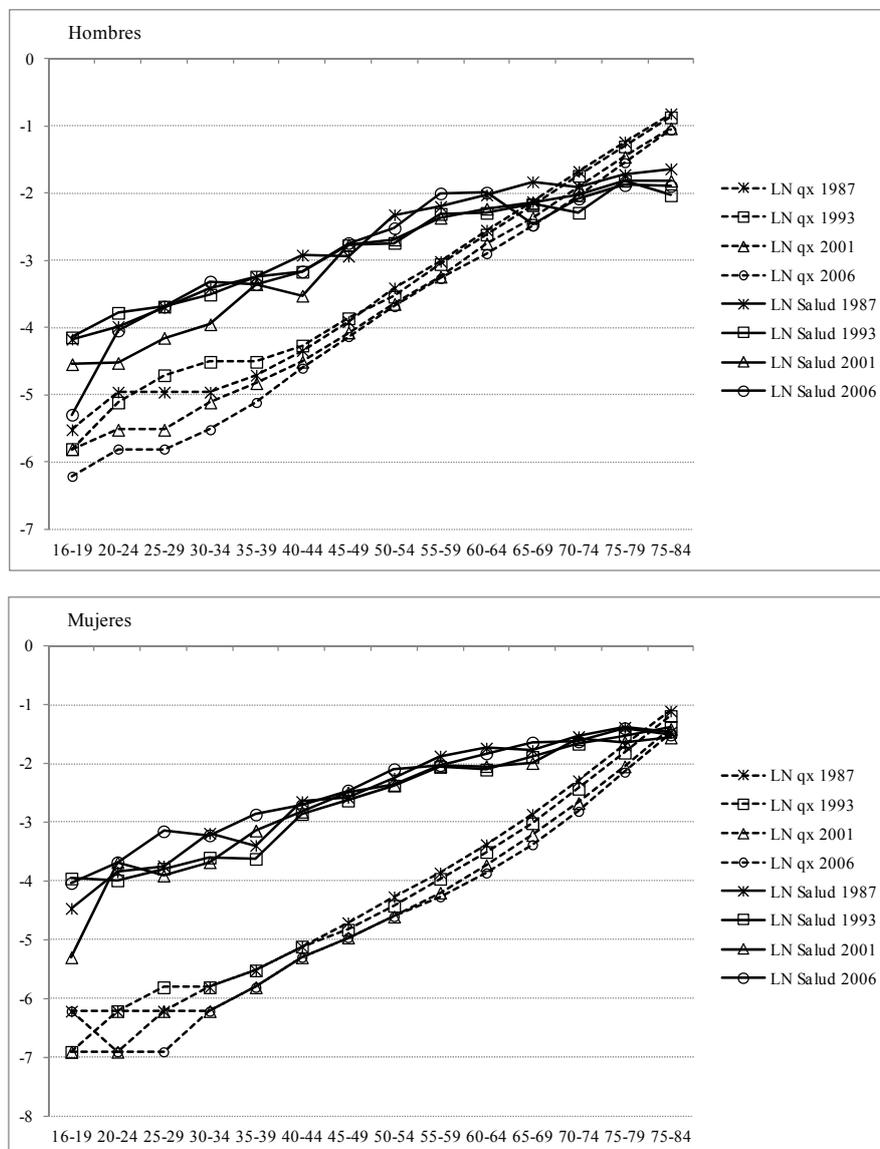


Figura 3

Salud autopercebida negativa y probabilidades de morir. España (1987-2006)



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la ENS (1987, 1993, 2001 y 2006)

Segundo artículo

**The relationship between health and partnership history over adulthood:
insights through retrospective information from Europeans aged 50 and over**

Gumà, J. Cámara, A.D. Treviño, R. (2014). *European Journal of Ageing*

The relationship between health and partnership history in adulthood: insights through retrospective information from Europeans aged 50 and over

Jordi Gumà · Antonio D. Cámara · Rocío Treviño

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014

Abstract The association between health and partnership status is a growing concern within the social sciences. Some partnership situations exhibit positive effects on health, while partnership breakdowns display negative impacts. However, case studies show that these associations may change with age, due to potential sources of heterogeneity within a population. The current analysis explored this association over the adult life course (ages 30–64) of Europeans aged 50 years and older based on retrospective information on health and partnership from SHARELIFE ($N = 23,535$ after data screening). The data allowed us to control for socio-demographic covariates as well as for individual infirmity, measured by childhood health. We also considered contextual survival selection effects by comparing 13 European countries for which pre-adult mortality levels largely differed among the cohorts involved (1907–1958). Discrete-time hazard analyses examined the risk of suffering from a major episode of poor health (self-reported) in adulthood as a function of partnership history, using two approaches: a pooled model and country-specific models. The results revealed no differences between those who lived with a partner (first union) and single individuals in terms of the retrospective hazards of poor health. We hypothesize that this result stems from the cumulative effect of survival selection on

individuals in advanced ages according to partnership status. The results also partially point to the plausibility of a contextual survival selection, which should be confirmed by further research based on additional health indicators.

Keywords Partnership status · Health · Biographical information · Survival Selection · SHARE

Introduction

For the most part, previous research on the relationship between partnership status and health has shown that living with a partner is associated with better health outcomes when measured in terms of mortality (Waite 1995; Valkonen et al. 2004; Martikainen et al. 2005) or morbidity (Joung et al. 1994; Liu and Umberson 2008; Hughes and Waite 2009). Furthermore, some of these studies have uncovered that partnership could determine mortality differentials to a larger extent than socioeconomic status in some circumstances (Martikainen et al. 2005).

Three main mechanisms behind partnership have been emphasized as contributing to explain its health benefits: (1) the reduction of risky behaviors and unhealthy habits (Lillard and Waite 1995; Duncan et al. 2006), (2) the development of a support network that can buffer the effect of poor health episodes (Waite 1995), and (3) the increase in material well-being associated with economies of scale resulting from the addition of resources of both partners and the possibility of task specialization (Lillard and Panis 1996). These processes do not influence males and females identically. First, the benefits appear to be greater and manifest more quickly among males. That is to say, men's health improves shortly after the beginning of a union, whereas its effects on women's health occur more

This study is part of Jordi Gumà's PhD within the Doctoral Program in Demography from the Universitat Autònoma de Barcelona. A previous version of the paper was developed as a Master's Thesis within the European Doctoral School of Demography.

Responsible Editor: H. Litwin.

J. Gumà (✉) · A. D. Cámara · R. Treviño
Centre d'Estudis Demogràfics, Barcelona, Spain
e-mail: jguma@ced.uab.es

gradually. Secondly, women appear to benefit principally from the increase in material well-being, whereas males mainly benefit from the cessation or moderation of risky behaviors and unhealthy habits (Waite 1995; Lillard and Panis 1996; Duncan et al. 2006). In contrast, other partnership situations, as well as the transitions between them, have been associated with negative effects on health, as exemplified by the increases in depressive symptoms and/or chronic morbidity among men and women who either experienced a separation or divorce or became widows (Simon 2002; Wade and Pevalin 2004; Hughes and Waite 2009). In addition, those engaged in subsequent unions after an episode of separation did not completely recover the original advantage they once had in terms of health (Hughes and Waite 2009).

However, the health benefits of partnership among mature and older adults have been questioned (i.e., benefits of partnership with respect to singleness seem to moderate, disappear, or even reverse at these ages) (Goldman et al. 1995; Regidor et al. 2001; Bardage et al. 2005). Some studies explain this result as the effect of survival selection; a major source of heterogeneity within populations, which causes unexpected pattern of a given phenomenon (e.g., health and mortality) as a function of age (Vaupel et al. 1979; Vaupel and Yashin 1985). Survival selection may originate on contextual and/or individual levels. Contextually, it is associated with the living conditions of the population, which strongly determine mortality levels throughout the life course and particularly in childhood. For instance, current populations that were exposed to hard living conditions and high-mortality levels at pre-adult ages are more likely to be selected in terms of survival. Accordingly, these populations might exhibit better or less disadvantaged than expected health outcomes at old ages than populations with better living conditions and lower mortality levels. At the individual level, survival selection may be determined by a number of behavioral, socioeconomic, and/or genetic factors. For instance, if singleness is associated with risky health behaviors, then it is expected that singles suffer from higher mortality levels and thus become a more selected segment of the population when reaching old age.

This work aims to explore the association between health and partnership in adulthood, comparing individuals who entered into their first union (either cohabitation or marriage) and those who remained single at mature ages. Biographical information on health status and partnership status (a time-varying variable) provided by Europeans aged 50 and over in the SHARELIFE survey is utilized for this purpose. All 13 countries included in this survey (Austria, Belgium, the Czech Republic, Denmark, France, Germany, Greece, Italy, the Netherlands, Poland, Sweden, Spain, and Switzerland) were analyzed both jointly and

specifically. These countries represent different mortality backgrounds associated with diverse contexts of living conditions for the cohorts that are analyzed in this study (1907–1958), which indirectly permit us to approach the influence of survival selection effects between these populations. Another potential source of heterogeneity at the individual level (i.e., individuals' health trajectories) is partly controlled by utilizing their health status in childhood.

Differences between these populations were also noticeable with regard to the intensity and the timing of some key aspects of the second demographic transition (SDT) that took place from Northwestern to Southeastern regions, mainly during the second half of the twentieth century. SDT proposes that changes in a number of demographic-related behaviors (e.g., the postponement of childbearing and marriage, the diversification of family forms, and the increase of divorce and cohabitation rates) are associated not only with socioeconomic variables, but also with large-scale changes in values (Lesthaeghe 1995). The spread of these values differs across countries and is related to both cultural and legislative aspects (for instance, the official approval of divorce; González and Viitanen 2009), which are important to understand the cross-national partnership-related differentials observed among Europeans aged 50 and older surveyed by SHARELIFE.

Methods

Data

Microdata from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) were utilized. SHARE is a cross-national panel survey conducted on individuals (interviewees and their partners) aged 50 and over (Börsch-Supan et al. 2005; Schröder 2011). The third wave of SHARE (named SHARELIFE) was held between the autumn of 2008 and the summer of 2009, and it included retrospective questions that permit a life-cycle approach to certain issues such as health and partnership trajectories. The initial sample size of interviewees aged 50+ and their partners was slightly reduced after discarding proxies (indirect informants) and excluding missing cases of any of the variables involved in the analysis and individuals who experienced an event of poor health before turning 30. Valid cases amounted to 89 % overall, ranging from 84 % (Poland and France) to 94 % (Italy). The distribution of cases according to age group and sex prior to and after the data screening remained largely unchanged. The retrospective analysis of health and partnership spanned working ages (30–64) to avoid the potential biases related to changes in socioeconomic status after retirement

(Demakakos et al. 2008). The lower age boundary in this analysis (age 30) responds to the aim of avoiding the effect of age to mediate the relationship between partnership status and health (i.e., younger individuals are more likely to be single as well as to be less likely to experience poor health episodes). At the age of 30, 82.5 % of individuals were already in a partnership status other than single, and this percentage rises slightly to 90.1 % at the age of 64. Individuals younger than 64 at the time of the interview were right-censored in the analysis.

Study variables

The health outcome (SHARELIFE item GL009) represents whether the individual experienced “a distinct period during which your health was poor compared to the rest of your life” over adulthood (ages 30–64) and in the case of an affirmative answer, when this period occurred. The prevalence of this event was 33.5 % among men and 37.1 % among women. Germany displayed the highest prevalence (47.2 % among men and 46.8 % among women) and Greece the lowest prevalence (17.0 % among men and 20.2 % among women). Overall, in approximately 74 % of the cases, this event occurred between the ages of 30 and 64.

As with other self-reported health indicators, this item captures both the objective and subjective dimensions of health, which maintain a solid association for the most part (Idler 1993). Therefore, it approaches the health status of individuals in a more comprehensive manner (WHO 1946) than more specific health indicators (i.e., whether the individual suffers or has suffered from a certain disease¹). This indicator also shows a significant relationship with other subjective health indicators such as the current self-perceived health status at the time of the survey (62 % of those who declared a poor health status experienced the event of poor health, whereas the incidence of the event among those who declared a good health status was 28 %; the χ^2 statistic was significant when both indicators were cross-tabulated). That said, it must be acknowledged that

¹ Among other problems, a more specific set of items in this survey (HS054) likely underestimates the periods or episodes of poor health with respect to the indicator that was chosen for this work. For example, the prevalence of a period of poor health is 21 % using HS054, whereas the value is 40.4 % when GL009 is used. This necessarily has to do with the different wording and different conceptual nature of both items. Moreover, any period of poor health in HS054 can be embodied by several illnesses, which provokes a problem of ambiguity in the use of specific illnesses as health indicators. Therefore, we believe that GL009 is a better technical choice for our purposes, and its figures are more trustworthy taking into account that SHARELIFE focuses on the population aged 50 and over. Nevertheless, specific comments in the discussion section are devoted to deal with the implications of this choice in our results.

what constitutes a “distinct period” of poor health may differ from individual to individual as well as from country to country.

Partnership history for each interviewee between the ages of 30 and 64 (or alternatively until the age at time of the interview) was re-constructed from retrospective questions that recorded the occurrence of unions, separations, and widowhood. Technically, this information was stored in a time-varying variable that was categorized as follows:

- Single (no previous union)
- First union (living with a partner in a first union)
- Interruption of the relationship (not living with a partner after having experienced separation or divorce, independent of the rank of the union)
- Widowhood
- Second or higher rank union (living with a partner in a second or higher rank union).

The time-varying approach to partnership status as practiced in this study prevents the artifact of the attenuated effects of marital status on morbidity and mortality, as Rendall et al. proposed in 2011. The first unions at the time of the interview were clearly prevalent in all the countries under analysis (overall, 75 % of cases among men and 60 % among women), but significant differences between countries were observed for the other partnership situations. Southern European countries (Spain, Italy, and Greece) together with Poland showed the lowest percentage of breakdowns (below 10 % for both sexes), whereas Nordic countries (Denmark and Sweden) showed the highest percentages for these situations (above 20 % in both sexes). As expected, a lower percentage of widowers (6.3 %) with respect to widows (21.9 %) was also found. With regard to this, the main difference between countries was found among widows ranging from 15.6 % (the Netherlands) to 29.7 % (Austria).

Age at the time of the interview was collapsed into four groups: 50–59, 60–69, 70–79, and 80 and over. This variable controlled for two possible sources of bias in the time of the occurrence of the event of interest, namely (1) a choice set bias in that longer life increases the number of potential episodes of poor health and consequently forced the individual to prioritize health to a greater extent than younger individuals; and (2) a recall bias in that longer life may worsen the ability to remember and report past events precisely. For instance, it might be the case that older individuals prioritized more recent episodes, thus resulting in an artifact of postponement of poor health episodes.

Childhood health was included to control for individual infirmity in our analyses through the question, “Would you say that your health during your childhood was in general excellent, very good, good, fair or poor and/or not

constant?" These answers were grouped into two categories: good health (excellent, very good, and good) and poor health (fair, poor, or ever poor).

Working status asked retrospectively about the changes in a person's labor situation throughout adulthood, which was also treated as a time-varying variable in our analyses (working/not working).

Education (the highest educational level attained by the interviewee) has two purposes in the analyses: (1) to approach the socioeconomic status of individuals together with their working status, and (2) to approach differences in health risk behaviors (higher education is associated with healthier behaviors) (Marmot 2005). Educational levels across countries were harmonized using the International Standard Classification of Education (ISCED 1997) by UNESCO, and the resulting variable grouped some categories to obtain more robust cross-tabulations for all countries: (1) First level of education includes no studies completed and primary studies or first stage of basic education (Levels 0 and 1 of ISCED); (2) Second level of education: Second stage of basic education and secondary education (Levels 2 and 3 of ISCED); and (3) Third level of education: Post-secondary (non-tertiary) and all possible levels of tertiary education (Levels 4-6 of ISCED).

Sex: men/women

Age (and age squared) in our models was a time-varying variable that ranged from the age of 30 (first observation for each individual) to the age of 64 (maximum) or, alternatively, the age at time of the interview. Each individual was observed as many times as the years passed until the event (a distinct period of poor health) occurred or until the age of 64 in the absence of an event. Age squared was included in the models to better fit with age effects beyond a linear function of age.

To ease the interpretation of our results, the analyzed countries were grouped according to their infant mortality rates during a decade of the inter-war period (1927–1938) for which data are available for all countries (Chesnais 1986):

- 1 High mortality (thus high levels of potential survival selection effect) includes countries with infant mortality rates above 100 per thousand at the beginning of the period and mostly remained so over the period. These countries are Poland, the Czech Republic,² Spain, Italy, and Greece.³

- 2 Intermediate mortality (rates between 75 and 100 per thousand): Austria, Belgium, France, Germany, and Denmark
- 3 Low mortality (rates systematically below 75 per thousand): Sweden, Switzerland, and the Netherlands. Accordingly, this group represents the lowest level of potential survival selection at a contextual level

Analysis

First, a descriptive analysis displays the percentage of interviewees that experienced the event of poor health across the range of ages studied (30–64). In this analysis, the countries are sorted according to the mortality levels defined above.

Second, survival analysis was utilized to measure the risk of suffering from a distinct episode of poor health (poor health hereafter) as a function of the partnership status and controlling for the above-mentioned variables. This analysis was performed through discrete-time hazard models because the variables involved in the analysis were interval censored (i.e., the exact time at which every event occurred within 1 year was unknown). Control variables were entered into the models as (1) time-varying covariates (partnership status, working status, and age) and (2) time-constant covariates (sex, childhood health, age at the time of the interview, and education).

Two different model specifications are presented and discussed. First, a pooled model was run to capture the net differences in the hazard of poor health among countries as well as to test the hypothesis of the attenuation or reversion of a first-union advantage at mature and older ages. Second, country-specific models explored the existence of patterns of partnership-related determinants of poor health hazard across countries (for instance, whether the direction and the significance of first-union effects on the hazard of poor health differ between countries).

The coefficients displayed report the relative difference with respect to the reference group, whereby positive values indicate a higher hazard than the reference category and vice versa. Only statistically significant coefficients (significance < 0.05) are commented and discussed in detail.

Results

Table 1 displays that women exhibit a higher prevalence of experiencing the event of poor health during the 30–64 age range, particularly in Switzerland, Sweden, and Spain (11.6, 9.6, and 6.9 % points of difference, respectively; the

² The series depicted here are based on mortality data from the former Czechoslovakia.

³ We included this country in the high-mortality group based on its values from 1931 and onwards because Greek civil registration started relatively late in 1925, and it was not fully enforced until 1931.

Table 1 Prevalence of a poor health event within the range of ages 30–64 by sex, age at the time of the interview, childhood health, education, and country

	Sex		Age at the interview				Childhood health		Education			Total
	Men (%)	Women (%)	50–59 (%)	60–69 (%)	70–79 (%)	80 and over (%)	Good (%)	Poor or variable (%)	First level (%)	Second level (%)	Third level (%)	
Czech Republic	29.8	31.5	32.3	33.7	26.1	19.1	29.9	44.1	30.9	30.8	30.7	30.8
Greece	17.0	20.2	14.5	22.4	22.2	14.7	18.7	42.9	22.6	14.4	17.4	18.8
Italy	29.5	31.3	30.6	32.7	28.9	21.8	29.6	45.0	30.4	30.4	31.3	30.5
Poland	38.3	44.2	39.0	50.7	35.2	26.8	40.6	55.0	41.5	42.2	40.5	41.7
Spain	32.3	39.2	34.9	43.3	33.2	23.1	34.3	53.0	38.0	34.7	27.4	36.1
Austria	43.9	40.7	43.7	45.7	37.3	33.3	41.5	46.0	44.4	40.0	44.8	42.0
Belgium	34.2	38.2	38.7	41.1	33.3	21.5	35.1	52.5	33.5	36.8	38.1	36.4
Denmark	35.4	40.1	40.3	42.3	34.0	19.5	36.9	52.4	36.4	37.8	38.7	37.9
France	41.2	43.9	46.6	43.7	40.7	31.5	41.6	53.7	41.6	44.8	40.8	42.7
Germany	47.2	46.8	47.8	49.9	42.7	39.6	45.1	61.2	36.4	47.6	45.9	47.0
Netherlands	32.9	32.0	38.6	34.6	23.3	17.4	31.7	38.9	34.7	31.0	35.0	32.4
Sweden	35.6	45.2	45.6	44.4	36.0	27.8	39.4	61.4	40.0	42.7	39.9	40.9
Switzerland	31.8	43.4	39.9	41.6	33.2	33.0	36.4	57.0	37.1	38.5	38.5	38.3
Total	33.5	37.1	36.3	39.3	32.2	24.3	34.2	51.7	34.2	35.7	36.6	35.5

total difference in the whole sample is 3.6). There are three exceptions to this pattern: Austria, Germany, and the Netherlands.

In addition, younger groups at the time of the interview (ages 50–59 and 60–69) display a higher prevalence, which for the most part peaks at ages 60–69, whereas it bottoms out among individuals aged 80 and over. Likewise, the prevalence of poor health is invariably higher among individuals that reported poor or unstable health during their childhoods. Finally, by contrast, education does not make any significant difference in most of the countries analyzed, once other variables are controlled for.

Table 2 displays the hazard coefficients (of poor health) whereby country-specific differences are controlled for in a pooled model. In this specification, the Netherlands was taken as the reference country because it exhibited the lowest infant mortality rate during the 1927–1938 period.⁴

Eight of the twelve countries show a higher (and statistically significant) hazard of poor health compared to the Netherlands. All four countries with lower hazards (the Czech Republic, Greece, Italy, and Spain) belong to the high infant mortality group, whereas only one of the five countries so categorized (Poland) shows a relatively higher hazard of poor health with respect to the Netherlands.

Looking at partnership status categories, when country-specific differences were controlled for, none showed a lower hazard of poor health than singleness. Indeed, two of

them (second union and separation-divorce) displayed significantly higher hazards.

Poor or unstable health at pre-adult ages clearly increases the risk of suffering from poor health during adulthood. In addition, most of the socio-demographic covariates included in the analysis displayed significant effects. The hazard of poor health increases significantly with age, although the assumption of linearity is refuted by the significant coefficient of the age squared, whereas the age at the time of the interview displays the opposite (and expected) effect, in that being interviewed at older ages likely reduces the probability of prioritizing a single distinct event of poor health within the range of ages 30–64. Those who did not work between ages 30–64 show a higher risk of experiencing poor health. Education does not display any significant effect when country-specific differences were controlled for, and no significant differences between the hazards experienced by men and women are found.

The results from country-specific models (Table 3) support the most substantial part of those provided in the pooled model: there is no evidence of health advantages associated with partnership (first unions) throughout adulthood in these European countries among the individuals who reached the age of 50. In reality, Spain and France display significant differences (lower hazards) in favor of single individuals. Regarding other partnership situations, living in a second or higher rank union as well as a separation or divorce show a similar pattern across countries: positive coefficients that are significant in few cases

⁴ The interaction between country and partnership situations was tested without obtaining significant results.

Table 2 Coefficients of poor health hazards between ages 30 and 64

	Coefficient significance
Country (Ref: Netherlands)	
Czech Rep.	0.063
Greece	-0.547***
Italy	-0.092
Poland	0.329***
Spain	0.080
Austria	0.290***
Belgium	0.187**
Denmark	0.290***
France	0.324***
Germany	0.479***
Sweden	0.398***
Switzerland	0.252***
Partnership biography (Ref: Single)	
First Union	0.119 [†]
Second Union	0.318***
Separation or divorce	0.387***
Widowhood	0.169 [†]
Childhood health (Ref: Good)	
Poor or variable	0.405***
Working status (Ref: No working)	
Working	-0.479***
Age at the survey (Ref: 50–59)	
60–69	-0.358***
70–79	-0.868***
80 and over	-1.472***
Educational Level (Ref: First Level)	
Second Level	-0.049
Third Level	0.010
Age	0.194***
Age Squared	-0.001***
Sex (Ref: Men)	
Women	-0.015
Constant	-9.698***
Pseudo R-Square	0.045
N	23535

Pooled countries specification

<0.001***; <0.01**, <0.05*, <0.1[†]

(France and the Netherlands for second unions and Spain, France, Germany, and Sweden in the case of separation or divorce). Widowhood displays the most heterogeneous effect across countries, with significant results only in Spain.

Age, age squared, age at the time of the interview, childhood health, and working history show homogenous effects within almost all of the countries analyzed, and these effects are in accordance with those described in the

pooled model. Finally, this model specification helps understand the tenuous and erratic effect of sex and educational level uncovered by the pooled model. Sex is significant in five countries (Greece, Germany, Netherlands, Sweden, and Switzerland), but while women exhibit a higher hazard of poor health in Greece, Sweden, and Switzerland, the opposite occurs in Germany and the Netherlands. Education only shows an effect (lower hazard for secondary education) in Greece and the Netherlands.

Discussion

This study analyzed the hazard of experiencing poor health (self-reported) over adulthood as a function of changes in partnership history and a number of individual socio-demographic characteristics in thirteen European countries. The countries represent different paces and pathways into the SDT, and they also embody different contexts of living conditions among the cohorts analyzed (population aged 50+ and born between 1907 and 1958). The latter might imply different levels of potential health- and mortality-driven selection effects.

Our results demonstrate that in this segment of the European population, living in a first union throughout adulthood (i.e., over ages 30–64) is not associated with a meaningful advantage compared to those who remained single, at least when health is measured by a comprehensive indicator, such as the one utilized here. This result supplements and enhances previous partial evidence from case studies based on either cross-sectional or longitudinal analyses, which made use of different health indicators. For instance, in the urban Spanish region of Madrid, Regidor et al. (2001) found higher survivorship rates among singles (not cohabitating) aged 65+ with respect to those living with a partner. Goldman et al. (1995) reached similar conclusions about mortality and disability from a short-term longitudinal study (1984–1990) conducted with a sample of Americans aged 70 and over. Bardage et al. (2005) also found no difference in terms of self-rated health among married and not married individuals aged 65–89 in study comparing Sweden, the Netherlands, and Spain. A number of these studies hypothesized that the absence of the (expected) protective effect of partnership on health does not necessarily reflect the net effect of partnership biography on health but rather some degree of selection among individuals that have reached older adult ages. This selection may work on two levels: individually and contextually.

On the one hand, single individuals suffer from a higher mortality risk (Waite 1995; Martikainen et al. 2005; Valkonen et al. 2004; Joutsenniemi 2007), and as a consequence, those who survive until mature and older ages may

Table 3 Coefficients of country-specific poor health hazards between ages 30 and 64

	Czech Rep.	Greece	Italy	Poland	Spain	Austria	Belgium	Denmark	France	Germany	Netherlands	Sweden	Switzerland
	Coef. Sign.												
Partnership biography (Ref: Single)													
First Union	-0.089	0.205	0.189	0.051	0.597**	0.221	-0.242	-0.206	0.413*	0.192	0.023	0.176	0.034
Second or higher Union	0.292	0.433	0.465	0.159	0.740†	0.654†	-0.086	-0.047	0.592**	0.443†	0.590**	0.263	0.033
Separation or divorce	0.094	0.315	0.696†	-0.158	0.806*	0.559	-0.029	0.058	0.690**	0.617*	0.160	0.588*	0.234
Widowhood	-0.074	0.056	0.394	0.172	0.931**	0.377	-0.419	0.121	0.404	0.316	0.435	-0.335	-0.305
Childhood health (Ref: Good)													
Poor or variable	0.483**	0.815	0.319*	0.357*	0.445**	-0.074	0.499***	0.533**	0.322**	0.396**	0.230†	0.532**	0.622***
Working status (Ref: No working)													
Working	-1.242***	0.004	-0.303**	-0.987***	-0.681***	-0.271	-0.553***	-0.824***	-0.350***	-0.481***	-0.399**	-0.648***	-0.048
Age at the survey (Ref: 50-59)													
60-69	-0.423***	-0.062	-0.339**	0.017	-0.409**	-0.284	-0.417***	-0.415***	-0.538***	-0.431***	-0.505***	-0.393***	-0.271†
70-79	-0.928***	-0.377**	-0.718***	-0.673***	-1.169***	-0.839***	-0.845***	-0.992***	-1.038***	-0.881***	-1.117***	-0.833***	-0.864***
80 and over	-1.429***	-0.991***	-1.224***	-1.148***	-1.728***	-1.547***	-1.589***	-1.777***	-1.635***	-1.317***	-1.835***	-1.672***	-0.926***
Educational Level (Ref: First Level)													
Second Level	0.052	-0.422**	0.041	0.131	-0.133	-0.147	0.064	0.083	0.039	0.238	-0.296*	0.005	0.030
Third Level	0.096	-0.106	0.176	0.126	-0.340†	0.051	0.190†	0.134	-0.104	0.268	0.184	-0.047	0.143
Age	0.553***	0.269***	0.087*	0.419***	0.161**	0.156*	0.140***	0.243***	0.144**	0.097*	0.199**	0.248***	0.018
Age Squared	-0.005***	-0.002**	-0.001	-0.004***	-0.001†	-0.001	-0.001*	-0.002***	-0.001*	-0.001	-0.001*	-0.002***	0.000
Sex (Ref: Men)													
Women	-0.121	0.253*	-0.093	-0.025	-0.223	-0.155	-0.038	0.049	0.072	-0.196*	-0.219*	0.270**	0.469***
Constant	-16.828***	-13.546***	-7.657***	-14.125***	-9.430***	-8.148***	-7.582***	-10.044***	-8.471***	-7.152***	-8.797***	-10.882***	-5.681***
Pseudo R-Square	0.061	0.050	0.028	0.065	0.065	0.032	0.036	0.052	0.043	0.040	0.039	0.054	0.026
N	1678	2645	2319	1601	1777	708	2532	1913	2037	1652	1911	1684	1078

<0.001***; <0.01**; <0.05*; <0.1†

represent a more select segment of the population. This point was supported through independent hazard models for each age group (not shown; available upon request) in which the higher the age group (at the time of the interview), the lower the risk of poor health of single individuals in comparison with those who were in a first union. Explanations other than the survival selection effect could be proposed, but they are not very plausible in our opinion (e.g., if there are mechanisms whereby married individuals report the distinct period of poor health early more often than singles). In addition, some authors have shown that health influences the probability of individuals to enter into a union (Joung et al. 1998; Brockmann and Klein 2004). The retrospective data from SHARELIFE are insufficient to fully consider reverse causality between partnership status and health even though the interaction between childhood health and partnership status was tested in this analysis without having obtained significant results.

On the other hand, our results also point to some degree of mortality-related selection at the country level because four of the five countries categorized as high-mortality countries during the first half of the twentieth century (Greece, Italy, the Czech Republic, and Spain) show no significant effect or even lower hazards of poor health with respect to the low-mortality reference (the Netherlands), once individual-level variables are controlled for. However, we acknowledge that this is an intuitive interpretation. This hypothesis is not supported by the hazard coefficients based on specific illnesses reported in SHARELIFE (item HS054; not shown and available from authors upon request).

All types of data, whether cross-sectional, longitudinal, or retrospective, the latter being the case of this study, have proven to be influenced by survival selection when mature and older ages are analyzed. As a consequence, the true effect of partnership status on health among this specific subpopulation cannot be precisely measured and the likely survival selection should be of concern in all cases when the relationship between any socio-demographic factor and health is addressed. Only longitudinal data associated with long-term follow-up can adequately measure the actual magnitude of that selection effect. Although we applied a survival analysis throughout adulthood (ages 30–64), in this study, the selection of individuals with a better health profile cannot be avoided, creating a potential effect on the results. This effect is likely to be larger among those segments of the population that are, in principle, more exposed to health-related disadvantages and for longer periods, which seems to be the case of single individuals. By contrast, other partnership situations such as divorce or widowhood are less likely to be affected by the survival selection, or its effect is less intense due to a later start or the temporary nature associated with those situations.

However, the influence of these situations on health found in results must be taken with some caution due to the few individuals included in these categories (i.e., separation or divorce and second and subsequent unions).

Separation or divorce displays a negative effect on health over adulthood, and the same is observed among second or higher ranks of unions, thus confirming findings from previous research (Joung et al. 1998; Hughes and Waite 2009). The end of a relationship is stressful enough in itself to have negative consequences on an individual's health. In fact, poor health status has been shown to be one of the contributing factors for separation (Joung et al. 1998). In addition, it may imply a worsening of economic status (separation or divorce usually reduces the purchasing power of both partners; Andress et al. 2006), which together with the expected consequences of aging may derive a disadvantaged position within the marriage market before an occasional new union. That is, these individuals become less attractive and less competitive as a function of the factors previously described.

Widowhood is usually associated with increasing socioeconomic-related vulnerability, but in the current study, only Spain shows a significant health disadvantage associated with widowhood. In our opinion, several factors might contribute to buffering the potential effect of widowhood on the hazard of poor health: (1) the range of ages is retrospectively analyzed (30–64 years) that reduces the probabilities of widowhood, and (2) the set of provisions from the welfare state that mitigates the negative effect of this episode. Using SHARELIFE data, Biró (2013) pointed out the complexity of the relationship between widowhood, economic restrictions, and health with regard to different welfare policies across European countries (i.e., the characteristics of pension systems, the degree of female participation in the labor market, and the development of private annuity).

Although individuals' working status shows a significant effect on the hazard of poor health, it is not possible to hypothesize about the underlying mechanisms because poor health itself is a determinant of working status (De Lange et al. 2005). The control exerted in our models through the information on childhood health status does not solve this problem because no direct causal association between health at childhood and working status during adulthood can be ascertained through our data. A similar reasoning applies to the educational level (Ross and Wu 1996), although in this case, no significant effect is observed in our results.

Finally, it is important to note that no significant differences in the risk of poor health are observed between men and women in eight of the thirteen countries analyzed once the remaining socio-demographic variables are controlled for. In the five countries, where sex differences are

statistically significant, they do not point univocally: in Greece, Sweden, and Switzerland, there is a lower hazard of poor health among men, whereas in Germany and the Netherlands, the opposite is observed. This finding is interesting to us because it would invite a supplement and revision to the so-called “sex health-survival paradox” (Oksuzyan et al. 2010) on the basis of retrospective data.

Acknowledgments This study uses data from SHARELIFE release 1, as of November 24, 2010. The collection of SHARE data has been primarily funded by the European Commission through the fifth framework programme (project QLK6-CT-2001- 00360 in the thematic programme Quality of Life), through the sixth framework programme (projects SHARE-I3, RII-CT- 2006-062193, COMPARE, CIT5-CT-2005-028857, and SHARELIFE, CIT4-CT-2006-028812) and through the seventh framework programme (SHARE-PREP, 211909 and SHARE-LEAP, 227822). Additional funding from the U.S. National Institute on Aging (U01 AG09740-13S2, P01 AG005842, P01 AG08291, P30 AG12815, Y1-AG-4553-01 and OGHA 04-064, IAG BSR06-11, R21 AG025169) as well as from various national sources is gratefully acknowledged.

References

- Andress H-J, Borgloh B, Bröckel M, Giesselmann M (2006) The economic consequences of partnership dissolution: a comparative analysis of panel studies from Belgium, Germany, Great Britain, Italy, and Sweden. *Eur Sociol Rev* 22(5):533–560
- Bardage C, Pluijm SM, Pedersen NL, Deeg DJ, Jylhä M, Noale M, Blumstein T, Otero A (2005) Self-rated health among older adults: a cross-national comparison. *Eur J Ageing* 2:149–158
- Biró A (2013) Adverse effects of widowhood in Europe. *Adv Life Course Res* 18(1):68–82
- Börsch-Supan A, Karsten H, Jürges H (2005) A new comprehensive and international view on ageing: introducing the ‘Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe’. *Eur J Ageing* 2(4):245–253
- Brockmann H, Klein T (2004) Love and death in Germany: the marital biography and its effect on mortality. *J Marriage Fam* 66:567–581
- Chesnais J-C (1986) La transition démographique: étapes, forms, implications économiques. Etude de series temporelles (1720–1984) relatives à 67 pays. Presses Universitaires de France, Paris
- De Lange AH, Taris TW, Kompier M, Houtman I, Bongers P (2005) Different mechanisms to explain the reversed effects of mental health on work characteristics. *Scand J Work Environ Health* 31(1):3–14
- Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, Marmot M (2008) Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Soc Sci Med* 67:330–340
- Duncan G, Wilkerson B, England P (2006) Cleaning up their act: the effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use. *Demography* 43(4):691–710
- Goldman N, Korenman S, Weinstein R (1995) Marital status and health among the elderly. *Soc Sci Med* 40(2):1717–1730
- González L, Viitanen T (2009) The effect of divorce laws on divorce rates in Europe. *Eur Econ Rev* 53:127–138
- Hughes M, Waite L (2009) Marital biography and health at mid-life. *J Health Soc Behav* 50:344–358
- Idler EL (1993) Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship? *J Gerontol* 48:289–300
- Joung I, Van de Mheen H, Stronks K, Van Poppel F, Mackenbach J (1994) Differences in self-reported morbidity by marital status and by living arrangement. *Int J Epidemiol* 23(1):91–97
- Joung I, Dike H, Stronks K, Van Poppel F, Mackenbach J (1998) A longitudinal study of health selection in marital transitions. *Soc Sci Med* 46(3):425–435
- Joutsenniemi K (2007) Living arrangements and health. Dissertation, University of Helsinki
- Lesthaeghe R (1995) The second demographic transition in western countries. In: Mason KO, Jensen AM (eds) *Gender and family in industrialized countries*. Clarendon Press, Oxford, pp 17–62
- Lillard L, Panis C (1996) Marital status and mortality: the role of health. *Demography* 33(3):313–327
- Lillard L, Waite L (1995) Til death do us part: marital disruption and mortality. *Am J Sociol* 100(5):1131–1156
- Liu H, Umberson D (2008) The times are a changin’: marital status and health differentials from 1972 to 2003. *J Health Soc Behav* 49:239–253
- Marmot M (2005) Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365:1099–1104
- Martikainen P, Martelin T, Nihtilä E, Majamaa K, Koskinen S (2005) Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: analyses of changes in marital-status distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death. *Popul Stud* 59(1):99–115
- Oksuzyan A, Brønnum-Hansen H, Jeune B (2010) Gender gap in health expectancy. *Eur J Ageing* 7(4):213–218
- Regidor E, Calle M, Domínguez V, Navarro P (2001) Mortalidad según características sociales y económicas: Estudio de mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. *Med Clin* 116:726–731
- Rendall MS, Weden MM, Favreault MM, Waldron H (2011) The protective effect of marriage for survival: a review and update. *Demography* 48:481–506
- Ross C, Wu CH (1996) Education, age, and the cumulative advantage in health. *J Health Soc Behav* 37(1):104–120
- Schröder M (2011) Retrospective data collection in the survey of health, ageing and retirement in Europe. *SHARELIFE Methodology*. Mannheim
- Simon W (2002) Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *Am J Sociol* 107:1065–1096
- Valkonen T, Martikainen P, Blomgren J (2004) Increasing excess mortality among non-married elderly people in developed countries. *Demogr Res* 2:305–330
- Vaupel JW, Yashin AI (1985) Heterogeneity’s ruses: some surprising effects of selection on population dynamics. *Am Stat* 39(3):176–185
- Vaupel JW, Manton KG, Stallard E (1979) The impact of heterogeneity in individual frailty on the dynamics of mortality. *Demography* 16:439–454
- Wade T, Pevalin D (2004) Marital transitions and mental health. *J Health Soc Behav* 45:155–170
- Waite L (1995) Does marriage matter? *Demography* 32(4):483–507
- World Health Organization (WHO) (1946) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June

Tercer artículo

Posición en el hogar y género: desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España

Gumà, J. Treviño, R. Cámara, A.D. (en prensa). *Revista Internacional de Sociología*

Posición en el hogar y género: desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España (1)

Jordi Gumà (2), Rocio Treviño (2) y Antonio D. Cámara (2)

(1) Este trabajo forma parte de la tesis doctoral de Jordi Gumà Lao, inscrita en el doctorado de Demografía de la Universitat Autònoma de Barcelona

(2) Centro de Estudios Demográficos

Resumen

Este artículo explora la asociación entre la posición en el hogar y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre la población de 30-64 años residente en España (N=13.258) desde una perspectiva de género. Se utilizan modelos multivariantes de regresión lineal independientes según sexo a partir de la muestra española de la Encuesta Europea de Salud de 2009 incluyendo las siguientes variables de control: edad, relación con la actividad, nivel educativo, capital social, nacionalidad, y variables de salud objetiva. Los resultados muestran que la posición en el hogar es más determinante sobre la CVRS que los indicadores de estatus individual entre la población femenina, lo que no ocurre entre la población masculina. La monoparentalidad es la posición del hogar asociada a una peor CVRS, penalizando en mayor medida a las mujeres. Entre los hombres, la CVRS se muestra más sensible a la convivencia o no en pareja.

Palabras clave

Determinantes sociales de la salud, hogar, género, calidad de vida

Abstract

This paper applies a gender perspective to explore the relationship between the position of individuals within the household and the health-related quality of life (CVRS) among the population aged 30 to 64 living in Spain (N=13.258). Microdata from the Spanish sample of the European Health Survey of 2009 are utilized for this purpose. Multivariate linear regression models for males and females are run which include the following controllers: age, labor status, educational level, social capital, nationality and variables approaching individuals' objective health. Results show that, among females, the position within the household is more influential on CVRS than some other individual characteristics. This is not the case among males. One-parent family is the household position that penalize CVRS the most which stands especially for females. Among males, living (or not) in couple is the most influential factor on CVRS. Gender-related determinants are discussed.

Keywords

Social determinants of health, Household, Health-related quality of life, Gender

Introducción

El descenso de la mortalidad en los países desarrollados se ha producido sin una reducción paralela de las desigualdades de salud (Stephens, 1998; Marmot, 2005). Por tales desigualdades se entienden aquellas diferencias de salud injustas, evitables y sistemáticas (OMS, 2007) cuyos determinantes sociales han sido objeto preferente de estudio por parte de las ciencias sociales.

Entre los diversos determinantes de la salud analizados, nuestro interés se centra en explicar las desigualdades de salud mediante el hogar (Hughes y Waite, 2002; Joutsenniemi, 2007), entendido como un contexto común de convivencia pero también como un espacio de diferenciación en relación a los recursos, responsabilidades y oportunidades sociales de sus miembros. En este sentido, la posición en el hogar define el lugar del individuo no sólo en relación a su estructura (hogar unipersonal, hogar pluripersonal) sino también en relación a su situación en el núcleo o núcleos familiares del hogar (como miembro de la pareja, como padre o madre emparejados, como hijo/a, como madre o padre monoparental, fuera de un núcleo familiar). Las relaciones dentro del hogar se articulan en un intercambio continuo y diario de recursos económicos, de soporte emocional, de cuidado, de información, etc (Hughes y Waite, 2002). Estos intercambios de recursos operan en función de unas normas de interacción entre hombres y mujeres basadas en consensos socioculturales que definen la formación histórica y social de los contratos de género (Hirdman, 1998), articulados siempre en torno a la división sexual del trabajo en la esfera productiva y la doméstica. Balances desequilibrados en los intercambios y relaciones descritos son susceptibles de traducirse desigualdades en salud.

La aproximación a estas desigualdades en salud se realiza a partir del indicador complejo de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el cual permite captar con mayor detalle las diferencias de salud (Bowling, 1999) de la población adulta (en este trabajo representada por las edades 30-64), donde los perfiles son más homogéneos que entre la población mayor (habitualmente representada por las edades 65 y más). Aunque el concepto general de calidad de vida relacionada con la salud no tiene una definición única debido a su naturaleza subjetiva, sí puede destacarse que prima la valoración de cómo la salud condiciona el día a día de los individuos (Bullinger et al., 1993), ubicándose dentro de la dimensión subjetiva de la salud. Además, refleja la diferencia entre salud experimentada y esperada (Carr et al., 2001). Se trata, por tanto, de un concepto multidimensional que aglutina información sobre la salud mental, física y social, teniendo en cuenta el efecto que sobre la salud tienen, tanto las características sociodemográficas propias del individuo, como algunos de los elementos externos que interaccionan con estos (Bowling, 1999; Anguita et al., 2001; Vilagut et al., 2008). De este modo, se ajusta a la definición multidimensional de la salud dada por la Organización Mundial de la Salud¹.

El objetivo de este trabajo es explorar desde una perspectiva de género la asociación entre la posición en el hogar y las desigualdades de salud, medidas a través de la CVRS, de los individuos de 30 a 64 años de edad. Este análisis se realiza controlando por determinantes sociales cuya relación con las desigualdades de salud ha sido probada anteriormente (estatus socioeconómico, capital social), factores sociodemográficos (edad y nacionalidad) e indicadores de salud objetiva (número de enfermedades crónicas y dolor físico) de los individuos. Para ello se han analizado los microdatos de la muestra española de la Encuesta Europea de Salud de 2009. Los indicadores de salud objetiva han sido incluidos para poder estandarizar el efecto de la posición en el hogar sobre un indicador subjetivo como la CVRS, relacionando ambas dimensiones de la salud y permitiendo de este modo aproximar el efecto a igual situación de

¹ Salud es un estado de bienestar completo tanto físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad o discapacidad (OMS, 1946)

salud objetiva de los determinantes sociales y de los factores demográficos introducidos en el análisis multivariable.

El rango de edad estudiado (30-64) tiene como objetivo acotar una población con mayor grado de homogeneidad en cuanto al ciclo laboral y familiar, y en la que los efectos de las desigualdades de género sobre la salud pueden resultar más evidentes. Debe destacarse, asimismo, el valor añadido que representa el estudio de poblaciones en edades en las cuales las políticas de salud pública pueden actuar para revertir situaciones desaventajadas de salud.

En primer lugar se presentan los antecedentes del tema de estudio, y a continuación un segundo apartado donde se recogen la fuente de datos utilizada, la descripción de las variables y el método de análisis. Los resultados se dividen en dos partes. En la primera se describe el perfil de la posición en el hogar por sexo y edad de la población objeto de estudio y los valores medios del indicador de CVRS. En la segunda se aborda el análisis multivariable de regresión lineal realizado para obtener el valor neto de la asociación entre la posición en el hogar y la CVRS.

Antecedentes

Los determinantes sociales de la salud permiten entender por qué situaciones iniciales de salud objetiva similares acaban evolucionando en patrones de salud desiguales entre individuos a lo largo de su vida (Marmot 2005). Estos determinantes son conocidos también como "las causas de las causas" (Rose, 1992) debido a su efecto indirecto sobre la salud (McKinlay, 1993) derivado de su vínculo con los diferentes niveles de exposición a los riesgos de salud a lo largo del ciclo vital.

Entre estos determinantes, la situación de pareja de los individuos ha constituido una primera aproximación al estudio de la asociación de las relaciones familiares en el hogar con la salud. Existe un amplio consenso en señalar que la convivencia en pareja tiene un efecto positivo e inmediato sobre la salud de los hombres y, aunque de menor intensidad, también sobre las mujeres a medio y a largo plazo (Waite 1995; Lillard y Panis 1996). Estos beneficios de la convivencia en pareja han sido explicados a partir de tres factores: 1) por la reducción de los comportamientos de riesgo y de los hábitos no saludables a que va asociada (Lillard y Waite 1995); 2) porque deriva en la creación y mantenimiento de una red social de soporte a la que recurrir en situaciones críticas (Waite 1995); y, por último, 3) por el incremento del bienestar material que implica la vida en pareja como resultado de una economía de escala que permite la combinación de recursos y la especialización de tareas entre los miembros de la pareja (Lillard y Panis 1996).

Posteriormente se ha ampliado el rango de relaciones del hogar contempladas en los análisis de las desigualdades en salud incluyendo también la estructura del hogar y abordando en la mayoría de los estudios las dimensiones subjetivas y mentales de la salud (Hughes y Waite 2002; Joutsenniemi 2007). Estos trabajos han mostrado que los hombres que residen en estructuras familiares que implican una convivencia en pareja muestran una mejor salud, mientras que en las mujeres el nivel de salud depende de la carga familiar a la cual se ven expuestas (Martikainen et al. 2005; Joutsenniemi 2007). También ha sido señalado que las situaciones ventajosas de salud pueden revertirse por algún cambio familiar de tipo traumático (separación o defunción de la pareja), con un efecto negativo mayor en función de la proximidad temporal a la experimentación de éste (Hughes y Waite 2002).

Los estudios mencionados han optado por abordar la relación entre hogar y salud a través de una perspectiva contextual del hogar, de manera común para todos sus miembros, sin considerar que el reparto de responsabilidades y la "carga familiar" se ven diferenciados en

función del género, la edad y las relaciones familiares de los miembros que componen el hogar (por ejemplo, los hijos/as jóvenes son mayoritariamente receptores de recursos mientras que sus padres-madres son proveedores). Es más, la dinámica de género interactúa junto con la edad y el ciclo de vida estructurando posiciones diferenciadas en el hogar que condicionan el día a día de los individuos, y por tanto, son susceptibles de influir en las desigualdades de salud entre estos. En este sentido, la incompleta revolución de género (McDonald 2000, Goldscheider 2000) experimentada en los países occidentales, que ha hecho que sea mucho más probable que las mujeres participen en el mercado de trabajo laboral a que los hombres asuman sus responsabilidades de trabajo doméstico y de cuidado (Goldscheider 2000), ha contribuido a que las primeras acumulen mayor carga de trabajo total (trabajo laboral, trabajo doméstico y de cuidado) (Durán 1998) y al fenómeno de la doble presencia femenina (Balbo 1978) que ha sido asociado a situaciones de frustración y estrés (Rosales, 2003). Otros procesos sociodemográficos que han afectado a la carga total de trabajo de los hogares y a su redistribución de género han sido el envejecimiento de la población, el retardo de la emancipación ligado a la expansión educativa o el incremento del divorcio. Así, por ejemplo, Spijker y Pérez (2010) señalan que la presencia de una persona dependiente en el hogar "tradicionaliza" los roles de género en el hogar.

Desde este punto de vista, la posición en el hogar se configura como una aproximación a la estructuración de los roles de género, no sólo en función del sexo, sino también de la edad y del ciclo de vida de los individuos, permitiendo ajustar los patrones de intercambio en la oferta y demanda de recursos del hogar (económicos, de cuidado y soporte emocional, de información, etc) (Hughes y Waite, 2002) que condicionan la vida cotidiana de los individuos. Cuando se produce una situación de desequilibrio en este tipo de intercambios se suele observar una desigualdad de género en, por ejemplo, la práctica de actividad física, la disposición de tiempo libre, el número de horas de sueño, etc (OSM, 2005).

Pero se debe tener en cuenta que la dinámica de género interactúa en todos los determinantes sociales de la salud generando 1) un desigual grado de exposición a los diferentes riesgos que afectan a la salud, 2) una percepción de la propia salud también diferenciada; 3) y finalmente, diferencias en la asistencia sanitaria recibida. En relación al primer punto, cabe destacar que el conjunto de determinantes sociales configura unos estilos de vida diferenciados que se vinculan a las definiciones de masculinidad y femineidad (MacInnes, 1998; García-Mina, 2003), que ejercen un efecto directo tanto sobre la salud como incluso sobre la supervivencia de los individuos. En relación al segundo punto, los hallazgos de diversos trabajos han mostrado diferencias en la autopercepción de la salud de hombres y mujeres ante síntomas de similar naturaleza, llegando a plantear la posibilidad de que la mayor prevalencia de la morbilidad crónica en las mujeres tenga como origen la capacidad de reconocer o verbalizar las enfermedades por parte de éstas y no tanto como consecuencia de diferencias biológicas (OSM, 2005). Por lo que respecta al tercer punto, el sesgo de género en la práctica diagnóstica (Ruiz y Verdú 2004) consistente en la extrapolación a las mujeres de resultados diagnósticos obtenidos a partir de ensayos clínicos realizados en su mayoría con hombres como sujetos de estudio, ha llevado a tomar la idea de que la sintomatología de las diversas enfermedades es la misma en ambos sexos, provocando imprecisiones en la definición de los procesos de prevención, tratamiento y atención de dichas enfermedades en el caso femenino (Griffith 2005; OSM, 2005).

Además, para obtener una visión global sobre los patrones de salud diferenciados según sexo se deben añadir a las desigualdades de género aquellas diferencias cuyo origen es de naturaleza biológica. Cuando se examina el perfil de salud objetiva de ambos sexos, entre los hombres las enfermedades cardiovasculares son más prevalentes que entre las mujeres, mientras que en las mujeres se observan altas prevalencias de enfermedades mentales y patologías del sistema

músculo esquelético (Arber y Cooper, 1999; Oksuzyan, 2009). Este último punto constituye una de las explicaciones más utilizadas para justificar las diferencias de salud por sexo: las enfermedades masculinas tienen una mayor relación con la supervivencia mientras que las femeninas mostrarían un mayor recorrido temporal y, por lo tanto, derivarían en un progresivo desgaste de la salud. Sin embargo, resulta imposible disociar completamente el efecto de las desigualdades de género descritas anteriormente sobre las diferencias de salud entre sexos.

Para concluir este apartado destacaremos algunas de las evidencias empíricas que justifican la inclusión del resto de covariables del trabajo. Éstas se refieren a diferentes determinantes sociales y demográficos de la salud.

El determinante social de la salud que ha recibido mayor atención es el estatus socioeconómico individual aproximado a partir de la relación con la actividad de los individuos, la situación profesional, el nivel educativo o el nivel de pobreza, entre otros. Todos los trabajos revisados han mostrado inequívocamente que este factor tiene un gran peso a la hora de definir el sentido y la intensidad de las desigualdades de salud, mostrando mejor salud aquellas personas con un estatus socioeconómico superior (Borrell et al., 2004; Marmot, 2005). Los mecanismos que operan en ese sentido aluden no sólo al impacto positivo sobre la salud de la mayor disposición de recursos, sino también al mayor conocimiento sobre cómo llevar una vida más saludable (dieta, consumo de tabaco, alcohol, estupefacientes, etc) asociado a mayores niveles educativos (Marmot, 2005).

El capital social, entendido como el conjunto de relaciones bidireccionales que se establecen entre los individuos y sus círculos más próximos, tanto familiares como extrafamiliares, es otro de los determinantes que mayor interés ha suscitado. Su asociación con el estado de salud de los individuos, sobre todo en su dimensión subjetiva, ha sido contrastada ampliamente (Rogers, 1996; Berkman et al., 2000; Puga et al., 2007). Las relaciones sociales se han mostrado beneficiosas para la salud de los individuos por: 1) la ayuda directa que canalizan en caso de necesidad de cuidado; 2) por el efecto disuasorio que ejerce el control social en la práctica de actividades de riesgo (consumo de sustancias, conducción en estado de embriaguez, etc); 3) porque implican un mayor nivel de integración social que deriva en una vía de acceso a recursos (oportunidades de trabajo, cuidado sanitario, etc), así como en un sentimiento de pertenencia a un colectivo (Rogers, 1996; Berkman et al., 2000). Estos beneficios se traducen en una menor erosión de la salud general así como en efectos positivos sobre la salud mental (aumento de la autoestima, descenso de los síntomas de depresión e incremento de la sensación de bienestar) (Berkman et al., 2000).

La nacionalidad de los individuos se ha contemplado en nuestro trabajo debido a la diversificación que la población residente en España experimentó durante la primera década del siglo XXI como consecuencia de los intensos flujos inmigratorios. Aparte de las diferencias potenciales en las condiciones y el estado de salud como resultado del efecto acumulado de los ambientes de origen hasta el momento del movimiento migratorio, la nacionalidad es una fuente de diferenciación de derechos. La inmigración se asocia a situaciones de desventaja en los ámbitos laboral, social y personal (Porthé et al., 2006), y por tanto, a escenarios de mayor vulnerabilidad social que pueden acabar afectando a la salud. Diferentes estudios han destacado el efecto positivo del estatus de inmigrante sobre la salud al ser seleccionados en el origen los individuos en condiciones lo suficientemente ventajosas como para emprender la migración (Swallen, 1997; Abraído-Lanza et al., 1999). Sin embargo, otros trabajos han encontrado en nuestro país que, incluso en el caso de existir esta selección previa, las peores condiciones de vida a las cuales se ven abocados los inmigrantes en la mayoría de los casos llevan a que esta

posible ventaja inicial desaparezca después de pocos años de permanencia en el país de destino (García-Gómez y Oliva, 2009; Solé y Rodríguez, 2010).

Finalmente, la edad es clave por el deterioro de la salud durante el proceso de envejecimiento, su efecto sobre la manera de autopercebir la propia salud y su vínculo con la posición que se ocupa en el hogar a través del ciclo familiar. Así, además de su más que probada asociación con los perfiles de salud (peor salud en edades más avanzadas), resulta también fundamental a la hora de establecer las referencias que toma un individuo a la hora de autodeclarar su salud, ya que todos acostumbramos a compararnos con otros individuos de nuestro mismo grupo de edad (Idler, 1993; Gumà, 2009). Por tanto, un mismo problema de salud será valorado de manera más o menos negativa dependiendo de si es más o menos frecuente en el grupo de edad de referencia. La edad también se asocia al ciclo vital de las personas, permitiendo de este modo distinguir entre situaciones más o menos frecuentes (no es lo mismo ocupar la posición de hijo/a con una edad de 15 años que a los 40 años).

Fuentes y métodos

Los datos utilizados proceden de la muestra española de la Encuesta Europea de Salud de 2009 (EES). La EES es un proceso estadístico armonizado en el marco del Sistema Estadístico Europeo cuyo objetivo es recoger información sobre diferentes dimensiones de la salud y sus determinantes sociales. La unidad de muestreo fueron los hogares dentro del ámbito geográfico español, entrevistándose a un total de 22.188 individuos residentes en esos hogares.

Para este trabajo se han seleccionado las edades 30-64 que suman 13.258 individuos: 6.655 (50,2%) hombres y 6.603 (49,8%) mujeres.

Calidad de vida relacionada con la salud

El indicador de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), nuestra variable dependiente, consiste en una escala aditiva resultado de sumar los valores de las respuestas dadas a una batería de nueve preguntas incluidas en el cuestionario de la EES. Estos nueve ítems (Tabla 1) son los únicos incluidos en el cuestionario general de la EES del conjunto de preguntas pertenecientes al llamado instrumento SF-36 (INE, 2009). Los ítems recogen información sobre la percepción de cuatro dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud: el impacto emocional, el cansancio psicológico, la vitalidad y el estado de ánimo de los individuos. Las posibilidades de respuesta a estos ítems son: *siempre*, *casi siempre*, *algunas veces*, *sólo alguna vez* y *nunca*, tomando como referencia las cuatro semanas anteriores a la entrevista. A cada una de estas categorías se le ha asignado una puntuación entre 1 y 5 siendo 1 la connotación más negativa y 5 la más positiva en cada caso (Tabla 1). Las últimas dos columnas de la Tabla 1 se refieren al porcentaje de respuesta entre las edades 30 y 64.

Tabla 1. Descripción ítems utilizados para elaborar el indicador de CVRS

	Respuestas posibles					% Respuesta	
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca	Hombres	Mujeres
Se sintió lleno de vitalidad	5	4	3	2	1	99,5%	99,7%
Estuvo especialmente tenso	1	2	3	4	5	99,5%	99,7%
Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarlo	1	2	3	4	5	99,5%	99,7%
Se sintió calmado y tranquilo	5	4	3	2	1	99,6%	99,7%
Tuvo mucha energía	5	4	3	2	1	99,6%	99,6%
Se sintió desanimado y deprimido	1	2	3	4	5	99,2%	99,5%
Se sintió agotado	1	2	3	4	5	99,4%	99,6%
Se sintió feliz	5	4	3	2	1	99,3%	99,3%
Se sintió cansado	1	2	3	4	5	99,4%	99,6%

Fuente: Cuestionario de la EES 2009 para España (INE)

El indicador final recoge la suma de las nueve puntuaciones para cada individuo, oscilando por tanto los valores dentro de un rango de 9 a 45 puntos. No poder contar con el resto de preguntas del instrumento SF-36 ha impedido utilizar los pesos estándar para las diferentes dimensiones recogidas por los nueve ítems, razón por la cual todos los ítems tienen el mismo peso en el indicador final. Para facilitar su interpretación, el valor obtenido ha sido convertido a una escala entre 0 y 100 mediante la siguiente fórmula:

Fórmula 1

$$\frac{\sum \text{respuestas} - 9}{36} * 100$$

Determinantes sociales de la salud

Posición en el hogar

Esta variable combina información sobre el hogar y el núcleo familiar. El hogar lo conforman las personas que residen habitualmente en la misma vivienda. El núcleo familiar corresponde por definición a: 1) una pareja sin hijos; 2) una pareja con algún hijo; 3) una madre sin pareja y con algún hijo (monoparental femenina); 4) un padre sin pareja con algún hijo (monoparental masculino). A su vez, la posición en el núcleo distingue cuatro situaciones: en pareja sin hijos, en pareja con algún hijo, padre o madre solo/a, posición de hijo/a en un núcleo. La construcción de núcleos ha priorizado la relación paterno/materno-filial más joven en aquellos hogares donde se observa la convivencia entre tres o más generaciones. De este modo, la posición en el hogar diferencia las cuatro posiciones de núcleo arriba mencionadas. Además, distingue aquellos individuos que están en pareja en función de si tienen uno o más hijos y, por último, se añaden la de hogar unipersonal y otras situaciones. En esta última categoría se ubican aquellos individuos que están fuera de núcleo en un hogar, pudiendo tener o no relación de parentesco con algún miembro de los núcleos del hogar si los hay. La posición de padre o madre sin pareja, es decir, encabezando un núcleo monoparental, no se diferencia según el número de hijos debido al bajo número tanto absoluto (61 hombres y 443 mujeres) como relativo (un 0,9% entre los hombres y un 6,7% entre las mujeres) de individuos que se encontraban en esta situación en la muestra de la EES.

Estatus socioeconómico

El estatus socioeconómico ha sido aproximado mediante dos variables introducidas de manera independiente: la relación con la actividad y el nivel de estudios. La relación con la actividad combina la situación en relación al empleo y la situación profesional. Los individuos no ocupados se dividen en: desempleado/a, dedicación principal a las labores domésticas, e inactivo/a. Los ocupados se dividen en: asalariados/as por cuenta ajena, empresarios/as con o sin empleados, y otras situaciones de ocupación. El nivel educativo hace referencia al máximo alcanzado en el momento de la entrevista, proponiéndose las siguientes tres categorías: educación obligatoria o inferior (individuos que como máximo han acabado estudios primarios obligatorios), educación secundaria no obligatoria y estudios universitarios.

Capital Social

La covariable capital social se deriva de la respuesta a la pregunta del cuestionario de la EES: "En caso de tener un problema personal grave de cualquier tipo ¿con cuántas personas cercanas a usted podría contar?". Las posibles respuestas fueron agrupadas en dos categorías: dos o menos (bajo capital social) y tres o más (alto capital social). Esta agrupación se debe a que únicamente el 1,7% de los entrevistados entre 30 y 64 años declararon no tener ninguna persona a la cual recurrir en caso de un problema personal grave, optándose por expandir el criterio de definición de bajo capital social hasta la siguiente categoría de respuesta (Una o dos).

VARIABLES DE CONTROL

La variable edad se introduce de forma continua para los individuos con edades comprendidas entre los 30 y 64 años.

La nacionalidad diferencia si los individuos tienen nacionalidad española y, entre los de nacionalidad extranjera, los de la UE-27 y los que de fuera de la UE-27. De este modo, se establecen tres grandes grupos diferenciados en función de sus derechos civiles.

Aunque el indicador de CVRS se ubica dentro de la dimensión subjetiva de la salud, ésta última no es independiente de la dimensión objetiva, mostrando los indicadores subjetivos una consistente relación y capacidad predictiva sobre la evolución inmediata de los indicadores objetivos (Schneider et al., 2004). Por este motivo se han introducido dos variables de salud objetiva para estandarizar el efecto de la posición en el hogar sobre un indicador subjetivo como la CVRS a igual situación de salud objetiva.

La primera variable de salud objetiva recoge el número de enfermedades crónicas diagnosticadas por un profesional de la medicina. Dado que la tipología de enfermedades diagnosticadas es muy amplia, se ha optado por tener en cuenta la acumulación de estas enfermedades crónicas. Con el objetivo de evitar trabajar con categorías con un bajo número de casos, se ha utilizado la siguiente categorización: *ninguna*, *una*, y *dos o más* enfermedades crónicas.

También se ha querido controlar el efecto que el padecimiento de un dolor físico en un momento temporal cercano a la entrevista puede tener sobre las respuestas a los ítems del indicador de CVRS. Para eso se incluye una variable derivada que combina los ítems: "¿Durante las 4 últimas semanas ha padecido algún tipo de dolor o molestia física?" y "¿qué grado de dolor o molestia física ha tenido?". Tal y como se deduce del enunciado literal de las preguntas, se recogen aquellas situaciones que producen dolor y que no tienen que ser necesariamente de larga duración como en el caso de las enfermedades crónicas. De este modo, la variable final

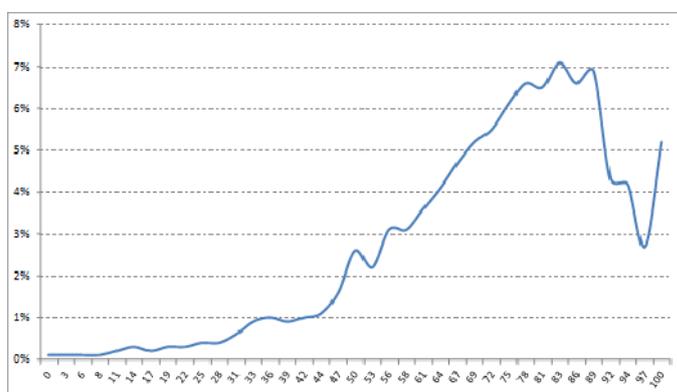
contempla las siguientes posibilidades: no ha experimentado dolor/molestia; ha experimentado dolor/molestia leve o moderado; y ha experimentado dolor/molestia severo o extremo.

Al incluir como variables de control dos ítems vinculados a la salud objetiva, el número de enfermedades crónicas diagnosticadas y el padecimiento e intensidad de un dolor en el periodo previo a la entrevista, se realizó un análisis previo de correlación entre las mismas. El coeficiente Tau de Kendall mostró que la correlación era de un nivel suficientemente bajo para que ambas fueran introducidas como variables independientes en el mismo modelo (Tau de Kendall= 0,324).

Método

Trabajos previos con el indicador de CVRS mostraron que seguía una escala de intervalo (Anguita et al., 2001; Vilagut et al., 2008) y por tanto se ha optado por utilizar el método estadístico de regresión lineal para el análisis multivariable en nuestro trabajo, introduciendo como variables dummy (valores 0 o 1) todas las categorías de las variables independientes analizadas, a excepción de la edad que ha sido introducida como una variable continua. La distribución del indicador de CVRS, muestra que el 90% de los casos se concentra en la segunda mitad del rango (50-100) (Figura 1). El hecho de contar con una escala de valores de este rango confiere una mayor sensibilidad al indicador para aproximar las desigualdades de salud de la población adulta. Esta población en el caso de variables como por ejemplo la salud autopercibida, con únicamente cuatro o cinco posibilidades de respuesta, muestra un alto porcentaje de concentración de sus respuestas en las valoraciones positivas de la salud, reduciendo mucho la variabilidad entre individuos.

Figura 1. Distribución del indicador de CVRS. España. 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la muestra española de la EES 2009

Las desigualdades de CVRS fueron primeramente analizadas mediante un único modelo para hombres y mujeres, obteniendo diferencias significativas entre ambos (coeficiente de -3,3 de las mujeres respecto a los hombres; Tabla 1 del Anexo). No obstante se decidió basar el análisis e interpretación final de los resultados en modelos diferenciados para hombres y mujeres que permitiesen ver el sentido de la asociación de las covariables de manera independiente, permitiendo captar de este modo los potenciales efectos de las desigualdades de género.

Resultados

Posición dentro del hogar

La Tabla 2 presenta el perfil por edad y sexo de la posición en el hogar que puede considerarse una aproximación transversal al ciclo familiar de los individuos.

Entre los hombres, las posiciones en el hogar que implican la no convivencia en pareja o con hijos como son vivir solo u ocupar la posición de hijo dentro del núcleo presentan valores agregados menores con la edad. Esto se debe al descenso del número de individuos que ocupan posición de hijo, mientras que en el caso de los hogares unipersonales los porcentajes muestran un ligero incremento en edades más avanzadas. En cuanto a las tres posiciones en el hogar en las cuales se convive en pareja (núcleo sin hijos, núcleo con un hijo/a y núcleo con dos o más hijos), su valor porcentual es mayor en los grupos de edad cercanos a 65 (69% en el grupo 30-34 mientras que el en el grupo 60-64 es un 83%). Este mayor peso relativo de los hombres que conviven en pareja por edad se da de manera paralela al incremento de la convivencia con hijos por edad, que llega a su máximo valor porcentual en el grupo de edad 40-49 (67,5%). En cambio, se observan valores menores entre las edades más avanzadas (por ejemplo, el porcentaje más bajo se observa en el grupo de edades 60-64, con un 34%). Por último, la monoparentalidad entre los hombres muestra ser una posición marginal, incluso con menor peso relativo que las otras posiciones en el hogar.

En el caso de las mujeres las dos posiciones de no convivencia (ni en pareja ni con hijos), en las edades 30-49 se registran valores inferiores a los de los hombres mientras que en las edades 50-64 los valores femeninos son superiores. Esta diferencia se puede explicar por el incremento progresivo del número de mujeres que viven solas con la edad, debido al mayor nivel de supervivencia femenina combinado con su menor edad a la hora de casarse. Otra diferencia respecto al perfil masculino es el mantenimiento del peso relativo conjunto de las tres posiciones en el hogar que implican convivencia en pareja (73% en 30-39, 79% en 40-49, 74% en 50-59 y 74% en 60-64), en contraposición al patrón masculino por edad apuntado anteriormente.

En lo que obviamente coinciden hombres y mujeres es en el aumento del valor relativo de la convivencia con hijos entre los adultos jóvenes (hasta los 50 años) ya que este fenómeno está estrechamente ligado a la edad, sobre todo en la población femenina debido a su calendario reproductivo, mientras que en los dos últimos grupos de edad el porcentaje de núcleos sin hijos llega casi a doblarse (un 29% en el 50-59 por un 49% en el 60-64), coincidiendo con la emancipación de los hijos según su ciclo vital. En cuanto a la monoparentalidad, ésta es la posición en el hogar donde se detectan diferencias relativas mayores entre hombres y mujeres siendo el porcentaje de mujeres en esta posición mucho más alto. Por último, los valores relativos de las otras posiciones en el hogar son los más bajos entre las mujeres, y similares a los de los hombres.

Tabla 2. Tipologías de posición en el hogar según sexo y grupos de edad. España 2009.

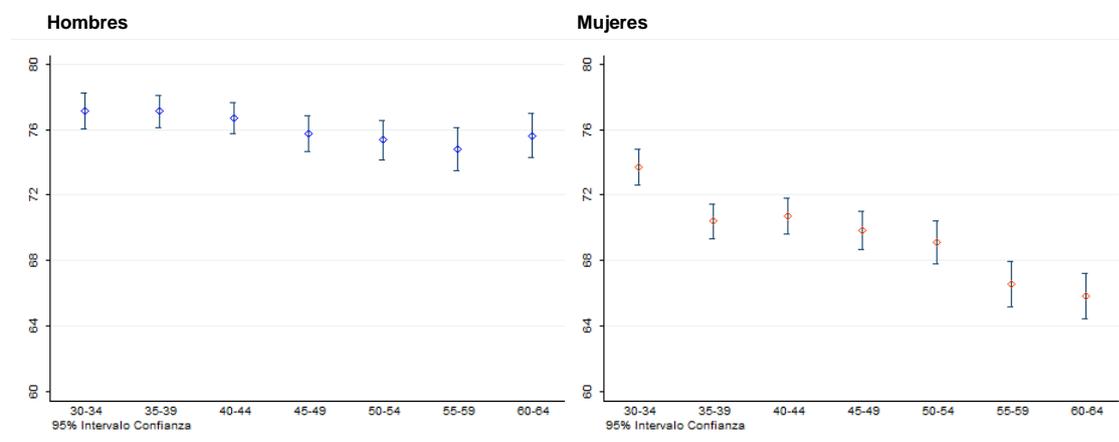
	Hombres				Mujeres			
	30-39	40-49	50-59	60-64	30-39	40-49	50-59	60-64
Vivir solo/a	8,1%	6,7%	7,7%	10,1%	4,3%	4,4%	8,7%	13,3%
Posición hijo/a en el núcleo	16,7%	10,2%	3,6%	1,9%	13,6%	4,7%	4,1%	2,9%
Miembro pareja sin hijos	20,3%	10,9%	26,5%	49,4%	16,5%	10,4%	29,2%	49,1%
Miembro pareja con un hijo/a	24,1%	21,8%	27,1%	24,2%	25,8%	22,8%	25,7%	17,8%
Miembro pareja con dos o más hijos	24,6%	45,7%	31,0%	9,8%	31,1%	45,4%	19,2%	7,5%
Miembro núcleo monoparental	0,3%	1,1%	1,4%	1,3%	4,3%	8,3%	9,1%	4,8%
Otra posición hogar	5,8%	3,6%	2,8%	3,3%	4,4%	3,9%	4,0%	4,5%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la muestra española de la EES 2009

CVRS según sexo y edad

La CVRS muestra claras diferencias por sexo y edad (Figura 2). Los hombres presentan unos valores superiores a los femeninos a todas las edades y estas diferencias son siempre estadísticamente significativas.

Figura 2. Valores medios de CVRS según sexo y grupos quinquenales de edad. España 2009.



Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la muestra española de la EES 2009

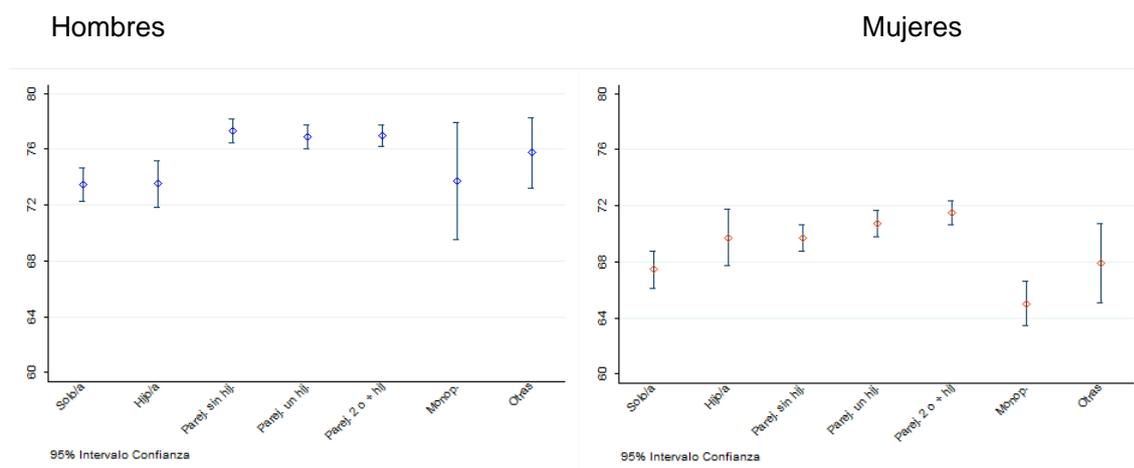
Los valores de CVRS son menores a medida que observamos grupos de edad más mayores, siendo estas diferencias únicamente significativas entre las mujeres. Éstas presentan tres grupos de edad derivados de las diferencias significativas de CVRS a partir de los intervalos de confianza (IC): el primer grupo que lo forman las más jóvenes (30-34); un segundo grupo formado por las mujeres entre 35 y 54 años; y por último, los dos grupos de edades más maduras (55-59 y 60-64).

CVRS según posición en el hogar y sexo

Las posiciones relacionadas con la no convivencia en pareja ni hijos (vivir solo/a o posición de hijo/a) muestran valores inferiores de CVRS (Figura 3). Entre los hombres, estos valores son significativamente diferentes respecto a los de las posiciones en el hogar que implican convivencia en pareja, mientras que entre las mujeres los IC no nos permiten afirmar que la diferencia sea significativa.

Como se esperaba, vivir en pareja se asocia positivamente con la CVRS entre los hombres aunque se observan pequeñas diferencias según la convivencia con hijos y el número de estos. Los valores de las mujeres que conviven en pareja muestran también una situación ventajosa respecto a las que viven solas o en un núcleo monoparental, aunque no existe evidencia estadística de diferencia con las que ocupan la posición de hija. Los valores de CVRS se incrementan ligeramente en función del número de hijos que conviven en el hogar. Resulta más evidente que entre las mujeres la situación menos ventajosa es la de pertenecer a un núcleo monoparental. El bajo número de hombres en esta situación provoca IC muy amplios, lo que imposibilita sacar conclusiones a partir de esta Figura.

Por último, las otras posibles posiciones en el hogar, donde básicamente se incluyen los individuos fuera del núcleo principal del hogar, se muestra como una de las situaciones dentro del hogar con valores más altos de CVRS en ambos sexos.

Figura 3. Media de CVRS por sexo y posición dentro del hogar. España 2009.

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la muestra española de la EES 2009

Análisis multivariable

El análisis multivariable realizado para estimar la asociación neta entre la posición en el hogar y la CVRS se presenta de manera independiente para cada sexo en la Tabla 3. Se controla por el efecto de los determinantes sociales mencionados anteriormente además de por la edad, la nacionalidad y los indicadores de salud objetiva.

Los coeficientes sin tipificar de la Tabla 3 informan sobre el signo y la magnitud de la asociación entre las covariables introducidas y la variable dependiente, controlando por el efecto conjunto del resto de variables de cada modelo. Los coeficientes tipificados permiten comparar el peso explicativo de cada variable dentro del modelo y, de este modo, saber qué variables tienen un mayor efecto sobre los cambios de las CVRS una vez eliminado el efecto de la diferente escala de medida de cada una de las variables independientes.

Para hombres y mujeres todas las posiciones dentro del hogar implican una CVRS más baja con respecto a la posición de referencia (vivir en pareja sin hijos) tal y como muestra el signo negativo de los respectivos coeficientes. En los hombres, vivir solo u ocupar la posición de hijo penalizan la CVRS en relación a los que viven en pareja sin hijos (coeficientes de -3,64 y -4,46 respectivamente). En este caso, al tratarse de las dos posiciones en el hogar relativas a la no convivencia en pareja o con hijos, cobra fuerza la idea de que la salud de los hombres es la que se ve más beneficiada por la convivencia en pareja (Waite, 1995; Lillard y Panis, 1996). Esto no es así entre las mujeres, ya que sólo aquellas que viven solas muestran un coeficiente negativo y en este caso la significatividad estadística es baja (nivel 0,1).

Los resultados también introducen ciertos matices en relación a los patrones de CVRS esperados para hombres y mujeres. Por ejemplo, en relación a las posiciones en el hogar que implican tener hijos (pareja con un hijo, pareja con dos hijos o más y monoparentalidad) y, por tanto, un nivel de carga de cuidado superior. En estos casos se observa un efecto negativo y significativo en la CVRS entre los hombres. Por el contrario, entre las mujeres, únicamente aquellas que conviven con dos hijos o más o en situación de monoparentalidad se ven penalizadas con respecto a las que conviven en pareja sin hijos.

La pertenencia a un núcleo monoparental muestra una clara asociación negativa con la CVRS siendo esta situación la que significativamente más rebaja sus valores tomando como referencia vivir en pareja sin hijos. La penalización es mayor entre las mujeres (-6,23) que entre los hombres (-4,20).

Los coeficientes tipificados revelan un papel importante de la posición en el hogar para entender la variabilidad de la CVRS dentro del conjunto de factores sociodemográficos analizados. Concretamente, la posición en el hogar es la tercera variable en cuanto a su capacidad para explicar la varianza del indicador de CVRS en el modelo femenino, por detrás de las variables de salud objetiva y de capital social y por delante de las variables socioeconómicas (relación con la actividad y nivel educativo) y demográficas (edad y nacionalidad). En el caso masculino, el peso explicativo de esta variable es similar al femenino, con la única diferencia de que la relación con la actividad presenta una capacidad explicativa superior.

Para los hombres, todas las posibles situaciones de la relación con la actividad significativas son de signo negativo, y por tanto, se asocian a valores de CVRS inferiores respecto a la categoría de referencia (asalariados). Estar desempleado, ser empresario con asalariados o formar parte de las otras tipologías de ocupación muestra valores menores de CVRS. Entre las mujeres se observa el mismo tipo de asociación entre las categorías significativas (inactivas, empresarias sin asalariados y otras personas ocupadas). Cabe señalar que el desempleo se muestra más perjudicial para la salud en los hombres que en las mujeres, entre las cuáles esta situación no muestra diferencia significativa con las empleadas. Mención aparte merece el grupo de inactivos en ambos sexos, debido a la tipología de situaciones incluidas en esta categoría que de hecho guardan una estrecha relación con la salud (mayoritariamente personas jubiladas antes de los 65 años o incapacitadas). Ésta resulta ser la situación de actividad que presenta mayor asociación negativa con la CVRS en ambos sexos incluso controlando mediante covariables de salud objetiva.

En relación al nivel educativo, éste tiene mayor poder explicativo en el modelo femenino que en el masculino. Las mujeres con estudios inferiores al nivel universitario presentan una asociación negativa y significativa con la CVRS en relación a las de nivel universitario. Entre los hombres esta asociación no resulta tan clara, ya que los individuos con estudios secundarios muestran mejores valores de CVRS respecto a la categoría de referencia (estudios universitarios).

El número de personas con las que se declara poder contar en caso de necesidad ante una hipotética situación grave muestra asociación de signo positivo tanto para hombres como para mujeres. Además, los coeficientes tipificados de esta variable son elevados. Es decir, que los individuos que declaran poder contar con más de dos personas presentan valores más altos de CVRS lo cual concuerda con resultados previos (Berkman et al., 2000; Puga et al., 2007).

La nacionalidad también se muestra como un factor diferenciador en relación a la variable dependiente y su efecto no es igual para hombres y mujeres. Entre los hombres, únicamente las nacionalidades extranjeras extracomunitarias presentan asociación significativa y de signo negativo respecto a aquellos que poseen nacionalidad española. En cambio, entre las mujeres esta asociación es significativa y de signo positivo entre las extranjeras en general. La heterogeneidad interna de este grupo poblacional según países de origen y tiempo de residencia en España invita a la cautela a la hora de formular hipótesis explicativas (García-Gómez y Oliva, 2009).

La asociación entre CVRS y las dos variables de salud objetiva es la anticipada en trabajos anteriores donde se demuestra la estrecha relación entre las dimensiones objetiva y subjetiva de la salud (Damian et al., 1999). El dolor y las enfermedades crónicas muestran una asociación

significativa de signo negativo con el valor de CVRS declarado, además de ser las variables con mayor capacidad explicativa en ambos modelos. El mayor beneficio analítico de incluir estas variables es controlar su efecto, obteniendo de este modo el valor de la asociación con la CVRS de los determinantes sociales y demográficos analizados a igual situación de salud objetiva.

Tabla 3. Coeficientes de los modelos de regresión lineal según sexo. España 2009.

		HOMBRES			MUJERES		
		Coeficientes	Coeficientes tipificados	Sig.	Coeficientes	Coeficientes tipificados	Sig.
	Constante	81,98		0,000 ***	81,91		0,000 ***
Posición dentro del Hogar (Ref: Miembro pareja sin hijos)	Vivir solo/a	-3,64	-0,06	0,000 ***	-1,72	-0,02	0,068 †
	Posición Hijo/a en el núcleo	-4,46	-0,08	0,000 ***	-0,92	-0,01	0,324
	Miembro pareja con un hijo/a	-1,17	-0,03	0,042 *	-0,87	-0,02	0,168
	Miembro pareja con dos o más hijos	-1,96	-0,05	0,000 ***	-1,48	-0,04	0,015 *
	Miembro núcleo monoparental	-4,20	-0,02	0,040 *	-6,23	-0,08	0,000 ***
	Otra Posibilidad	0,94	0,01	0,388	-0,68	-0,01	0,557
Declara haber tenido dolor o molestia física durante las últimas 4 semanas (Ref: No)	Dolor leve o moderado	-5,81	-0,15	0,000 ***	-6,65	-0,16	0,000 ***
	Dolor severo o extremo	-15,41	-0,21	0,000 ***	-15,68	-0,27	0,000 ***
Número de Enfermedades Crónicas diagnosticadas por un médico (Ref: Ninguna)	Una	-1,90	-0,05	0,000 ***	-2,93	-0,07	0,000 ***
	Dos o más	-7,22	-0,19	0,000 ***	-10,21	-0,26	0,000 ***
Relación con la actividad (Ref: Trabajador asalariado/a)	Desempleado/a	-3,33	-0,07	0,000 **	-0,29	-0,01	0,652
	Tareas domésticas	6,23	0,02	0,132	0,39	0,01	0,504
	Inactivo/a	-6,15	-0,11	0,000 ***	-5,98	-0,08	0,000 ***
	Empresario/a con asalariados	-4,30	-0,06	0,000 ***	-1,33	-0,01	0,389
	Empresario/a sin asalariados	-0,84	-0,02	0,219	-3,02	-0,03	0,003 **
	Otras personas ocupadas	-4,25	-0,03	0,006 **	-2,90	-0,02	0,062 †
Nivel de estudios máximo alcanzado (Ref: Estudios universitarios)	Estudios obligatorios como máximo	0,20	0,01	0,705	-3,40	-0,09	0,000 ***
	Estudios de secundaria no obligatorios	1,39	0,04	0,012 **	-0,47	-0,01	0,419
Número de personas con las que cuenta en caso de problema grave (Ref: Más de dos)	Dos o menos	-3,67	-0,09	0,000 ***	-5,78	-0,13	0,000 ***
Nacionalidad (Ref: Nacionalidad española)	Nacionalidad extranjera (UE-27)	-1,57	-0,02	0,085 †	2,58	0,03	0,017 *
	Nacionalidad extranjera (Fuera UE-27)	-2,36	-0,04	0,002 **	2,50	0,04	0,002 **
	Edad	0,06	0,04	0,006 **	0,05	0,02	0,079 †
R ²		,163			,253		

*** < 0,001 ** < 0,01 * < 0,05 † < 0,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la muestra española de la EES 2009

Finalmente, el coeficiente para la variable edad señala una asociación positiva y significativa en los hombres, mientras que en el caso femenino el coeficiente no resulta ser significativo aunque presenta el mismo signo. El signo positivo indica que cuando se controla mediante el resto de variables independientes, los hombres de mayor edad presentan valores de CVRS más elevados.

Conclusiones y discusión

Este trabajo analiza el papel de las principales posiciones en el hogar como determinante social de la salud a través del indicador de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y controlando por el estatus socioeconómico, el capital social, la nacionalidad, la edad y la salud objetiva de los sujetos. Se analizan las edades 30-64 en las que las diferencias de género en la vida cotidiana y su impacto en la salud pueden ser más importantes como consecuencia de la etapa de ciclo familiar a la que comúnmente se asocia: la etapa de mayor carga productiva y

reproductiva (Rosales, 2003). La principal cualidad de la CVRS es su mayor sensibilidad para captar diferencias en salud en una población como la adulta (aquí edades 30-64) con relativamente poca heterogeneidad en salud objetiva.

Este indicador contempla cuatro dimensiones de salud más psicológicas que fisiológicas (impacto emocional, cansancio psicológico, vitalidad y estado de ánimo). No obstante, los resultados muestran que esos aspectos no son independientes de las condiciones de salud objetiva, ajustándose de este modo a la multidimensionalidad del concepto de salud (OMS, 1946). Además, la CVRS presenta un patrón por sexo y edad muy similar al mostrado por otras medidas de la salud de naturaleza subjetiva, como la salud general autopercebida: mejores valores de salud para los hombres a cualquier edad, aunque las mujeres presenten mayores valores de supervivencia (Idler, 1995; Oksuzyan et al., 2009). En relación a la edad, una vez controlado el efecto de los determinantes sociales de la salud, el aumento de la misma se relaciona con valores más elevados de CVRS. Esto, al igual que en el caso de la salud autopercebida (Gumà, 2009), puede atribuirse a un proceso de normalización de la morbilidad en la vida cotidiana y/o al hecho del componente de selección positiva implícito en cualquier encuesta de salud (Carr et al., 2001). El efecto descrito de la edad sobre la CVRS es mayor entre la población masculina lo que podría explicarse en parte por un efecto de selección adicional de supervivencia (la población masculina está más seleccionada con la edad en términos de salud por su propia sobremortalidad). No obstante, estas diferencias entre hombres y mujeres en los niveles de CVRS van más allá de las simples diferencias biológicas entre sexos y se vinculan también a desigualdades de género (OSM, 2005).

La posición en el hogar aproxima la estructuración de roles de género en relación tanto al ciclo de vida de los individuos como a los patrones de desigualdad en la distribución de las responsabilidades dentro de este ámbito. Los resultados muestran que esta variable tiene una capacidad altamente explicativa de las variaciones de la CVRS incluso estandarizando por el resto de determinantes sociales y demográficos analizados. Este hecho resulta consistente con lo hallado en trabajos previos que han mostrado la relevancia del hogar a la hora de explicar las desigualdades de salud (Martikainen et al. 2005). El peso explicativo de la posición en el hogar en relación a la CVRS es mayor en el caso femenino, donde su importancia se sitúa por encima de las variables de estatus socioeconómico individual. No ocurre lo mismo entre los hombres, poniendo de manifiesto la necesidad de superar la visión androcéntrica de la investigación en salud (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000; Ruíz y Verdú, 2004; Griffith, 2005). Tradicionalmente se ha centrado el análisis de las desigualdades en salud en el estatus socioeconómico (Rohlf, Borrell y Fonseca, 2000; Artazcoz et al., 2004 (a)), obviando, por tanto, determinantes sociales de mayor relevancia a la hora de explicar las desigualdades de salud entre las mujeres.

Los resultados indican asimismo que la asociación entre la posición en el hogar y la CVRS se articula de manera diferente en hombres y mujeres, dependiendo de la relación familiar analizada (la convivencia en pareja y/o la paternidad-maternidad). La no convivencia en pareja afecta más negativamente la CVRS de los hombres en línea con trabajos anteriores (Waite 1995; Lillard y Panis 1996).

Un resultado interesante por lo inesperado del mismo es que cuando la convivencia en pareja se acompañada de hijo/s, se observa una reducción de los valores de CVRS más importante entre los hombres. Se ha destacado que convivir con hijos comporta una serie de beneficios para la salud por la reducción de actividades de riesgo vinculada a un mayor sentimiento de responsabilidad (Umberson, 1987). No obstante, también lleva implícito un incremento de la carga de trabajo reproductivo que afecta al día a día de los individuos en aspectos como las horas de sueño, las pautas de alimentación, el estrés, etc. (OSM, 2005). El hecho de que la

CVRS de los hombres se vea afectada de manera más intensa por la convivencia con hijos, y ello estandarizando por la relación con la actividad y el nivel educativo, parece contradictorio con la tradicional mayor dedicación femenina al cuidado de estos. También resulta contradictorio con los efectos de la “doble presencia” derivada del rol de trabajadora y madre en relación al incremento del estrés, la ansiedad y el malestar (Balbo, 1978; Rosales, 2003). Sin embargo, desde las teorías de construcción de las identidades de género puede explicarse este resultado como una consecuencia de la no asimilación o asimilación insuficiente de esa dualidad por parte de los hombres (Goldsheider 2000). El diferente valor dado en la construcción de la identidad masculina y femenina a la paternidad y la maternidad (MacInnes, 1998; García-Mina, 2003), provoca una visión más positiva de las labores de crianza de los hijos por parte de las mujeres, elevando su tolerancia a este tipo de situaciones. Esto puede explicar que la CVRS entre las mujeres sólo se vea afectada cuando se produce un incremento significativo de la carga reproductiva derivado de tener dos o más hijos.

Para ambos sexos la monoparentalidad es la posición del hogar asociada a una peor CVRS, siendo la que implica una mayor carga de trabajo reproductivo en comparación con todas las otras contempladas. Las consecuencias negativas de esta posición de hogar sobre la CVRS son mayores entre la población femenina, lo que podría estar relacionado con las dificultades derivadas de la ruptura del modelo patriarcal de familia de sustentador principal masculino, que deja en una situación de mayor vulnerabilidad económica a las mujeres (Bartfeld 2000; Madruga 2006). Este hecho puede condicionar la capacidad de poder delegar en el mercado algunas de las tareas de trabajo doméstico y de cuidado, incrementando de este modo el estrés procedente del hogar. Hay que tener en cuenta, además, que tras una situación de ruptura de pareja, la situación de monoparentalidad es mucho más frecuente entre las mujeres.

La importancia de los roles de género a la hora de entender las desigualdades de salud en hombres y mujeres se ve confirmada en las diferencias encontradas en el resto de determinantes tenidos en cuenta, tanto en el sentido y la magnitud de la asociación, como en el peso relativo de cada uno de estos a la hora de explicar la variabilidad de CVRS de hombres y mujeres. Estas diferencias se observan de manera más acusada en la relación con la actividad, el nivel educativo y la nacionalidad.

El estatus socioeconómico de los hombres se define básicamente a partir de la relación con la actividad en base a su papel de sustentador económico, mientras que entre las mujeres la educación juega también un papel importante junto a esta variable (Krieger et al., 1999). Por ejemplo, en el caso femenino resulta más relevante la influencia del nivel educativo sobre la CVRS a igualdad de situaciones de actividad. En cambio, los resultados indican que el desempleo penaliza significativamente la CVRS de los hombres y no la de las mujeres, lo que es coherente con los postulados teóricos de los roles de género y la construcción de su identidades. Estos otorgan mayor valor al empleo remunerado entre los hombres y, por tanto, su falta, perjudica especialmente la salud masculina.

Las mencionadas no son las únicas diferencias encontradas entre hombres y mujeres. Las categorías de empresario entre los hombres sólo penalizan la CVRS entre los que tienen asalariados, lo que se puede presumir como una consecuencia del estrés que acompaña a esta situación laboral. Entre las mujeres, en cambio, las empresarias sin asalariados presentan una CVRS peor que las que tienen empleados a su cargo. En este último caso, dedicar un mayor número de horas al trabajo remunerado para gestionar una actividad empresarial propia no se da siempre de manera paralela a la reducción del tiempo destinado al trabajo doméstico (Artazcoz et al., 2004 (b)). En cambio, cuando las empresarias cuentan con asalariados, presumiblemente estamos ante un colectivo que puede afrontar el coste económico de una delegación en el

mercado remunerado de las tareas de cuidado que alivia la doble carga de trabajo total (Artazcoz et al., 2004 (b)), lo cual podría explicar sus mejores valores de CVRS.

Existen, por último, indicios que alimentan el actual debate sobre si la asociación entre las relaciones en el hogar y las desigualdades de salud se deben a un efecto de selección (las probabilidades de encontrar pareja en el mercado matrimonial y/o de tener hijos dependen en parte del perfil de salud de los individuos) o de causalidad (la convivencia en pareja/hijos tiene beneficios directos sobre la salud). En general existe consenso en que ambos efectos influyen en esta asociación, pero sin que pueda concretarse el peso específico de cada uno de ellos en la misma (Lillard y Waite, 1995; Joutsenniemi, 2007). La naturaleza transversal del trabajo impide ahondar en el estudio de la selección. Sin embargo, el hecho de haber controlado mediante la salud objetiva y otros determinantes sociales de la salud permite indagar en el sentido de la causalidad. A igualdad de salud objetiva y perfil sociodemográfico asumimos estar ante individuos afectados por un nivel similar de selección previa por salud. Por tanto, las asociaciones descritas apuntan a una relación de causalidad entre la posición en el hogar y la dimensión subjetiva de la salud, tanto en el caso de la convivencia en pareja como en la carga del hogar derivada de convivir con hijos. Estos indicios deberán ser confirmados en futuros trabajos desde una óptica longitudinal.

Bibliografía

- Abraído-Lanza, A.F., B.P. Dohrenwend, D.S. Ng-Mak y J.B. Turner. 1999. "The Latino mortality paradox: A test of the "salmon bias" and healthy migrant hypotheses." *American Journal of Public Health* 89(10): 1543-1548.
- Arber, S. y H. Cooper. 1999. "Gender differences in health in later life: the new paradox?." *Social Science and Medicine* 48: 61-76.
- Artazcoz, L., V. Escribà-Agüir y I. Cortès. 2004 (a). "Género, trabajos y salud en España." *Gaceta Sanitaria* 18(2): 24-35.
- Artazcoz, L., L. Artieda, C. Borrell, I. Cortès, J. Benach y V. García. 2004 (b). "Combining job and family demands and being healthy." *European Journal of Public Health* 14: 43-48.
- Anguita, J.C., J.R. Repullo y J. Pereira. 2001. "Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural." *Medicina Clínica* 116:789-796.
- Balbo, L. 1978. "La doppia presenza." *Inchiesta* 32:3-7.
- Bartfeld, J. 2000. "Child support and the postdivorce economic well-being of mothers, fathers and children." *Demography* 37(2): 203-213.
- Berkman, L.F., T. Glass, I. Brissette y T.E. Seeman. 2000. "From social integration to health: Durkheim in the new millennium." *Social Sciences and Medicine* 51: 843-57.
- Borrell, C., R. Peiró, N. Ramón, M.I. Pasarín, C. Colomer, E. Zafra y C. Álvarez-Dardet. 2004. "Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las comunidades autónomas del Estado español." *Gaceta Sanitaria* 19(4): 277-286.
- Bowling, A. 1999. "Health-related quality of life: A discussion of the concept, its use and measurement." *Biblioteca Virtual del Banco Mundial*. Consulta 19 de noviembre 2012 (<http://info.worldbank.org/etools/docs/library/48475/m2s5bowling.pdf>).

- Bullinger, M., R. Anderson, D. Cella y N. Aaronson. 1993. "Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models." *Quality of Life Research* 2(6): 451-459.
- Carr, A.J., B. Gibson y P.G. Robinson. 2001. "Measuring quality of life: Is quality of life determined by expectations or experience?" *British Medical Journal* 322:1240-1243.
- Damian, J., A. Ruigomez, V. Pastor y J.M. Martín-Moreno. 1999. "Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home." *Journal Epidemiology and Community Health* 53: 412-416.
- Durán M. A. 1999. The future of work in Europe (Gendered patterns of time distribution). Bruselas: European Commission, Directorate General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs
- García-Gómez, P. y J. Oliva. 2009. "Calidad de vida relacionada con la salud en población inmigrante en edad productiva." *Gaceta Sanitaria* 23(1): 38-46.
- García-Mina, A. 2003. *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*. Madrid: Narcea.
- Goldsheider, F. K. 2000. "Men, children and the future of the family in the third millennium." *The Futurist* 32:527-538.
- Griffith, D., K. Hamilton, J. Norrie y C. Isles. 2005. "Early and late mortality after myocardial infarction in men and women: prospective observational study." *Heart* 91: 305-307.
- Gumà, J. 2009. "Salud autopercebida en España: Análisis a partir de la Encuesta Nacional de Salud (1987-2006)." Master Thesis, Centre d'Estudis Demogràfics, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
- Hughes, M.E. y L.J. Waite. 2002. "Health in household context: Living arrangements and health in late middle age." *Journal of Health and Social Behavior* 43:1-21.
- Idler, E.L. 1993. "Age differences in self-assessments of health: age changes, cohort differences, or survivorship?" *Journal of Gerontology* 48: 289-300.

Idler, E.L. 1995. "Self-Ratings of Health: Do they also predict change in functional ability?" *Journal of Gerontology* 50: 344-53.

Instituto Nacional de Estadística (INE). 2009. *Encuesta Europea de Salud en España: Metodología*. Madrid. Instituto Nacional de Estadística (INE). Consulta 10 de noviembre 2012 (<http://www.ine.es/metodologia/t15/t153042009.pdf>)

Joutsenniemi, K. 2007. "Living arrangements and health." PhD Dissertation. Department of Public Health. University of Helsinki, Helsinki.

Krieger, N., J.T. Chend y J.V. Selby. 1999. "Comparing individual-based and household-based measures of social class to assess class inequalities in women's health: a methodological study of 684 US women." *Journal of Epidemiology and Community Health* 53:612-623.

Lillard, L., y L. Waite. 1995. "Til death do us part: Marital disruption and mortality." *American Journal of Sociology* 100(5): 1131-1156.

Lillard, L., y C. Panis. 1996. "Marital status and mortality: The role of health." *Demography* 33(3): 313-327.

Madruga, I. 2006. *Monoparentalidad y política familiar. Dilemas en torno a la madre cuidadora/madre trabajadora*. Madrid: CIS.

Marmot, M.G. 2005. "Social determinants of health inequalities." *The Lancet* 365: 1099-1104.

Martikainen, P., T. Martelin, E. Nihtilä, K. Majamaa y S. Koskinen. 2005. "Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: Analyses of changes in marital-status distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death." *Population Studies* 59(1): 99-115.

MacInnes, J. 1998. *The end of masculinity: The confusion of sexual genesis and sexual difference in modern society*. Buckingham: Open University Press.

McDonald, P. 2000. "Gender equity in theories of fertility transition." *Population and Development Review* 26(3): 427-440.

McKinlay, J.B. 1993. "The promotion of health through planned sociopolitical change: challenges for research and policy." *Social Science and Medicine* 36(2): 109-117.

Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). 2005. *Salud y Género 2005*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consulta 15 de mayo 2013

(<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InfomeSaludyGenero2005.pdf>)

Oksuzyan, A., I. Petersen, H. Stovring, P. Bingley, J.W. Vaupel y K. Christensen. 2009. "The male-female health-survival paradox: A survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias." *Annals of Epidemiology* 19: 504-511.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1946. *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional sobre Salud*, New York, 19-22 Junio.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 2007. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Commission on social determinants of health. Consulta 15 de mayo 2013

(http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf)

Porthé, V., M. Amable y J. Benach. 2006. "La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿qué sabemos y qué deberíamos saber?" *Archivos de prevención y riesgos laborales* 10(1): 34-39.

Puga, D., L. Rosero-Bixby, K. Glaser y T. Castro. 2007. "Red social y salud del adulto mayor en perspectiva comparada: Costa Rica, España e Inglaterra." *Población y Salud en Mesoamérica* 5(1): 1-21.

Ruíz, M.T. y M. Verdú. 2004. "Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico." *Gaceta Sanitaria* 18(1): 118-125.

Rogers, R.G. 1996. "The effects of family composition, health, and social support linkages on mortality." *Journal on Health and Social Behavior* 37(4): 326-338.

Rohlf, I. C. Borrell y M.C. Fonseca. 2000. "Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos." *Gaceta Sanitaria* 14(3): 60-71.

Rosales, R.M. 2003. Trabajo, salud y sexualidad: las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres. Barcelona: Icaria Editorial.

Rose, G. 1992. Strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press.

Schneider, G., G. Driesch, A. Kruse, M. Wachter, H. Nehen y G. Heuft. 2004. "What influences self-perception of health in the elderly? The role of objective health condition, subjective well-being and sense of coherence." *Archives of Gerontology and Geriatrics* 39(3): 227-237.

Solé, M. y M. Rodríguez. 2010. "Disparidades entre inmigrantes y nativos en el impacto de las condiciones laborales en la salud." *Gaceta Sanitaria* 24(2): 145-150.

Spijker, J. y J. Pérez. 2010. "La ocupación laboral de los convivientes con afectados por discapacidades: Un análisis multivariable." *Revista Internacional de Sociología* 68(2): 311-332.

Stephens, C. 1998. "The policy implications of health inequalities in developing countries." Pp. 288-307 en *Human Biology and Social Inequality*. 39th Symposium volume of the Society for the Study of Human Biology. Cambridge: Cambridge University Press..

Swallen, K.C. 1997. "Do health selection effects last? A comparison of morbidity rates for elderly adult immigrants and US-born elderly persons." *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 12(4): 317-339.

Umberson, D. 1987. "Family status and health behaviors: Social control effects as a dimension of social integration." *Journal of Health and Social Behavior* 28(3): 306-319.

Vilagut, G., J.M. Valderas, M. Ferrer, O. Garin, E. López-García y J. Alonso. 2008. "Interpretación de los cuestionarios de salud SF-36 y SF-12 en España: componentes físico y mental." *Medicina Clínica* 130(19):726-735.

Waite, L. 1995. "Does marriage matter?" *Demography* 32(4): 483-507.

Anexo

Anexo Tabla 1. Descripción de la muestra de la EES 2009 por sexo. Recuento y valor medio de CVRS.

España 2009 (no se han calculado los valores medios en categorías con menos de 20 casos).

	Hombres			Mujeres		
	Recuento	Porcentaje	Media	Recuento	Porcentaje	Media
Vivir solo/a	511	7,7%	73,36	413	6,3%	68,87
Posición hijo/a en el núcleo	661	9,9%	73,78	475	7,2%	71,76
Miembro pareja sin hijos	1417	21,3%	77,25	1369	20,7%	70,36
Miembro pareja con un hijo/a	1582	23,8%	76,89	1555	23,5%	70,91
Miembro pareja con dos o más hijos	2070	31,1%	76,46	1968	29,8%	71,81
Miembro núcleo monoparental	61	0,9%	73,39	443	6,7%	64,51
Otra posición hogar	272	4,1%	77,96	268	4,1%	70,83
Identificación no posible	81	1,2%	78,98	112	1,7%	67,35
Total	6655	100%	76,29	6603	100%	70,5
No dolor últimas 4 semanas	4585	68,9%	79,33	3606	54,6%	76,41
Dolor moderado últimas 4 semanas	1683	25,3%	71,72	2154	32,6%	66,87
Dolor extremo últimas 4 semanas	386	5,8%	60,18	841	12,7%	54,3
Ns/Nc	1	0,0%	-	2	0,0%	-
Total	6655	100%	76,29	6603	100%	70,5
No enfermedad crónica	3043	45,7%	80,03	2439	36,9%	77,86
Una enfermedad crónica	1758	26,4%	77,19	1552	23,5%	73,64
Dos o más enfermedades crónicas	1854	27,9%	69,27	2612	39,6%	61,72
Ns/Nc	0	0,0%	-	0	0,0%	-
Total	6655	100%	76,29	6603	100%	70,5
Desempleado/a	1020	15,3%	73,53	955	14,5%	69,79
Tareas domésticas	14	0,2%	80,34	1522	23,1%	70,25
Inactivo/a	683	10,3%	68,75	449	6,8%	58,43
Asalariado/a	3836	57,6%	78,28	3121	47,3%	72,74
Empresario/z con asalariados	366	5,5%	74,44	120	1,8%	73,47
Empresario/a sin asalariados	620	9,3%	77,94	308	4,7%	67,79
Otras personas ocupadas	109	1,6%	73,24	124	1,9%	69,21
Ns/Nc	7	0,1%	-	4	0,1%	-
Total	6655	100%	76,29	6603	100%	70,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la muestra española de la EES 2009

Anexo Tabla 1 (continuación). Descripción de la muestra de la EES 2009 por sexo. Recuento y valor medio de CVRS. España 2009 (no se han calculado los valores medios para categorías con menos de 20 casos).

	Hombres			Mujeres		
	Recuento	Porcentaje	Media	Recuento	Porcentaje	Media
Estudios obligatorios como máximo	3197	48,0%	75,19	3132	47,4%	67,31
Estudios de secundaria	2124	31,9%	77,56	1991	30,2%	72,51
Estudios universitarios	1324	19,9%	77	1479	22,4%	74,52
Ns/Nc	10	0,2%	-	1	0,0%	-
Total	6655	100%	76,29	6603	100%	70,5
No cuenta con más de 2 personas con las cuáles puede contar en caso de problema grave	1433	21,5%	72,65	1416	21,4%	65,17
Cuenta con más de 2 personas con las cuáles puede contar en caso de problema grave	5191	78,0%	77,34	5163	78,2%	71,98
Ns/Nc	31	0,5%	67,86	24	0,4%	68,22
Total	6655	100%	76,29	6603	100%	70,5
Nacionalidad española	5790	87,0%	76,42	5816	88,1%	70,11
Nacionalidad extranjera (EU-27)	335	5,0%	75,64	266	4,0%	74,44
Nacionalidad extranjera (Fuera EU-27)	528	7,9%	75,29	519	7,9%	72,88
Ns/Nc	2	0,0%	-	2	0,0%	-
Total	6655	100%	76,29	6603	100%	70,5

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la muestra española de la EES 2009

Anexo Tabla 2. Coeficientes de los modelos de regresión lineal global. España 2009.

		Coeficientes	Coeficientes tipificados	Sig.
Constante		83,91		0,000 ***
Sexo (Ref: Hombres)	Mujeres	-3,30	-0,09	0,000 ***
Posición dentro del Hogar (Ref: Miembro pareja sin hijos)	Vivir solo/a	-2,90	-0,04	0,000 ***
	Posición Hijo/a en el núcleo	-2,86	-0,04	0,000 ***
	Miembro pareja con un hijo/a	-0,95	-0,02	0,027 *
	Miembro pareja con dos o más hijos	-1,56	-0,04	0,000 ***
	Miembro núcleo monoparental	-6,31	-0,07	0,000 ***
	Otra Posibilidad	0,13	0,00	0,868
Declara haber tenido dolor o molestia física durante las últimas 4 semanas (Ref: No)	Dolor leve o moderado	-6,31	-0,16	0,000 ***
	Dolor severo o extremo	-15,80	-0,25	0,000 ***
Número de Enfermedades Crónicas diagnosticadas por un médico (Ref: Ninguna)	Una	-2,29	-0,05	0,000 ***
	Dos o más	-8,86	-0,23	0,000 ***
Relación con la actividad (Ref: Trabajador asalariado/a)	Desempleado/a	-1,94	-0,04	0,000 **
	Tareas domésticas	-0,60	-0,01	0,248
	Inactivo/a	-5,63	-0,09	0,000 ***
	Empresario/a con asalariados	-3,32	-0,03	0,000 ***
	Empresario/a sin asalariados	-1,45	-0,02	0,012 *
	Otras personas ocupadas	-3,74	-0,03	0,001 **
Nivel de estudios máximo alcanzado (Ref: Estudios universitarios)	Estudios obligatorios como máximo	-1,68	-0,05	0,000 ***
	Estudios de secundaria no obligatorios	0,37	0,01	0,354
Número de personas con las que cuenta en caso de problema grave (Ref: Más de dos)	Dos o menos	-4,69	-0,11	0,000 ***
Nacionalidad (Ref: Nacionalidad española)	Nacionalidad extranjera (UE-27)	0,27	0,00	0,705
	Nacionalidad extranjera (Fuera UE-27)	-0,12	0,00	0,835
	Edad	0,05	0,03	0,004 **
R ²		,225		

*** < 0,001 ** < 0,01 * < 0,5 † < 0,1

Fuente: Elaboración propia a partir de los microdatos de la muestra española de la EES 2009

Cuarto artículo

Eventos familiares y salud en España: mecanismos de selección y causalidad

Gumà, J. Treviño, R. Cámara, A.D. (2014). Papers de Demografia



Centre d'Estudis Demogràfics

**EVENTOS FAMILIARES Y SALUD EN ESPAÑA:
MECANISMOS DE SELECCIÓN Y CAUSALIDAD**

Jordi GUMÀ
Rocío TREVIÑO
Antonio D. CÁMARA

433

*PAPERS
DE
DEMOGRAFIA*

2014



Centre d'Estudis Demogràfics

**EVENTOS FAMILIARES Y SALUD EN ESPAÑA:
MECANISMOS DE SELECCIÓN Y CAUSALIDAD**

Jordi GUMÀ
Rocío TREVIÑO
Antonio D. CÁMARA

433

El treball forma part de la Tesi Doctoral de Jordi Gumà Lao titulada
“La familia como determinante social de la salud subjetiva en España.
Una aproximación desde la Demografía”.

La tesi, co-dirigida per Rocío Treviño i Antonio D. Cámara,
està inscrita en el Doctorat de Demografia
de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Centre d'Estudis Demogràfics

2014

Resum.- *Esdeveniments familiars i salut a Espanya: mecanismes de selecció i causalitat*

L'article explora els mecanismes de selecció i de causalitat que s'estableixen en la relació entre els principals esdeveniments familiars (inici i final de la convivència en parella, i naixement d'un fill) i la salut auto-percebuda entre la població espanyola de 20 a 54 anys. S'utilitzen dades de la mostra espanyola de l'Enquesta sobre Condicions de vida a la Unió Europea (EU-SILC) per al període 2004-2009 a partir de les quals s'han calculat models multivariats de tipus logit per a dades de tipus panel controlant segons edat, relació amb l'activitat, nivell educatiu, convivència amb fills i estat de salut inicial. Els resultats mostren l'existència d'efectes de selecció i causalitat en la relació entre els esdeveniments familiars i la salut, amb diferències entre homes i dones. Per als homes s'observa una influència notable de la selecció segons salut: els homes amb mala salut presenten major probabilitat de finalització de la unió i menor probabilitat de tenir un fill. Pel contrari, entre les dones espanyoles s'observa una major influència del mecanisme de causalitat. D'aquesta manera, la salut de les dones es veu afectada negativament pel final de la convivència en parella i positivament pel naixement d'un fill. Aquestes diferències entre homes i dones són atribuïbles als rols de gènere els quals són discutits en el treball.

Paraules clau.- Selecció, causalitat, família, salut subjectiva, EU-SILC.

Resumen.- *Eventos familiares y salud en España: mecanismos de selección y causalidad*

El artículo explora los mecanismos de selección y de causalidad que se establecen en la relación entre los principales eventos familiares (inicio y final de la convivencia en pareja, y nacimiento de un hijo) y la salud autopercebida entre la población española de 20 a 54 años. Se utilizan datos de la muestra española de la Encuesta sobre Condiciones de vida en la Unión Europea (EU-SILC) para el periodo 2004-2009, sobre los que se aplican modelos multivariados de tipo logit para datos de tipo panel controlando por edad, relación con la actividad, nivel educativo, convivencia con hijos y estado de salud inicial. Los resultados muestran la existencia de efectos de selección y causalidad en la relación entre los eventos familiares y la salud con diferencias entre hombres y mujeres. Para los hombres se observa una influencia notable de la selección por salud: los hombres con mala salud presentan mayores probabilidades de finalización de una unión, y menores probabilidades de tener un hijo. Por el contrario, entre las mujeres españolas se observa una mayor influencia del mecanismo de causalidad. Así, la salud de las mujeres se ve afectada negativamente por el final de la convivencia en pareja y positivamente por el nacimiento de un hijo. Estas diferencias entre hombres y mujeres son atribuibles a roles de género que son descritos y discutidos en el trabajo.

Palabras clave.- Selección, causalidad, familia, salud subjectiva, EU-SILC.

Abstract.- *Family events and health in Spain: selection and causality mechanisms*

This paper studies the selection and causality mechanisms established in relation to major family events (the beginning and end of a union and the birth of a child) and self-perceived health in the Spanish population for individuals between the ages of 20 and 54 years. Spanish sample data are used from the European Union Survey on Income and Living Conditions (SILC) for the 2004-2009 period, on the basis of which logit multivariate models for panel data were applied, controlling for age, activity status, educational level, living with children and initial health (only in causality models). The results show signs of both selection and causality effects between family events and health with differences between men and women. For men, a significant influence of selection by health was observed: men with poor health have a higher likelihood of ending a union and a lower probability of having a child. On the contrary, among Spanish women, greater influence of the causality mechanism was observed. Thus, women's health is negatively affected by the termination of a union and positively affected by the birth of a child. These differences between men and women are attributable to the gender roles described and discussed in the study.

Keywords.- Selection, causality, family, subjective health, EU-SILC.

ÍNDICE

1.- Introducción	1
2.- Datos	4
3.- Metodología	9
4.- Resultados	10
4.1.- Inicio de la convivencia en pareja	10
4.2.- Final de la convivencia en pareja	11
4.3.- Nacimiento de un hijo	13
5.- Conclusiones y discusión	14
Referencias bibliográficas	19

ÍNDICE DE FIGURAS

1.- Esquema de participación en la muestra española de EU-SILC 2004-2009 (edades 20-54)	5
2.- Distribución por edad de los eventos familiares según sexo. España 2004-2009	6
3.- Transiciones de salud según estado inicial (edades 20-54). España 2004-09	8

ÍNDICE DE TABLAS

1.- Perfil de las poblaciones objetivo según evento familiar	7
2.- Coeficientes para los modelos de Selección y Causalidad para el inicio de convivencia en pareja, edades 20-39. España 2004-09	10
3.- Coeficientes para los modelos de Selección y Causalidad para el final de convivencia en pareja, edades 25-49. España 2004-09	12
4.- Coeficientes para los modelos de Selección y Causalidad para el nacimiento de un hijo, edades 20-44. España 2004-09	13

EVENTOS FAMILIARES Y SALUD EN ESPAÑA: MECANISMOS DE SELECCIÓN Y CAUSALIDAD¹

Jordi GUMÀ
jguma@ced.uab.es

Rocío TREVIÑO
rtrevino@ced.uab.es

Antonio D. CÁMARA
adcamara@ced.uab.es

1.- Introducción

La relación entre los determinantes sociales y las desigualdades de salud poblacional² puede ser bidireccional. Inicialmente los estudios en esta materia se centraron en el impacto de los factores sociodemográficos en la salud (Evans et al., 2001), pero trabajos posteriores se preguntaron si, además, existían factores de selección por los cuales la salud podría determinar el perfil sociodemográfico de la población (Marmot y Wilkinson, 1999; Siegrist y Marmot, 2006). Los eventos familiares ilustran la existencia de esta bidireccionalidad.

A partir de fuentes transversales, diversos estudios mostraron la relación entre la situación familiar de un individuo (por ejemplo, estar en pareja o convivir con hijos) e indicadores de salud y mortalidad (Kobrin y Hendershot, 1977; Lillard y Waite, 1995; Lillard y Panis, 1996). Posteriormente, la disponibilidad de información longitudinal ha permitido el análisis del impacto de las transiciones familiares (cambios de situación familiar) sobre la

¹ Este trabajo forma parte de la Tesis Doctoral de Jordi Gumà Lao, titulada “La familia como determinante social de la salud subjetiva en España. Una aproximación desde la Demografía”. La Tesis, codirigida por Rocío Treviño y Antonio D. Cámara, está inscrita en el Doctorado de Demografía de la Universitat Autònoma de Barcelona.

² Se entienden por desigualdades en salud las diferencias injustas, evitables y sistemáticas (OMS, 2007).

salud así como el estudio de los procesos de selección y de causalidad (Brockmann and Klein, 2004; Koskinen et al., 2007; Joutsenniemi, 2007).

En cuanto a la causalidad, la convivencia en pareja es la situación más estudiada. Su efecto protector sobre la salud se ha explicado en base a la influencia que ejerce la convivencia sobre la conducta de los individuos (Waite, 1995; Lillard y Waite, 1995; Duncan et al., 2006). Diversos autores señalaron que esa influencia tiene su origen en factores de naturaleza social y económica. En primer lugar, la convivencia ejerce un control sobre los comportamientos de riesgo y los hábitos no saludables (Waite 1995; Lillard y Panis, 1996). En segundo lugar, crea y mantiene una red de soporte social más allá del hogar y a la que se puede recurrir en situaciones críticas (Waite 1995). Por último, vivir en pareja puede incrementar el bienestar material a partir de la combinación y optimización de recursos mediante la especialización de tareas entre los miembros de la pareja (Lillard y Panis 1996). Hay que decir, no obstante, que la incorporación de las mujeres al mercado laboral es un factor que cuestiona algunos de estos beneficios ya que la especialización de roles entre hombres y mujeres dentro de la pareja puede venir acompañada de un desigual reparto de la carga de trabajo total (trabajo remunerado y trabajo no remunerado). Así, mientras las mujeres se han incorporado progresivamente al mercado laboral, los hombres no han asumido una carga proporcional del trabajo doméstico (Durán, 1999), creándose una situación de desequilibrio que afecta negativamente a la salud femenina (Artazcoz et al., 2004).

El final de una unión suele comportar un efecto negativo sobre la salud en el corto y medio plazo debido tanto a la desaparición de los factores protectores antes mencionados como a la erosión de la salud mental asociada al proceso de separación en sí (Waldron et al., 1997; Hughes y Waite, 2009). Estos efectos negativos pueden revertirse aunque sólo parcialmente, es decir, sin llegar a recuperarse los niveles de salud previos a la ruptura (Hughes y Waite, 2002; Martikainen et al., 2005). De nuevo las desigualdades de género juegan un papel clave. Dado que el modelo de pareja más extendido es el compuesto por el sustentador principal varón, las mujeres se ven expuestas a una situación de mayor vulnerabilidad social tras la ruptura como consecuencia de su menor participación en el mercado laboral. Esta situación se agrava por la custodia de los hijos (en España en 2009, el 88,7% de los casos de ruptura de la pareja conllevó la custodia de la madre; INE, online). De hecho, la monoparentalidad en España es una transición familiar esencialmente femenina que ha mostrado penalizar su salud (Gumà et al., en prensa).

La influencia de la convivencia con hijos sobre la salud ha sido menos estudiada. Los estudios realizados apuntan a un efecto protector de los hijos sobre la salud de los individuos debido a un efecto disuasorio sobre prácticas y comportamientos de riesgo para la salud. En este sentido, los padres aumentarían su sentimiento de responsabilidad (Eggebeen y Knoester, 2001), a la vez que el control social sobre ellos también se incrementaría (Umberson, 1987; Eggebeen y Knoester, 2001). Como en el caso de la convivencia en pareja, se han encontrado diferencias entre hombres y mujeres. Entre los primeros se observan efectos diferenciados en función de la etapa de crianza de los hijos. Durante el embarazo y los primeros meses postparto aumentan los problemas de salud mental entre los hombres debido probablemente a un sentimiento de exclusión. Sin embargo, los hombres experimentan una mejora de su estado de salud general en las etapas posteriores (Bartlett, 2004). Entre las mujeres los hijos muestran un efecto protector sobre la salud, particularmente sobre la salud mental (Wang, 2004; Helbig et al., 2006). No obstante, también se han observado los efectos negativos asociados a la sobrecarga del trabajo de cuidado (OSM, 2005). Además, tener un hijo también puede influir en factores sociales que afectan negativamente la salud (por ejemplo, las consecuencias negativas que una maternidad temprana conlleva para el desarrollo educativo o profesional de las mujeres; Mirowsky, 2005).

En cuanto a los procesos de selección, trabajos previos han mostrado que la salud condiciona las transiciones familiares, es decir, los cambios de estado de los individuos en relación a su situación de familia y hogar. Por ejemplo, los individuos con mejor salud muestran mayor probabilidad tanto de encontrar pareja como de mantener la relación (Joung et al., 1998; Brockmann y Klein, 2004). Esta selección por salud puede ser directa o indirecta. La selección directa se produce principalmente a través de los estados de salud duraderos o permanentes (por ejemplo, el padecimiento de enfermedades crónicas físicas o mentales) (Fu y Goldman, 1996). La selección indirecta actúa por dos vías: 1) a través de la influencia de la salud sobre factores condicionantes de la entrada en pareja (por ejemplo el estatus socioeconómico; Wade y Pevalin, 2004; Jountsenniemi, 2007) y 2) a través de comportamientos poco saludables que influyen en ciertas características que componen el atractivo físico y personal de la persona (por ejemplo, el peso, el consumo de alcohol y de sustancias estupefacientes, etc; Chilcoat and Breslau, 1996; Joung et al., 1998; Jountsenniemi, 2007). La selección por salud sobre la tenencia de hijos ha sido explorada fundamentalmente en el campo de la medicina y escasamente por parte de las ciencias

sociales. Teachman (2010), mediante el seguimiento de una muestra individuos durante 25 años en Estados Unidos apuntó indicios de la existencia de selección por salud física en la tenencia de hijos.

En este trabajo se exploran estos mecanismos de selección y causalidad entre la población adulta en España a través de la muestra panel de la Encuesta de Condiciones de vida en la Unión Europea (EU-SILC) entre 2004 y 2009. Es decir, se analiza cómo los principales eventos familiares influyen en la salud (mecanismos de causalidad), y cómo el estado de salud de los individuos condiciona la experimentación de tales eventos (mecanismos de selección). Para ello se ha tomado como indicador la salud autopercebida por los individuos. Este indicador refleja la dimensión integral de la salud recomendada por la OMS³ y además ha mostrado su capacidad para captar las diferencias existentes en una población relativamente homogénea en términos de salud objetiva como es la población adulta en las edades analizadas aquí (20-54).

Se han seleccionado los eventos familiares ya comentados: la convivencia en pareja (inicio y final) y tener un hijo. Estos eventos establecen transiciones importantes en el ciclo vital de los individuos y las familias y son experimentados fundamentalmente en las edades aquí estudiadas (el rango 20-54 años en función del evento estudiado). La fuente de datos utilizada determina que nuestra aproximación a los mecanismos señalados se realice en el corto plazo ya que se dispone de un seguimiento de pocos años para cada individuo.

En primer lugar se describe la metodología para, a continuación, presentar los resultados en tres apartados que se corresponden con los eventos analizados. Cada apartado se divide a su vez en procesos de causalidad y procesos de selección.

2.- Datos

Los datos proceden de la muestra española de datos longitudinales de la encuesta panel sobre Condiciones de vida en la Unión Europea (EU-SILC) para el periodo 2004-2009. La unidad de muestreo es el hogar, siendo entrevistados los individuos mayores de 15 años. Cada hogar puede ser seguido como máximo a lo largo de cuatro años consecutivos, lo que implica que en cada edición de la encuesta se renueva como mínimo un 25% de la muestra.

³ La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 1946).

En los casos en que uno o varios miembros de un hogar pasan a formar parte de otro se siguió a los individuos en sus nuevos hogares cuando fue posible. Las muestras anuales varían en función de los individuos que permanecen en el panel (Figura 1). El análisis incluye solo a los individuos que participan en un mínimo de dos ediciones de la encuesta.

Figura 1.- Esquema de participación en la muestra española de EU-SILC 2004-2009 (edades 20-54)

						Individuos participaron en un mínimo de dos ediciones			
2004	2005	2006	2007	2008	2009	Hombres	% sobre la muestra inicial	Mujeres	% sobre la muestra inicial
■	■	■	■	■		2314	82%	2408	84%
	■	■	■	■	■	2252	85%	2254	86%
		■	■	■	■	2242	86%	2291	86%
			■	■	■	2406	88%	2561	89%
				■	■	2375	85%	2466	86%
Total						11589	85%	11980	86%

Fuente: EU-SILC.

A continuación se describen las variables de análisis: eventos familiares, estado de salud y variables de control. Entre estas últimas hay algunas comunes a todos los modelos y algunas específicas para algunos modelos:

Eventos familiares

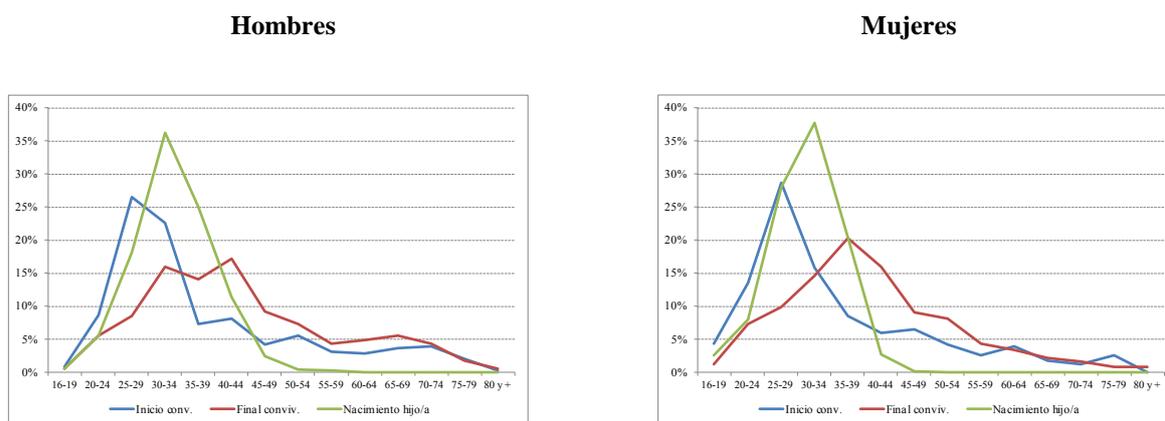
Los eventos familiares analizados son tres: el inicio y la finalización de la convivencia en pareja (cohabitación o matrimonio), y el nacimiento de un hijo biológico. Estos eventos funcionan como variable independiente o dependiente en los modelos según el mecanismo estudiado (causalidad o selección). En los modelos de causalidad se diferencia entre efectos inmediatos o efectos diferidos (años posteriores a la experimentación del evento) sobre la salud. Por ejemplo, el nacimiento de un hijo puede tener un efecto inmediato observable en la primera edición de la encuesta en la que aparece el menor en el hogar o un efecto observable en años posteriores. En los modelos de selección se trata de averiguar la influencia de la salud sobre la probabilidad de experimentar esos eventos.

El universo poblacional estudiado varía según el evento. En el caso del inicio de la convivencia, la población de referencia son los individuos que en su primera participación en la encuesta no convivían en pareja. Para la finalización de la convivencia se han tomado

como referencia los individuos que en su primera participación ya convivían en pareja. Por último, en el caso del nacimiento de un hijo, se analizan los individuos que se mantienen conviviendo en pareja a lo largo de todo el período de seguimiento. En este caso no se tienen en cuenta los progenitores solteros ya que representan un porcentaje residual en la encuesta (sólo un 0,8% de los individuos menores de 50 años que no conviven en pareja tuvo un hijo).

La Figura 2 muestra la distribución por edad de los eventos observados en hombres y mujeres. La Tabla 1 resume las características de las poblaciones estudiadas por evento familiar, estado de convivencia, edad y sexo. La distribución por edad de los eventos analizados es el criterio que se sigue para seleccionar las poblaciones de estudio. Así, el inicio de la convivencia en pareja se estudia entre las edades 20 y 39. Entre estas edades se producen el 65% de los eventos para los hombres y 67% para las mujeres (sobre un total de 380 eventos entre los varones y 384 entre las mujeres). Para la finalización de la convivencia en pareja se estudian las edades 25-54 que concentran el 72% de los eventos entre los hombres y el 78% entre las mujeres (de un total de 163 y 232 eventos respectivamente). Para los nacimientos se estudian rangos de edades diferentes para hombres y mujeres: 25-44 para los hombres y 20-39 para las mujeres. Estos rangos de edades concentran el 91% de los casos entre los hombres y el 94% entre las mujeres (de un total de 721 y 786 eventos para hombres y mujeres respectivamente).

Figura 2.- Distribución por edad de los eventos familiares según sexo. España 2004-2009



Fuente: EU-SILC.

Tabla 1.- Perfil de las poblaciones objetivo según evento familiar

	Situación de pareja (1era participación EU-SILC)	Sexo	Rango de edades	Núm. Individuos	Núm eventos
Inicio convivencia en pareja	No convivir en pareja	Hombre	20-39	4528	248
		Mujer	20-39	4042	256
Final convivencia en pareja	Convivir en pareja	Hombre	25-54	6764	118
		Mujer	25-54	7417	181
Nacimiento de hijo/a	Convivir en pareja durante todo el seguimiento	Hombre	25-44	5230	654
		Mujer	20-39	6018	741

Fuente: EU-SILC

Estado de salud

Como indicador del estado de salud se ha tomado la salud autopercebida a partir de la pregunta: “¿Cómo es su salud en general? (muy buena, buena, regular, mala, muy mala)”. Las categorías de respuesta han sido agrupadas en dos estados: buena salud (muy buena o buena) y mala salud (regular, mala o muy mala). Lógicamente este indicador es la variable dependiente en los modelos de causalidad y una variable independiente en los modelos de selección.

Variables de control

Nivel educativo.- La respuesta a la pregunta “¿Cuál es el mayor nivel de formación que ha alcanzado?” ha sido agrupada en tres categorías: estudios obligatorios (primarios o secundarios), estudios secundarios no obligatorios, y estudios universitarios.

Edad.- Grupo de edad al cual pertenecía el entrevistado en la primera edición de la encuesta en la que es observado.

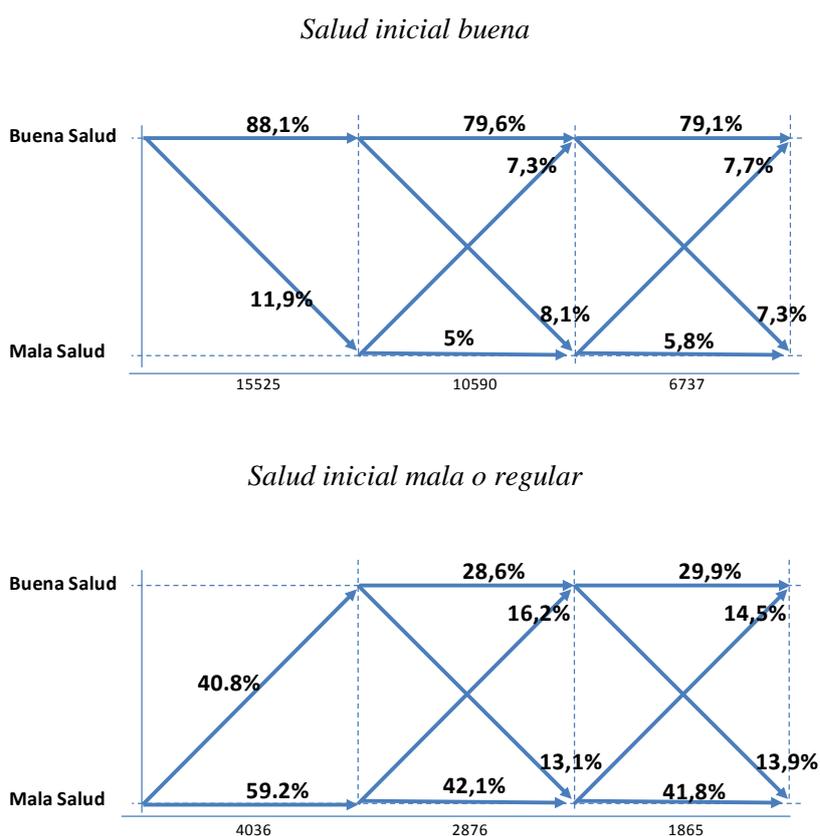
Relación con la actividad.- Se han distinguido cuatro situaciones: trabajando, desempleado, dedicación a las tareas domésticas y otras situaciones. La dedicación a las tareas domésticas no ha sido incluida en los modelos masculinos debido al número residual

de hombres que declaran este tipo de relación con la actividad (un total de 54 en el conjunto del panel).

Número de hijos en el hogar.- Esta variable se introduce sólo en los modelos que analizan los eventos post-emancipatorios (final de convivencia en pareja y nacimiento de hijos). La variable cuenta con las siguientes categorías: ninguno, uno, y dos o más.

Salud al inicio de la encuesta.- En la Figura 3 se muestra que un buen estado inicial de salud tiende a mantenerse a lo largo de los años de la encuesta, mientras que un mal estado inicial se asocia a pautas cambiantes en el tiempo y a porcentajes más altos de mala salud en observaciones sucesivas. Con esta variable se pretende controlar el posible efecto de las trayectorias de salud previas a la encuesta.

Figura 3.- Transiciones de salud según estado inicial (edades 20-54). España 2004-09



Fuente: EU-SILC.

Esta variable sólo se incluye en los modelos de causalidad para prevenir posibles problemas de colinealidad en los modelos de selección (colinealidad entre esta variable y la salud dinámica en el tiempo de escrita anteriormente). Entre los individuos que experimentan cualquiera de los eventos familiares en tre la primera y la segunda observación ambas variables de salud serían equivalentes.

3.- Metodología

Se utilizan modelos de tipo logit para datos de tipo panel con efectos aleatorios. Esta metodología permite corregir el posible sesgo originado por el diferente número de observaciones disponibles para cada individuo a lo largo del periodo de la encuesta (2004-2009). El estado de salud declarado en la primera observación disponible para cada individuo sirve como categoría de referencia. Con respecto a esa primera observación se analizan los cambios en el estado de salud (buena o mala) en función de las transiciones familiares experimentadas (unión, ruptura, tener un hijo). Estas transiciones se pueden dar en $n-1$ momentos, siendo n el número total de observaciones disponibles en la encuesta para cada individuo. Cuando un individuo experimenta un cambio de estado familiar deja de seguirse en el análisis del mecanismo de selección, mientras que en el caso de la causalidad se analizan todas las observaciones disponibles para cada individuo.

En el caso de las variables dependientes, tanto en los modelos de selección como en los de causalidad, se toma como referencia la información en el momento $t+1$, para recoger un posible cambio de estado entre los momentos t y $t+1$. En cambio, en el caso de las variables independientes, se toma como referencia la información en el momento t , previo a la posible experimentación del cambio. Las variables edad y “Salud en la primera edición de la encuesta” no cambian en el tiempo y se refieren a la primera observación disponible para cada individuo en la encuesta (Ecuación 1).

Ecuación 1:

$$V. \text{ Depen. } (t+1) = \beta_1 * V. \text{ Indep.}_1 (t) + \beta_2 * V. \text{ Indep.}_2 (t) + \dots + \beta_j * V. \text{ Indep.}_j (t) \\ + \beta_{j+1} * \text{Salud Inicial } (1) + \beta_{j+2} * \text{Edad Inicial } (1)$$

Donde j = Número de variables independientes que varían en el tiempo

4.- Resultados

4.1.- Inicio de la convivencia en pareja

Los coeficientes para los modelos de selección y causalidad se muestran en la Tabla 2.

Tabla 2.- Coeficientes para los modelos de Selección y Causalidad para el inicio de convivencia en pareja, edades 20-39. España 2004-09

Selección (Variable dependiente: Inicio convivencia) (Modelo 1)						Causalidad (Variable dependiente: Mala salud) (Modelo 2)					
		Hombres		Mujeres				Hombres		Mujeres	
		Coef.	Sign.	Coef.	Sign.			Coef.	Sign.	Coef.	Sign.
						Inicio convivencia (Ref: No)	Sí (inmediato)	0,10		-0,20	
							Sí (corto plazo)	0,39		0,57	
Salud (Ref: Bueno)	Malo	-0,22		0,19		Salud* (Ref: Bueno)	Malo	3,34	***	3,05	***
Nivel educativo (Ref: Obligat.)	Secundario	-0,11		0,36		Nivel educativo (Ref: Obligat.)	Secundario	0,59	**	-0,53	*
	Universitario	0,11		0,47	†		Universitario	-1,30	***	-0,93	***
Relación actividad (Ref: Ocupado/a)	Desempleo	-0,35		0,31	†	Relación actividad (Ref: Ocupado/a)	Desempleo	0,51	**	0,85	***
	Tareas del hogar	-	-	0,49			Tareas del hogar	-	-	0,01	
	Otra situación	-1,54	***	-1,49	***		Otra situación	-0,03		-0,07	
Edad (Ref: 20-25)	25-29	1,53	***	0,65	***	Edad (Ref: 20-25)	25-29	0,49	**	0,28	
	30-34	1,76	***	0,51	**		30-34	1,00	***	1,02	***
	35-39	1,04	***	-0,13			35-39	1,58	***	1,42	***
Constante		-4,15	***	-3,52	***	Constante		-3,88	***	-3,69	***

(*) Estado de salud en la primera participación en la encuesta.

Fuente: EU-SILC.

Coeficientes positivos indican mayor probabilidad, tanto de experimentar el evento familiar en cuestión como de declarar mala salud, respecto a la categoría de referencia, mientras que los negativos indican probabilidades menores. El modelo 1 (selección) indica que el estado de salud no influye significativamente sobre la probabilidad de iniciar la convivencia en pareja una vez controladas el resto de variables. Éstas muestran di verso

grado de influencia entre hombres y mujeres. Entre los hombres, las probabilidades de inicio de la convivencia aumentan con la edad respecto al grupo de referencia (20-24), dándose la mayor probabilidad en el grupo 30-34. Entre las mujeres, aquellas con estudios universitarios y las de empleadas muestran una mayor probabilidad de iniciar la convivencia en pareja, aunque con niveles de significación estadística bajos. Esta significación resulta alta entre las mujeres que se encuentran en otra situación de actividad. Además, las mujeres de 25 a 29 años muestran la mayor probabilidad de inicio de la convivencia respecto de las de 20-24 años.

En los modelos de causalidad (modelo 2), se observan patrones más homogéneos entre hombres y mujeres. Existen diferencias en la influencia de la convivencia en pareja sobre la salud aunque los coeficientes no son estadísticamente significativos.

Entre las variables de control la más influyente es el estado de salud inicial, tanto para los hombres como para las mujeres. Los entrevistados con mala salud de partida tienen mayor probabilidad de seguir en un estado de mala salud (coeficientes de 3,34 y 3,05 respectivamente para hombres y mujeres con respecto a la categoría de referencia, buena salud). En línea con trabajos anteriores, se observa que a mayor nivel educativo, menor probabilidad de padecer un estado de mala salud (Marmot, 2005). Los individuos desempleados presentan una mayor probabilidad de mala salud que los que se encuentran trabajando. Este resultado es compartido para hombres y mujeres. Finalmente, los resultados para la edad son los esperados: a mayor edad, mayor probabilidad de mala salud.

4.2.- Final de la convivencia en pareja

Los modelos de selección (Tabla 3; modelo 3) vuelven a mostrar diferencias entre hombres y mujeres. La mala salud de termina una mayor probabilidad de finalizar la convivencia entre los hombres aunque con baja significación estadística ($\beta=0,57$; ($<0,1$)).

La edad no es significativa en ningún caso para los hombres, mientras que entre las mujeres se observa menor probabilidad de finalizar la unión en las edades más avanzadas (de 45 a 54 años), con un nivel bajo de significatividad ($<0,1$). Hombres y mujeres que conviven con hijos presentan menor probabilidad de finalizar la convivencia.

En cuanto a los modelos de causalidad (modelo 4), entre los hombres la finalización de la convivencia no tiene un efecto significativo sobre su salud en el corto plazo. En el caso de las mujeres se observa un incremento significativo de la probabilidad de mala salud. Este efecto no es inmediato sino que se observa en los años posteriores al evento ($\beta = 0,89$), aunque siempre nos referimos a un efecto en el corto plazo. Además se observan diferencias entre hombres y mujeres en función de la convivencia con hijos. Mientras que entre los hombres convivir con hijos no influye sobre la probabilidad de mala salud, entre las mujeres se observa un efecto protector de la convivencia con dos o más hijos.

Tabla 3.- Coeficientes para los modelos de Selección y Causalidad para el final de convivencia en pareja, edades 25-49. España 2004-09

Selección (Variable dependiente: Inicio convivencia) (Modelo 3)						Causalidad (Variable dependiente: Mala salud) (Modelo 4)					
		Hombres		Mujeres				Hombres		Mujeres	
		Coef.	Sign.	Coef.	Sign.			Coef.	Sign.	Coef.	Sign.
						Final convivencia (Ref: No)	Sí (inmediato)	0,48		0,35	
							Sí (corto plazo)	0,06		0,89	*
Salud (Ref: Bueno)	Malo	0,57	†	-0,37		Salud* (Ref: Bueno)	Malo	2,66	***	2,98	***
Nivel educativo (Ref: Obligat.)	Secundario	-0,10		0,29		Nivel educativo (Ref: Obligat.)	Secundario	-0,46	***	-0,48	***
	Universitario	0,17		-0,10			Universitario	-0,99	***	-1,01	***
Relación actividad (Ref: Ocupado/a)	Desempleo	0,63		0,30		Relación actividad (Ref: Ocupado/a)	Desempleo	0,69	***	0,36	**
	Tareas del hogar	-	-	-0,55			Tareas del hogar	-	-	0,13	
	Otra situación	0,04		-0,40			Otra situación	1,67	***	0,38	**
Núm. Hijos (Ref: Ninguno/a)	Uno/a	-0,67	†	-0,92	*	Núm. Hijos (Ref: Ninguno/a)	Uno/a	0,06		-0,07	
	Dos o más	-1,27	**	-0,79	*		Dos o más	0,01		-0,23	*
Edad (Ref: 25-29)	30-34	0,08		-0,26		Edad (Ref: 25-29)	30-34	0,29		0,20	
	35-39	-0,43		0,22			35-39	0,93	***	0,86	***
	40-44	-0,32		-0,22			40-44	1,04	***	0,86	***
	45-49	-0,41		-1,04	†		45-49	1,23	***	1,27	***
	50-54	-0,957		-1,35	†		50-54	1,51	***	1,48	***
Constante		-4,10	***	-4,09	***	Constante		-3,55	***	-3,08	***

(*) Estado de salud en la primera participación en la encuesta.

Fuente: EU-SILC.

Para el resto de variables analizadas (salud inicial, nivel educativo, número de hijos y edad) los resultados son similares a los encontrados en el inicio de la convivencia.

4.3.- Nacimiento de un hijo

El modelo 5 (tabla 4) ilustra nuevamente un mayor efecto de selección por salud entre los hombres: Un mal estado de salud reduce las probabilidades de tener un hijo ($\beta=-0,53$).

Tabla 4.- Coeficientes para los modelos de Selección y Causalidad para el nacimiento de un hijo, edades 20-44. España 2004-09

Selección (Variable dependiente: Inicio convivencia) (Modelo 5)						Causalidad (Variable dependiente: Mala salud) (Modelo 6)					
		Hombres		Mujeres				Hombres		Mujeres	
		Coef.	Sign.	Coef.	Sign.			Coef.	Sign.	Coef.	Sign.
						Nacim. Hijo/a (Ref: No)	Sí (inmediato)	0,09		-0,23	†
							Sí (corto plazo)	0,28		-0,01	
Salud (Ref: Bueno)	Malo	-0,53	**	-0,25		Salud* (Ref: Bueno)	Malo	2,69	***	2,84	***
Nivel educativo (Ref: Obligat.)	Secundario	-0,12		-0,06		Nivel educativo (Ref: Obligat.)	Secundario	-0,45	***	-0,49	**
	Universitario	-0,03		0,29			Universitario	-1,06	***	-0,93	***
Relación actividad (Ref: Ocupado/a)	Desempleo	-0,30		0,31		Relación actividad (Ref: Ocupado/a)	Desempleo	0,76	***	0,45	**
	Tareas del hogar	-	-	0,47	**		Tareas del hogar	-	-	0,10	
	Otra situación	-0,10		0,41			Otra situación	1,69	***	0,15	
Núm. Hijos (Ref: Ninguno/a)	Uno/a	0,039		0,03		Núm. Hijos (Ref: Ninguno/a)	Uno/a	0,01		-0,14	
	Dos o más	-1,822	***	-2,16	***		Dos o más	-0,06		-0,24	
Edad (Ref: 25-29 hombres, 20-24 mujeres)	30-34 / 25-29	-0,06		0,08		Edad (Ref: 25-29 hombres, 20-24 mujeres)	30-34 / 25-29	0,40		0,00	
	35-39 / 30-34	-0,53	**	-0,19			35-39 / 30-34	1,09	***	0,15	
	40-44 / 35-39	-1,47	***	-0,92	**		40-44 / 35-39	1,23	***	0,76	*
Constante		-1,58	***	-1,87	***	Constante		-3,73	***	-2,87	***

(*) Estado de salud en la primera participación en la encuesta.

Fuente: EU-SILC.

En relación a las variables de control, el hecho de convivir con dos o más hijos y la edad son los factores que muestran un mayor efecto sobre la probabilidad de tener un hijo en ambos sexos. Como era de esperar, convivir con dos o más hijos reduce la probabilidad de tener otro. En cuanto a la edad, tanto los hombres como las mujeres mayores de 35 años disminuyen sus probabilidades de tener un hijo respecto al grupo de edad de referencia (25-29 en los hombres y 20-24 en las mujeres).

La relación con la actividad influye en la probabilidad de tener un hijo entre las mujeres. Las que se dedican a las tareas domésticas muestran mayores probabilidades de experimentar el evento respecto a las que se encuentran trabajando.

El modelo de causalidad (modelo 6) muestra un efecto protector inmediato sobre la salud de las mujeres ($\beta=-0,23$) de baja significación estadística, mientras que entre los hombres no se observa ningún efecto significativo.

Por último, las variables de control muestran el mismo patrón observado hasta el momento (influencia negativa de un mal estado inicial de salud; ventaja de los niveles educativos superiores y de los individuos que declaran estar trabajando; aumento progresivo de las probabilidades de mala salud con la edad), presentando patrones similares en hombres y mujeres. En este caso la convivencia con hijos no presenta efectos estadísticamente significativos.

5.- Conclusiones y discusión

En este trabajo se ha analizado la relación entre tres importantes transiciones familiares (inicio y finalización de la convivencia en pareja y nacimiento de un nuevo hijo) y la salud autopercibida en España a través de los datos longitudinales de la encuesta EU-SILC entre 2004 y 2009. Se han utilizado variables de control para las que los resultados han sido los esperados: incremento de las probabilidades de mala salud con la edad, menor probabilidad de mala salud en los niveles educativos más altos y situación ventajosa de las personas que trabajan. Dentro de la relación estudiada se han explorado mecanismos de selección (cómo afecta el estado de salud a la probabilidad de experimentar los eventos familiares) y de causalidad (cómo estos eventos afectan al estado de salud) en el corto plazo. Ambos mecanismos intervienen en la relación entre transiciones familiares y salud si bien de manera diferenciada entre hombres y mujeres, al menos en el corto plazo. En el caso de los

hombres hay evidencias consistentes de efectos de selección y causalidad mientras que las mujeres españolas únicamente muestran indicios de efectos de causalidad.

En términos de selección dos de los tres eventos analizados, finalización de la convivencia y nacimiento de un hijo/a (eventos post-emancipatorios), se ven influidos por el estado de salud en el caso de los hombres pero no entre las mujeres. En el caso masculino se ha observado que la salud no es un condicionante de la entrada en convivencia en pareja sin que pueda establecerse ningún tipo de hipótesis general al respecto debido a la naturaleza del evento registrado en la fuente. Al menos en España el inicio de la relación de pareja se suele producir bastante antes que el inicio efectivo de la convivencia (Castro-Martín et al., 2008). Por este motivo cabe suponer que una parte importante de los individuos que no inician una relación de convivencia a lo largo del periodo de seguimiento sí se encuentran en una relación de pareja que puede ser más o menos prolongada en el tiempo. Además, esta diferencia entre el inicio de la relación y el de la convivencia puede provocar que cualquier proceso de selección por salud opere antes de la cohabitación o el matrimonio. Aunque esta circunstancia también puede producirse en la finalización de la convivencia (es decir, la ruptura puede darse varios años después del inicio del deterioro de la relación de pareja; Solsona, 2009) tanto este evento como el nacimiento de un hijo nos parecen *a priori* mejor identificables temporalmente. Esto contribuye probablemente a que ambos eventos muestren efectos estadísticamente significativos tanto en términos de causalidad como de selección.

Un mal estado de salud (autopercebido) aumenta la probabilidad de finalizar la convivencia y reduce las de tener un hijo para los hombres. Complementariamente, los hombres con buena salud tienen mayores probabilidades de experimentar esas transiciones familiares. En ambos casos se analizan individuos que parten de un estado de convivencia en pareja y que por tanto han estado expuestos al mismo grado de una hipotética selección por salud en el mercado matrimonial (no observada en nuestros resultados pero sí constatada en estudios previos de otros países; Joung et al., 1998; Brockmann y Klein, 2004; Hammarström y Janlert, 2005). Si éste fuera el caso, nuestros resultados sugieren que los hombres están expuestos a un proceso de selección por salud continuo durante las diferentes etapas relacionadas con la formación de una nueva familia.

Este hecho puede relacionarse probablemente con el propio concepto de masculinidad y los roles de género definidos dentro del hogar (MacInnes, 1998). Por ejemplo, el papel de proveedor de recursos económicos en el hogar está estrechamente asociado a la capacidad

del hombre para participar en el mercado laboral. A su vez, esta participación está altamente condicionada por el estado de salud de los individuos y, en conclusión, los hombres cuya salud garantiza su potencial rol de *breadwinners* tienen mayor probabilidad de mantener una relación de pareja y tener descendencia en el marco de esa relación.

En términos de causalidad los resultados más destacados también se refieren a diferencias entre hombres y mujeres. El final de la convivencia sólo afecta negativamente a la salud de las mujeres, a l menos en el corto plazo. Son numerosos los estudios previos que han apuntado el hecho de que un proceso de separación/divorcio afecta más negativamente al estatus socioeconómico de las mujeres, razón propuesta para explicar el mayor desgaste de su salud (Hughes y Waite, 2009; Liu, 2012). A esto hay que añadir el posible efecto de las cargas familiares. Por ejemplo, en España la mayoría de procesos de ruptura de una pareja con hijos van seguidos de la concesión de la custodia a las madres. Esta doble carga (económica y familiar) acabaría afectando negativamente a su estado de salud (Hughes y Waite, 2009; Gumà et al., en prensa).

Algo pa recido, aunque en sentido contrario, sucede con el nacimiento de un hijo cuyo efecto protector sobre la salud autopercebida de las mujeres puede estar de nuevo relacionado con los roles de género del hogar. Los estudios de género muestran la fuerza de la maternidad en la construcción de la identidad femenina lo cual explicaría su efecto protector inmediato sobre la salud subjetiva de las mujeres. Ese efecto, no obstante, desaparece en el corto plazo probablemente debido a la carga de trabajo asociada a la crianza en los primeros años. Esa carga podría verse aliviada en primer lugar por el permiso de maternidad y agravada posteriormente por la reincorporación de la mujer al trabajo remunerado.

Nuestros resultados evidencian que tanto el mecanismo de selección como el de causalidad operan en la relación entre los eventos familiares que definen la estructura de un hogar y el estado de salud subjetivo de los individuos, aunque con diferencias entre hombres y mujeres. En general, los procesos de causalidad muestran resultados más significativos aunque la magnitud de los mecanismos de selección no es totalmente captada debido a la naturaleza de los datos utilizados. En primer lugar se cuenta con un seguimiento máximo de cuatro años para cada individuo lo cual limita la observación de posibles efectos de selección a medio plazo como ya se ha comentado en el caso del inicio de la convivencia en pareja. En segundo lugar cabe recordar que este trabajo sólo aborda el mecanismo de selección directa. Teniendo en cuenta que el perfil de morbilidad de las poblaciones adultas

se caracteriza por bajas prevalencias de mala salud autopercebida (Gumà y Cámara, en prensa) futuros estudios deberían incluir indicadores de comportamientos de riesgo (dieta, consumo de tabaco, alcohol y drogas, etc) que son predictores de la salud a más largo plazo. Asimismo, se ha de considerar el estrecho vínculo entre los eventos familiares analizados. Generalmente, la secuencia de eventos familiares comienza con el establecimiento y la consolidación de la relación de pareja y, posteriormente, se toma la decisión de tener hijos. Por tanto, los procesos de selección y causalidad de eventos familiares anteriores inciden necesariamente sobre los eventos que se experimentan posteriormente. Los individuos que conviven en pareja y que deciden tener un hijo, además del efecto de selección y de causalidad relacionados con este evento familiar, han estado también expuestos a los efectos de selección y de causalidad vinculados al inicio y mantenimiento de la relación de pareja a la cual pertenecen. De este modo, se produce un efecto acumulativo asociado con la trayectoria familiar a lo largo del tiempo.

En resumen, entre los hombres el ya conocido efecto protector de la convivencia en pareja sobre su salud (Waite, 1995; Wade y Pevalin, 2004; Martikainen et al., 2005) se combinaría con un proceso de selección por salud prácticamente continuo y que condicionaría sus probabilidades de experimentar sucesivos eventos familiares post-emancipatorios. Esto contribuiría a explicar los resultados de anteriores trabajos que mostraban un beneficio mayor y más inmediato de la convivencia en pareja para los hombres (Waite, 1995; Lillard y Panis, 1996). En nuestra opinión, más que un efecto de causalidad inmediato, lo que se refleja en esos resultados es un mayor componente de selección que prioriza la entrada en pareja de los hombres con mejor salud. Dicho de otro modo, los hombres que no conviven en pareja representarían, en parte, un segmento de la población seleccionado en función de una peor salud. Posteriormente, el efecto de causalidad de la convivencia mantendría o reforzaría la diferenciación establecida entre los dos grupos de hombres en función de la selección previa.

En cuanto a las mujeres, su salud se ve penalizada por los cambios derivados de la finalización de la convivencia en pareja (menor estatus socioeconómico, incremento de la carga derivada del hogar, etc). Por el contrario su percepción de la salud mejora o no varía ante el nacimiento de un hijo. Esto último se relaciona probablemente con la asunción natural del papel de cuidadoras principales combinado en España con los efectos de la permiso de maternidad de cuatro meses. Esto nos lleva a reflexionar sobre el efecto que las desigualdades de género tienen sobre la salud de las mujeres. El hecho de tener asumido su

rol como cuidadoras de los hijos (McDonald 2000, Goldscheider 2000) provoca que la carga derivada de este tipo de tareas tenga una menor influencia sobre su percepción de la salud. Naturalmente esto no significa que esa carga sea positiva en términos de salud ni de igualdad. Por ejemplo, la menor participación de las mujeres españolas en el mercado laboral conlleva que, en el caso hipotético de la ruptura de la convivencia en pareja, éstas se vean expuestas a una situación de mayor vulnerabilidad social que finalmente afecta negativamente a su salud. Por tanto, podemos concluir que el beneficio sobre la salud femenina de la convivencia en pareja es menor que en el caso masculino (Waite, 1995; Wade y Pevalin, 2004; Joutsenniemi, 2007), mientras que la finalización de esta convivencia lleva a las mujeres a una situación de desventaja que acaba influyendo negativamente sobre su salud incluso en el corto plazo.

Estas conclusiones deberían ser complementadas en el futuro mediante datos longitudinales de mayor recorrido temporal para poder estudiar las diferentes etapas familiares a partir del seguimiento de los mismos individuos, más allá del estudio parcial de las transiciones familiares realizadas en este trabajo. Además, hay que tener en cuenta el hecho de que aunque las tres transiciones analizadas son de carácter universal en los países occidentales, el caso español muestra algunas especificidades que podrían condicionar los resultados del análisis de selección y causalidad.

Referencias bibliográficas:

- ARTAZCOZ, L.; ARTIEDA, L.; BORRELL, C.; CORTÈS, I.; BENACH J.; GARCÍA, V. (2004). "Combining job and family demands and being healthy". *European Journal of Public Health*, 14, pp. 43-48.
- BARTLETT E.E. (2004). "The effects of fatherhood on the health of men: a review of the literature". *The Journal of Men's Health and Gender*, 1 (2), pp. 159-169.
- BROCKMANN, H.; KLEIN, T. (2004). "Love and death in Germany: The marital biography and its effect on mortality". *Journal of Marriage and Family*, 66, pp. 567-581.
- CASTRO-MARTÍN, T.; DOMÍNGUEZ-FOLGUERAS, M.; MARTÍN-GARCÍA, T. (2008). "Not truly partnerless: non-residential partnerships and retreat from marriage in Spain". *Demographic Research*, 18, pp. 443-468.
- CHILCOAT, H. D.; BRESLAU, N. (1996). "Alcohol disorders in young adulthood: effects of transitions into adult roles". *Journal of Health and Social Behavior*, 37, pp. 339-349.
- DUNCAN, G.; WILKERSON, B.; ENGLAND, P. (2006). "Cleaning up their act: The effects of marriage and cohabitation on licit and illicit drug use". *Demography*, 43, pp. 691-710.
- DURÁN, M. A. (1999). *The future of work in Europe (Gendered patterns of time distribution)*. Bruselas: European Commission, Directorate General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs.
- EGGEBEEN, D.J.; KNOESTER, C. (2001). "Does fatherhood matter for men?". *Journal of Marriage and Family*, 63, pp. 381-393.
- EVANS, T.; WHITEHEAD, M.; DIDERICHSE, F.; BHUIYA, A.; WIRTH, M. (2001). *Challenging inequalities in health*. Oxford: Oxford University Press.
- FU, H.; GOLDMAN, N. (1996). "Incorporating health into models of marriage choice: demographic and sociological perspectives". *Journal of Marriage and Family*, 58 (3), pp. 740-758.
- GOLDSHEIDER, F. K. (2000). "Men, children and the future of the family in the third millennium". *The Futurist*, 32, pp.527-538.
- GUMÀ, J.; CÁMARA, A.D. (en prensa). "¿Informa la salud utopercibida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud". *Revista de Estadística Española*.
- GUMÀ, J.; TREVIÑO, R.; CÁMARA, A.D. (en prensa). "Posición en el hogar y género: desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España". *Revista Internacional de Sociología*.
- HAMMARSTRÖM, A.; JANLERT, U. (2005). "Health selection in a 14-year follow-up study. A question of gendered discriminations?". *Social Science and Medicine*, 61, pp. 2221-2232.

- HELBIG, S.; LAMPERT, T.; KLOSE, M.; JACOBI, F. (2006). "Is parenthood associated with mental health?". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (11), pp. 889 - 896
- HUGHES, M.E.; WAITE, L.J. (2002). "Health in household context: Living arrangements and health in late middle age." *Journal of Health and Social Behavior* 43, pp.1-21.
- HUGHES, M.; WAITE, L.; (2009). "Marital biography and health at mid-life". *Journal of Health and Social Behavior*, 50, pp. 344-358.
- INE (online) Consulta el 27 de Noviembre de 2013. (<http://www.ine.es/prensa/np673.pdf>)
- JOUNG, I.; DIKE, H.; STRONKS, K.; VAN POPPEL, F.; MACKENBACH, J. (1998). "A longitudinal study of health selection in marital transitions". *Social Science and Medicine*, 46 (3), pp. 425-435.
- JOUTSENNIEMI, K. (2007). "Living arrangements and health". PhD Dissertation. Department of Public Health. University of Helsinki, Helsinki.
- KOBRIN, F. E.; HENDERSHOT, G.E. (1977). "Do family ties reduce mortality? Evidence from the United States, 1966-1968". *Journal of Marriage and the Family*, pp. 737-745.
- KOSKINEN, S.; JOUTSENNIEMI, K.; MARTELIN, T.; MARTIKAINEN, P. (2007). "Mortality differences according to living arrangements". *International Journal of Epidemiology*, 36, pp. 1255-1264.
- LILLARD, L.; WAITE, L. (1995). "Til death do us part: Marital disruption and mortality". *American Journal of Sociology*, 100 (5), pp. 1131-1156.
- LILLARD, L. ; PANIS, C. (1996). "Marital status and mortality: The role of health". *Demography*, 33 (3), pp. 313-327.
- LIU, H. (2012). "Marital dissolution and self-rated health: Age trajectories and birth cohort variations". *Social Science and Medicine*, 74, pp. 1107-1116.
- MARMOT, M.; RYFF, C. D.; BUMPASS, L. L.; SHIPLEY, M.; MARKS, N. F. (1999). "Social inequalities in health: next questions and covering evidence". *Social Science and Medicine*, 44 (6), pp. 901-910.
- MARMOT, M.; WILKINSON, R. G. (1999). *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- MARTIKAINEN, P. ; MARTELIN, T. ; NIHTILÄ, E. ; MAJAMAA, K. ; KOSKINEN, S. (2005). "Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: Analyses of changes in marital-status distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death". *Population Studies*, 59 (1), pp. 99-115.
- MCDONALD, P. (2000). "Gender equity in theories of fertility transition". *Population and Development Review*, 26 (3), pp. 427-440.
- MACINNES, J. (1998). *The end of masculinity: The confusion of sexual genesis and sexual difference in modern society*. Buckingham: Open University Press.
- MIROWSKY, J. (2005). "Age at first birth, health, and mortality". *Journal of Health and Social Behavior*, 1, pp. 32-50.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional sobre Salud*, New York, 19-22 Junio.

OBSERVATORIO DE SALUD DE LA MUJER-OSM (2005). *Salud y Género 2005*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consulta 15 de mayo 2013 (<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InformeSaludyGenero2005.pdf>)

SIEGRIST, J.; MARMOT, M. (2006). *Social inequalities in health*. Oxford: Oxford University Press.

SOLSONA, M. (2009). "Narrar la propia biografía después de un divorcio. Notas de un estudio cualitativo de interés para la demografía". *Estudios Geográficos*, 70 (267), pp. 633-660.

TEACHMAN, J. (2010). "Family life course statuses and transitions: relationships with health limitations". *Sociological Perspectives*, 53 (2), pp. 201-219.

UMBERSON, D. (1987). "Family status and health behaviors: Social control as a dimension of social integration". *Journal of Health and Social Behavior*, 28, pp. 306-319.

WADE, T.; PEVALIN, D. (2004). "Marital transitions and mental health". *Journal of Health and Social Behavior*, 45, pp. 155-170

WAITE, L. (1995). "Does marriage matter?". *Demography*, 32 (4), pp. 483-507.

WALDRON, I.; WEISS, C. C.; HUGHES, M. E. (1997). "Marital status effects on health: are there differences between never married women and divorced and separated women?". *Social Science and Medicine*, 45 (9), pp. 1387-1397.

WANG, J.L. (2004). "The difference between single and married mothers in the 12-month prevalence of major depressive syndrome, associated factors and mental health service utilization". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, pp. 29-42.

CONCLUSIONES

Conclusiones

A lo largo de los cuatro artículos presentados se ha explorado la relación entre familia y salud subjetiva, así como los mecanismos que explican esta relación. Para ello, se han aplicado diversas aproximaciones metodológicas (retrospectiva, de momento y longitudinal) a partir de los datos procedentes de cuatro fuentes de datos diferentes y complementarias: la Encuesta Nacional de Salud (1987, 1993, 1996, 2006), la SHARELIFE (2008-2009), la Encuesta Europea de Salud (2009) y la encuesta panel EU-SILC (2004-2009).

En primer lugar, se ha explorado el patrón de la salud subjetiva de la población mayor de 15 años, comparándolo a su vez con el que dibuja la mortalidad a lo largo de las tres últimas décadas en España. Se buscaba comprender la naturaleza específica de este indicador en relación a un indicador objetivo de la salud (la mortalidad), focalizando el análisis en las tendencias más recientes y en la pauta según sexo y edad. En segundo lugar, partiendo de la constatada relación positiva entre convivencia en pareja y salud, se ha indagado sobre el posible efecto que la selección por supervivencia ejerce en la disipación de esta relación positiva entre la población mayor. El análisis realizado en 13 países europeos da consistencia a los resultados, además de permitir explorar el posible efecto de la selección por supervivencia contextual. Los resultados de este análisis sacaron a la luz la existencia de la interferencia de la selección por supervivencia en la relación entre familia y salud en edades mayores, motivo por el cual se ha optado por restringir el análisis a la población a edades anteriores (jóvenes, adultas y maduras). El tercer paso ha sido explorar desde una perspectiva transversal el impacto de la familia sobre la salud, aproximando de forma más compleja tanto el contexto familiar del individuo, a través de la posición en el hogar, como la salud subjetiva, mediante la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este indicador de CVRS ha permitido captar con mayor detalle las diferencias de salud entre la población adulta, con un perfil de salud más homogéneos que la población mayor. Además de estudiar la relación entre ambos indicadores, se ha evaluado el efecto relativo de la familia en el cuadro de los determinantes sociales de la salud más estudiados en la literatura (relación con la actividad, educación, capital social y nacionalidad). Por último, se ha examinado la bidireccionalidad de la relación entre familia y salud (el efecto de la familia sobre la salud y viceversa), evaluando los dos mecanismos que explican esta bidireccionalidad: el mecanismo de causalidad, es decir, cómo los cambios en el estado familiar pueden modificar las probabilidades de declarar un mal estado de salud; y el

mecanismo de selección, o lo que es lo mismo, cómo el estado de salud determina las posibilidades de experimentar los diferentes eventos familiares a través de un efecto de selección previo.

Los patrones de la salud subjetiva en relación a la objetiva por sexo y edad

El patrón de la salud subjetiva en España se caracteriza a lo largo de los últimos treinta años por su estabilidad. Esta estabilidad puede ser explicada a partir de diversos factores (el efecto de la asimilación de la propia salud por parte de la población mayor, el efecto de selección de los entrevistados en los procesos de recopilación de información, etc), entre los cuales estaría el estancamiento de las desigualdades en salud observado en otros países occidentales. A parte de la estabilidad, el patrón de la salud subjetiva muestra un lógico incremento de la mala salud con la edad, a la vez que mejores valores entre los hombres respecto a las mujeres en todas las edades. Este hecho confirma la ya conocida paradoja de salud y mortalidad entre sexos: las mujeres sobreviven más que los hombres, pero con peores indicadores de salud (Oksuzyan, 2009).

La vinculación entre las dimensiones subjetiva y objetiva de la salud es clara, y más evidente entre la población joven y adulta donde ambas dimensiones presentan un patrón paralelo, mientras que en las edades mayores parece difuminarse. Este vínculo entre ambas dimensiones de la salud se ha observado en todos los análisis presentados, aunque también se ha mostrado como la salud objetiva no explica completamente las diferencias en la percepción de la salud entre individuos. Estas diferencias muestran también una relación significativa con los determinantes sociales de la salud tenidos en cuenta (la familia como objeto de estudio de esta tesis, además de los introducidos para controlar por factores de distinta naturaleza como por ejemplo la relación con la actividad, el nivel educativo, el capital social o la nacionalidad).

La interferencia del efecto de la selección por supervivencia en la relación entre familia y salud subjetiva

El caso español confirma que la salud subjetiva es sensible a las diferentes situaciones familiares que actualmente se observan, demostrando de este modo que la familia es uno de

los determinantes sociales que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar políticas de salud pública de carácter preventivo, aunque de manera específica para hombres y mujeres. Se ha mostrado que la biografía de pareja (soltero/a, vivir en pareja, divorcio-separación y viudedad), la posición en el hogar (vivir solo/a, posición de hijo/a, convivir en pareja sin hijos, convivir en pareja con un/a hijo/a, convivir en pareja con dos o más hijos/as, monoparentalidad y otras situaciones) y la experimentación de eventos familiares (inicio y final de la unión, nacimiento de un/a hijo/a) presentan una relación consistente con la salud de los individuos. Esta relación se observa tanto entre la población joven y adulta, cuyo perfil de salud subjetiva presenta un alto grado de homogeneidad, como en las edades mayores, donde los perfiles de salud subjetiva se caracterizan por una mayor heterogeneidad al tiempo que se produce una asimilación del propio estado de salud.

Sin embargo, el hecho de que se observe una relación significativa entre la familia y la salud en estos dos grandes grupos de edad no implica que se pueda dibujar un patrón continuo de cómo es esta relación a lo largo del recorrido vital de los individuos a través de los resultados parciales obtenidos para estas dos etapas vitales. Mientras que para las edades adultas, en las cuales se observan la mayoría de eventos familiares voluntarios que definen la trayectoria familiar de los individuos, sí se puede establecer el sentido y la intensidad de esta relación, en el caso de la población mayor no resulta del todo posible. Esto se debe al efecto acumulativo sobre la salud de situaciones familiares de largo recorrido como la soltería o la convivencia en pareja en primera unión. Este efecto acumulativo a lo largo del recorrido vital de las personas ejerce una selección por supervivencia de aquellos individuos cuyas características de salud propias son más favorables, siendo el grado de este tipo de selección dependiente del signo de la relación entre las situaciones familiares y la salud. Cuando estas situaciones muestran una relación negativa con la salud (peor salud) como es el caso de la soltería de larga duración, la selección por supervivencia es más intensa, provocando que el perfil de salud de esta subpoblación sea más homogéneo al llegar a edades mayores (sólo consiguen llegar a estas edades aquellas personas con una muy buena salud que les permite compensar su situación de desventaja). Este tipo de selección es menos intensa en el caso de situaciones familiares de largo recorrido relacionadas con escenarios de salud más ventajosos (por ejemplo, convivencia en pareja), dando como resultado subpoblaciones con un perfil de salud mucho más heterogéneo como es propio de las edades avanzadas. Por tanto, no se pueden sacar conclusiones sobre la naturaleza de la relación entre familia y salud cuando se comparan subpoblaciones altamente seleccionadas según supervivencia como son los solteros/as de

largo recorrido y otras menos seleccionadas como los individuos que conviven en pareja desde hace mucho tiempo.

Aunque es cierto que el efecto de la selección por supervivencia dificulta el hecho de poder establecer cómo es la relación entre familia y salud a lo largo del recorrido vital completo de las personas, se refuerza la idea de que el efecto de la familia es importante a la hora de determinar los perfiles de salud de los individuos. La selección por supervivencia de manera general ya ha sido propuesta como una de las razones que explicarían el descenso de la asociación entre la salud subjetiva y la mortalidad en las edades avanzadas. El hecho de que el nivel de este tipo de selección se vea afectado por la situación de pareja no hace más que confirmar que la relación entre familia y salud existe, además de mostrarse como uno de los factores que explican la evolución de los perfiles de salud futuros de las poblaciones a partir de su efecto acumulativo a lo largo de la trayectoria vital de los individuos (etapa posterior a la emancipación del hogar de los padres).

La posición familiar y diferencias en salud subjetiva

La dificultad para aislar la influencia de la selección por supervivencia en el análisis de la relación entre familia y salud en las edades avanzadas ha llevado a situar la atención en las poblaciones en edades jóvenes y adultas. En estas edades del ciclo vital es cuando se observa una mayor heterogeneidad de las formas de vida familiar, que dado el proceso de diversificación familiar experimentado en España en las últimas décadas, es importante tener presente. Por este motivo se ha analizado el impacto de la familia sobre la salud a partir de indicadores de mayor complejidad tanto para el contexto familiar del individuo como para la salud subjetiva. En el primer caso, el indicador propuesto ha sido el de la posición en el hogar de cada individuo a partir de tener en cuenta la posición que ocupa el individuo en el núcleo familiar así como el tipo de núcleo o si se vive en un hogar sin un núcleo familiar. En el segundo, se utiliza un indicador subjetivo de salud de tipo complejo, que es la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Este último es el resultado a las respuestas a nueve preguntas vinculadas con la salud, lo que permite elaborar un indicador final que capte con mayor detalle las diferencias de salud de la población adulta caracterizada por un bajo nivel de heterogeneidad en sus perfiles, al contrario de lo que sucede entre la población mayor.

Los resultados muestran que las dos situaciones familiares básicas, la convivencia en pareja y la convivencia con hijos, presentan una clara asociación con las desigualdades en salud. En el primer caso, van en la dirección de lo ya propuesto en anteriores trabajos desde la Demografía a lo largo de las tres últimas décadas. Los individuos que conviven en pareja declaran tener una situación de salud más ventajosa que los que no lo hacen (Waite, 1995; Martikainen et al., 2005). Pero la consistencia de este resultado está sujeta a matices según sexo cuando la convivencia en pareja se compara con el resto de posiciones en el hogar. En el caso de los hombres, la relación positiva de la salud y la convivencia en pareja se observa sin excepción, localizándose la mayor ventaja en relación a aquellos que viven en casa de sus padres en edades adultas, que presenta la posición más desfavorable, seguidos de aquellos que viven solos. Mientras que entre las mujeres, seguir viviendo en el hogar de los padres no muestra ninguna diferencia en cuanto a salud subjetiva respecto a la convivencia en pareja, diferencia que sí se observa entre aquellas que viven solas, coincidiendo en este caso con los hombres. Sin embargo, para las mujeres la posición en el hogar que penaliza de manera más evidente su estado de salud subjetivo es la no convivencia en pareja pero sí con hijos (monoparentalidad). Las explicaciones a esta disimilitud entre hombres y mujeres así como al resto de diferencias de este tipo que se presentan en este apartado han sido planteadas desde una perspectiva de género. El gran peso que han tenido las desigualdades de género para entender la relación entre familia y salud subjetiva ha llevado a dedicarle un apartado específico en este capítulo de *Conclusiones*, en el cual se han puesto de manera conjunta todos los argumentos de este tipo.

En cuanto a la convivencia con hijos, segunda situación familiar principal que se encuentra en el hogar, su relación con la salud está altamente condicionada a la convivencia en pareja. La penalización sobre la salud expuesta anteriormente que presenta la convivencia con hijos mostrada en un núcleo monoparental es mucho menor o incluso inexistente cuando se convive en pareja, con resultados diferentes de nuevo en el caso de hombres y de mujeres. La mejor salud subjetiva de aquellos hombres que conviven en pareja se ve atenuada ante la presencia de hijos en el hogar, siendo este efecto más acusado a mayor número de hijos con los que se convive. Sin embargo, este descenso en el nivel de salud subjetiva no llega en ningún caso al nivel mostrado por aquellas posiciones en el hogar que implican la no convivencia en pareja. En este caso, la diferencia con las mujeres radica en que este efecto de atenuación de los beneficios en términos de salud es únicamente evidente en el sexo femenino cuando la carga por número de hijos es alta (dos o más), mientras que cuando hay un solo hijo/a no se observa diferencia respecto a las mujeres que conviven en pareja sin hijos.

¿Cuáles son los mecanismos que explican la relación entre familia y salud subjetiva?

La familia, como cualquier otro determinante social, se vincula a la salud de los individuos de manera indirecta. Por esta razón, para entender la relación entre ambos factores no basta sólo con conocer el sentido y la intensidad de esta, sino que además resulta clave comprender bajo qué mecanismos se articula. Los mecanismos explorados han sido de dos tipos: el de causalidad, entendido como el efecto sobre la salud de la experimentación de un evento familiar; y el mecanismo de selección, entendido como la influencia que ejerce la salud sobre las probabilidades de experimentar los eventos familiares básicos. Los resultados han vuelto a poner en evidencia la existencia de diferencias entre sexos. Los hombres muestran una mayor influencia por parte del mecanismo de selección. Concretamente, cuando ellos perciben su estado de salud como bueno tienen mayores probabilidades de mantener la convivencia en pareja una vez iniciada ésta, así como de tener hijos en el contexto de la relación de pareja. O lo que es lo mismo pero desde la perspectiva de las parejas de estos hombres, estas consideran entre otros factores la salud de ellos para mantener o finalizar sus relaciones de pareja, así como para tener descendencia.

Si a las evidencias presentadas en el cuarto artículo para el caso español (efecto significativo de selección entre los hombres en los eventos de final de convivencia en pareja y tener hijos) se le sumara la hipótesis de que los hombres con mejor salud podrían presentar mayores probabilidades de iniciar una unión tal y como se ha encontrado en otros países (Joung et al., 1998; Brockmann y Klein, 2004) aunque no para España, debido presumiblemente a limitaciones por parte de las fuentes de datos, se podría establecer que la salud juega un papel central en la definición de la trayectoria familiar completa de los hombres. Esta propuesta serviría para entender, en parte, el porqué de la notable desigualdad de salud entre los hombres que conviven en pareja y los que no, ya que estaríamos ante una población seleccionada a partir de su salud desde un principio, que además presenta una mayor probabilidad de mantener esta convivencia en el caso de mantenerse este buen estado de salud. En este caso, el mantenimiento de un buen estado de salud dentro del contexto de la pareja se vería facilitado a partir de las tres razones propuestas en la literatura para explicar la ventajosa situación de aquellos que conviven en pareja: efecto disuasorio sobre las conductas de riesgo, el mantenimiento de una red social, y las economías de escala que se producen en el seno de la pareja. Por tanto, nos encontraríamos ante un proceso de selección acumulativo y

continuo en el tiempo. Acumulativo porque la secuencia de los eventos familiares (inicio de la convivencia en pareja, mantenimiento de esta convivencia y tenencia de descendencia) implica que para llegar a las últimas etapas (por ejemplo, tener descendencia) se ha estado expuesto también al mecanismo de selección propio de las primeras etapas (por ejemplo, mantenimiento y consolidación de la relación de pareja). Y continuo, debido sobre todo a que el mantenimiento de la relación de pareja se produce a lo largo de toda la convivencia, aunque este mantenimiento se vea favorecido por los beneficios sobre la salud relativos a la convivencia en pareja expuestos anteriormente, creando un vínculo circular.

En cambio, en el caso de las mujeres los mecanismos que articulan la relación entre familia y salud parecen ser de diferente naturaleza, lo cual era previsible *a priori* si se tiene en cuenta que a lo largo de todo el trabajo se ha mostrado que tanto el perfil de salud subjetiva como la relación entre familia y esta dimensión de la salud son siempre diferentes según sexo. En ellas no se ha encontrado ningún indicio sobre un efecto por parte del mecanismo de selección según salud subjetiva en la experimentación de los eventos familiares de inicio, fin de la convivencia en pareja y tener hijos. Sin embargo, sí se han encontrado indicios sobre un efecto de causalidad tanto en el caso del evento de tener un hijo/a como en el de la finalización de la unión. En cuanto al primero, se ha observado un efecto positivo de la experimentación del evento sobre la salud en el corto plazo que desaparece posteriormente. En cuanto al segundo, éste muestra una relación negativa con la salud de las mujeres, que parece darse de manera más sostenida en el tiempo, siendo este punto coherente con el hecho que la monoparentalidad sea la situación que penaliza en un mayor grado la salud de las mujeres.

La familia en el cuadro de los determinantes sociales de la salud

Otro de los objetivos del presente trabajo ha sido explorar, además de la relación de la familia con la salud *per se*, el peso relativo que esta relación tiene para explicar las desigualdades en salud subjetiva en la población española. Teniendo en cuenta que en el seno de la familia se produce la repartición de recursos de naturaleza diversa (económicos, capital social, conocimientos, etc), existiría un vínculo entre la familia y otros determinantes sociales de la salud, que podría significar que una vez tenidos estos en cuenta el efecto neto de la familia sobre la salud resultase no ser significativo. De hecho, una de las explicaciones sobre la mejor situación de salud de las personas que conviven en pareja es de naturaleza económica:

incremento del bienestar material que implica la vida en pareja como resultado de una economía de escala resultante de la combinación de recursos y la especialización de tareas entre los miembros de la pareja (Lillard y Panis 1996).

De esta manera, en todos los análisis realizados se han incorporado variables de control de naturaleza socioeconómica (relación con la actividad y nivel educativo), obteniendo siempre resultados significativos sobre la salud subjetiva para las diferentes situaciones y eventos familiares. Pero la posición relativa de la familia como determinante social de la salud no ha sido evaluada únicamente respecto al estatus socioeconómico del individuo, sino que también se han tenido en cuenta el capital social, la nacionalidad y la salud objetiva. El capital social ha sido incluido debido tanto a su probada relación con la salud como a la intención de controlar si las relaciones sociales más allá de la familia podrían hacer que esta dejara de ser significativa. La nacionalidad ha sido incluida debido a que se trata de una aproximación, principalmente en el caso de la diferenciación entre nacionalidades de dentro y fuera de la Unión Europea, al nivel de vulnerabilidad social de los individuos a igual perfil sociodemográfico. Y por último, la salud objetiva ha sido tomada en cuenta, tal y como ya ha sido explicado, con el objetivo de controlar si a igual situación en este tipo de salud la dimensión subjetiva de ésta sigue mostrándose sensible a los diferentes determinantes sociales analizados.

Los resultados han mostrado de nuevo diferencias entre hombres y mujeres. El peso explicativo de la familia como determinante social de la salud subjetiva es mayor en el caso femenino, donde su importancia se sitúa por encima de las variables de estatus socioeconómico individual. Por el contrario, entre los hombres el estatus socioeconómico presenta una mayor capacidad explicativa de las desigualdades en salud respecto a la familia. Este resultado va en la línea de lo hallado en trabajos previos que han mostrado la relevancia del hogar a la hora de explicar las desigualdades en salud entre la población femenina (Martikainen et al. 2005).

¿Diferencias o desigualdades en salud entre hombres y mujeres?

A lo largo de las conclusiones se han apuntado diferencias entre hombres y mujeres tanto en la relación entre familia y salud subjetiva, como en los mecanismos que articulan esta relación así como en el peso explicativo de esta relación sobre las desigualdades en salud globales. Pero,

¿podemos hablar realmente de diferencias, o deberíamos hablar de desigualdades? Cuando se explora la salud de hombres y mujeres, y especialmente en el caso de su dimensión subjetiva, siempre aparece una duda: qué parte queda determinada por las diferencias biológicas, y qué parte se debe a las desigualdades de género presentes en todas las sociedades en un mayor o menor grado.

El hecho de trabajar con salud subjetiva permite explorar la influencia sobre la salud de las desigualdades de género, ya que lo que tenemos en cuenta es cómo se siente cada individuo a partir de una aproximación integral al estado de salud más allá de la simple influencia biológica. La “paradoja de salud y mortalidad entre sexos” apuntada anteriormente podría invitar a pensar que lo que sucede es que las mujeres muestran una mayor tendencia a declarar una peor salud que los hombres. Sin embargo, en el tercer artículo se muestra un resultado significativo que pondría en duda la afirmación anterior. Los valores de las constantes para los modelos de regresión lineal sobre la asociación entre la calidad de vida relacionada con la salud y los determinantes sociales de la salud (posición en el hogar, relación con la actividad, nivel educativo, capital social y nacionalidad), controlando mediante salud objetiva (dolor físico y número de enfermedades crónicas diagnosticadas) han resultado ser iguales para hombres y mujeres. Este resultado implica que, a igual perfil sociodemográfico y de morbilidad, no se observan diferencias entre sexos en la percepción de la salud medida a través de la calidad de vida relacionada con la salud. Por tanto, la peor salud subjetiva declarada por las mujeres no parece tratarse de una simple cuestión de un punto de partida más pesimista *per se*, sino que además de las diferencias en el perfil de morbilidad de carácter biológico, existe un efecto significativo derivado del desigual perfil social entre hombres y mujeres.

Centrándonos en la relación entre familia y salud subjetiva, la mayoría de las diferencias entre hombres y mujeres expuestas anteriormente pueden ser interpretadas a partir de la perspectiva de género. La construcción de la identidad masculina y femenina ejerce una fuerte influencia sobre la percepción de los individuos, sirviendo como catalizador del efecto de la familia sobre la percepción de la salud. Entre los hombres, el mayor peso del mecanismo de selección estaría estrechamente ligado a la conceptualización de la identidad masculina (MacInnes, 1998). Por ejemplo, tradicionalmente los hombres han asumido el papel de proveedor de recursos económicos en el hogar, el cual está significativamente asociado a su capacidad para participar en el mercado laboral. A su vez, esta participación está muy condicionada por el estado de salud de los individuos. Esto nos lleva a la conclusión de que los hombres cuya salud garantiza su potencial rol de *breadwinners* tendrían una mayor

probabilidad de mantener una relación de pareja, además de tener descendencia en el marco de esa relación.

Otro resultado con un fuerte vínculo con las identidades tanto masculina como femenina es el mayor efecto sobre la salud subjetiva de los hombres de la convivencia con hijos, lo cual parece contradictorio con la tradicional mayor dedicación femenina al cuidado de estos, así como con los efectos sobre la salud de la “doble presencia” derivada del rol de trabajadora y madre en relación al incremento del estrés, la ansiedad y el malestar (Balbo, 1978; Rosales, 2003). La convivencia con hijos lleva implícita un incremento de la carga de trabajo reproductivo, sobre todo en el caso femenino, que afecta al día a día de los individuos en aspectos como las horas de sueño, las pautas de alimentación, el estrés, etc. (OSM, 2005). En la actualidad los hombres siguen mostrando una falta de asimilación o asimilación insuficiente de la dualidad trabajador-padre (Goldsheider 2000). Asimismo, la construcción de la identidad masculina y femenina da una diferente importancia a la paternidad y la maternidad (MacInnes, 1998; García-Mina, 2003), provocando que las mujeres tengan una visión más positiva de las labores de crianza de los hijos, lo cual eleva su tolerancia a este tipo de situaciones. Por tanto, en este caso, estaríamos ante una situación en la cual la desigualdad histórica en la dedicación al cuidado de los hijos ha influido sobre la percepción de los individuos sobre una misma situación. En el caso de las mujeres, les ha creado una alta tolerancia hacia este tipo de tareas, lo cual conlleva que incluso su salud subjetiva mejore en el momento de tener un/a hijo/a, mientras que en el caso masculino su mayor implicación en el cuidado de los hijos en comparación con el pasado, aunque sin llegar aún a igualar a las mujeres, hace mayor mella sobre su percepción.

Esta mayor tolerancia por parte de las mujeres a las tareas de cuidado de los hijos no significa que debemos dar por buena esta situación, ya que además de ser el origen de desigualdades de género, afecta a la salud de éstas. El hecho de que la monoparentalidad sea la situación que penaliza en un mayor grado su salud, unido al efecto de causalidad de la experimentación del final de la convivencia en pareja son buena prueba de ello. Las dificultades derivadas de la ruptura del modelo patriarcal de familia con un sustentador principal masculino deja en una situación de mayor vulnerabilidad económica a las mujeres (Bartfeld 2000; Madruga 2006). Este descenso de su estatus socioeconómico en el momento de finalizar una relación se debe sobre todo a sus dificultades para reincorporarse al trabajo remunerado como consecuencia de la mayor discontinuidad en sus carreras profesionales derivada de su dedicación a las tareas domésticas y de cuidado, así como a la menor retribución por su trabajo a igual situación que los hombres (Sarrió et al., 2002). Esta situación puede condicionar la capacidad de poder

delegar en el mercado algunas de las tareas de trabajo doméstico y de cuidado, incrementando de este modo el estrés procedente del hogar. Hay que tener en cuenta, además, que tras un proceso de ruptura de pareja, el estado de monoparentalidad es mucho más frecuente entre las mujeres debido a la mayor concesión de la custodia de los hijos a las madres (en España en 2009, el 88,7% de los casos de ruptura de la pareja conllevó la custodia de la madre; INE, online). Por tanto, las mujeres muestran tener menos recursos para afrontar una situación a la cual se ven expuestas con una mayor frecuencia que los hombres, reflejándose este hecho sobre su salud.

Limitaciones y posibles líneas de trabajo futuras

En la presente tesis doctoral se ha dado respuesta a las diferentes preguntas de investigación planteadas en cada uno de los cuatro trabajos principales, las cuales a su vez han abierto la puerta a nuevas cuestiones que pueden ser abordadas en el futuro.

Uno de los retos futuros sería el de explorar los vínculos entre el análisis de la familia como determinante social de la salud con otras líneas de trabajo en el estudio de la familia. En esta dirección se podría buscar la influencia del mecanismo de selección entre los hombres y el mercado matrimonial, aportando explicaciones de naturaleza contextual a las ya propuestas desde la perspectiva de género. Este posible efecto contextual provendría de la diferencia de efectivos entre generaciones que se observa en la población española desde hace años, la cual influye sobre el mercado matrimonial en combinación con la diferencia media de edad entre hombres y mujeres al primer matrimonio (aproximadamente dos años). Los hombres de la misma generación buscan pareja entre las mujeres de las generaciones más jóvenes, menores en número. Esto ha llevado a que exista un desequilibrio entre el número de hombres y mujeres dentro del mercado matrimonial que ha otorgado a las mujeres una mayor capacidad para seleccionar a sus parejas en base a una diversidad de factores, entre los cuales parece encontrarse el estado de salud, a tenor de la influencia del mecanismo de selección entre los hombres (Cabré, 1993 y 1994). Este trabajo estaría altamente condicionado al acceso a fuentes de datos longitudinales con un seguimiento temporal de los individuos suficiente para estos propósitos.

Otra posible línea futura de trabajo podría ser la de tomar la información de cada individuo con la de su pareja, pudiendo de este modo evaluar los posibles efectos de las características

de uno de los miembros de la pareja sobre la salud del otro miembro. O lo que es lo mismo, se trataría de explorar si existen diferencias internas en la situación ventajosa de salud entre la población que convive en pareja según si los perfiles sociodemográficos de los dos miembros son similares (homogamia) o diferentes (heterogamia). Trabajos en este campo han mostrado que aunque las situaciones de homogamia (en edad, nivel educativo y lugar de origen) (Esteve y Cortina, 2007) continúan siendo las más frecuentes, se observa una tendencia hacia el aumento del peso de las parejas con un perfil heterogéneo, lo cual implica un incremento en la diversidad de perfiles entre las parejas españolas. Siguiendo la misma idea de indagar en las diferentes situaciones familiares de manera específica, podría extender el análisis a las diferentes formas familiares emergentes, siendo la monoparentalidad la que a priori resultaría de mayor interés a raíz de su clara relación con la salud encontrada en el presente trabajo.

La presente tesis doctoral se ha centrado básicamente en el caso español, pero ahondar más en la comparativa internacional posibilitaría entender cómo funciona la relación entre familia y salud en países con diferentes niveles de desigualdades de género, pudiendo de este modo orientar la definición de políticas públicas futuras sobre la salud poblacional a través de la familia y las desigualdades de género. En este sentido, la propuesta presentada en el tercer artículo de la tesis de aproximar la familia a partir de la posición en el hogar de cada individuo permitiría realizar esta comparativa internacional, ya que tiene en cuenta la diversidad de situaciones familiares que se dan en el conjunto de países europeos.

Por último, quedaría proponer nuevas ideas de cariz metodológico para superar las limitaciones actuales derivadas de las fuentes de datos utilizadas, así como complementar los resultados obtenidos. El corto periodo de seguimiento de los individuos en las fuentes de datos longitudinales utilizadas no ha permitido establecer cuál sería la relación entre familia y salud a lo largo de la trayectoria vital de las personas. La utilización de datos de naturaleza retrospectiva no ha permitido superar esta limitación debido al efecto de selección por supervivencia mostrado en el segundo artículo. Además, todos los análisis de naturaleza cuantitativa podrían ser complementados mediante técnicas de tipo cualitativo, las cuales podrían destapar posibles situaciones tanto familiares como de salud que no pueden ser captadas mediante las respuestas a un cuestionario cerrado.

Referencias

- Balbo, L. (1978). "La doppia presenza". *Inchiesta*, 32:3-7.
- Bartfeld, J. (2000). "Child support and the postdivorce economic well-being of mothers, fathers and children". *Demography* 37(2): 203-213.
- Brockmann, H. y Klein T. (2004). "Love and death in Germany: The marital biography and its effect on mortality". *Journal of Marriage and Family*, 66: 567-81.
- Cabré, A. "Volverán tórtolos y cigüeñas" en Garrido y Gil C.(eds) *Estrategias Familiares*. Madrid: Alianza (1993).
- Cabré, A. (1994). "Tensiones inminentes en los mercados matrimoniales" en El mundo que viene. Madrid: Alianza Editorial.
- Esteve, A. y Cortina. C. (2007). ¿Con quién se emparejan los españoles? Homogamia conyugal por edad, nivel de instrucción y origen geográfico. en Cabré, A. (eds) *La constitución familiar en España*. Madrid, Fundación BBVA.
- Goldsheider, F. K. (2000). "Men, children and the future of the family in the third millennium". *The Futurist*, 32:527-538.
- García-Mina, A. (2003). *Desarrollo del género en la feminidad y la masculinidad*. Madrid, Narcea.
- Instituto Nacional Estadística (INE) (online). Consulta realizada el 27 de Noviembre de 2013. (<http://www.ine.es/prensa/np673.pdf>)
- Joung, I. Dike, H. Stronks, K. Van Poppel, F. y Mackenbach, J. (1998). "A longitudinal study of health selection in marital transitions". *Social Science and Medicine*, 46(3): 425-435.
- Lillard L. y Panis, C. 1996. "Marital status and mortality: The role of health". *Demography*, 33(3): 313-327.
- MacInnes, J. (1998). *The end of masculinity: The confusion of sexual genesis and sexual difference in modern society*. Buckingham: Open University Press.
- Madrugá, I. (2006). *Monoparentalidad y política familiar. Dilemas en torno a la madre cuidadora/madre trabajadora*. Madrid, CIS.
- Martikainen, P. Martelin, T. Nihtilä, E. Majamaa K. y Koskinen. S. (2005). "Differences in mortality by marital status in Finland from 1976 to 2000: Analyses of changes in marital-status

distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death". *Population Studies*, 59(1): 99-115.

Observatorio de Salud de la Mujer (OSM). 2005. Salud y Género 2005. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. Consulta 15 de mayo 2013

(<http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/InfomeSaludyGenero2005.pdf>)

Oksuzyan, A. Petersen, I. Stovring, H. Bingley, P. Vaupel, J.W. y Christensen, K. (2009). "The male-female health-survival paradox: A survey and register study of the impact of sex-specific selection and information bias". *Annals of Epidemiology* 19: 504-511.

Rosales, R.M. (2003). *Trabajo, salud y sexualidad: las cargas de trabajo laborales y reproductivas en la salud de las mujeres*. Barcelona, Icaria Editorial.

Sarrió, M., Barberá, E., Ramos, A., y Candela, C. (2002). "El techo de cristal en la promoción profesional de las mujeres". *Revista de Psicología Social*, 17(2), 167-182.

Waite, L. (1995). "Does marriage matter?". *Demography*, 32(4): 483-507.

SUMMARY

Introduction

In advanced societies, the family remains a basic institution of resource distribution in addition to the labor market and the state. In Spain, where the welfare state plays a subsidiary role to that of the family (Abrahamson, 1995; Ferrera, 1996), the family's importance is even higher. In addition to being an institution that supplies resources (e.g., economic resources, care, social capital, knowledge) among its members by a process of interchange, the family is also a space where experience a distinction to access to these resources as well as to responsibilities and social opportunities. Understood in terms of the household, which represents the basic unit of cohabitation among individuals who combine their efforts to obtain their basic necessities, the family is organized according to inequities with respect to the access to resources or the responsibilities of membership in the household (Hughes and Waite, 2002). Typically, this exchange of resources depends on rules that define the relationship between men and women that are based on historical sociocultural norms related to gender contracts (Hirdman, 1998). An imbalance in the interchange of and access to these resources could result in health inequities.

The study of the family as a social determinant of health focuses on the intermediate determinants between the individual and the collective levels. This type of determinant has been less often analyzed using quantitative approaches than socioeconomic (Raphael, 2006). The interest in social factors such as family occurs in a health context that is characterized by the progressive improvement in longevity observed in the populations of Western countries. However, in recent decades, it has been found that the trend of reduction of health inequities¹, which initially paralleled the reduction of mortality, has stopped or reversed and displayed an increase (Stephens, 1998; Marmot, 2005). This phenomenon has placed the study of the social determinants of health at the center of strategies to improve population health in the short, medium and long term. This focus was validated after it was verified that the social factors linked to health inequities played an important role in reducing mortality throughout the twentieth century (Evans et al., 1994; Williams, 1998; Davey et al., 2001; Raphael, 2006).

From this perspective, the inclusion of the family among the social determinants of health facilitates a more comprehensive view of the origin and behavior of health inequities.

¹ Health inequities are avoidable inequalities in health between groups of individuals within and between countries. These inequities arise from inequalities within and between societies (WHO, 2007).

Concretely, demography has been interested in the relationship between family and health while expanding on prior research within the discipline on both factors, although they were examined independently. Studies in this research field exhibit an evolution. First, studying the relationship between partnership status and health was investigated. Then, the range of family relationships was considered (Waite, 1995; Hughes and Waite, 2002 and 2009; Joutsenniemi, 2007). The study of the relationship between the family and health has not been restricted to the bond between these two factors. Recently, attention has begun to be focused on the mechanisms that explain the nature of the relationship between the factors (selection or causation) (Joung et al., 1998; Brockmann and Klein, 2004). This sequence in the evolution of the study of the association between family and health serves as a reference to define the order and the objectives of each of the four articles that form the backbone of this thesis.

Using complementary methodological approaches (retrospective, cross-sectional and longitudinal), the thesis examines the role of the family as a social determinant of health. Health's subjective dimension was selected for study because of its inclusion within the comprehensive definition of health proposed by the World Health Organization (WHO)². The idea of family is as the family ties that exist in a household. The overall objective has been divided into five specific goals:

- 1) First, the nature of subjective health was examined using a demographic study of trends in Spain from the 1980s to the present. Additionally, subjective health and mortality trends were compared. In this way, the explanatory capacity of subjective health and its relationship with objective health in Spain was assessed.
- 2) Second, the relationship between partnership status and health in European populations aged 50 and over was analyzed to determine whether this relationship varies at this age as a consequence of a possible survival selection effect. The analysis was restricted to this age group because previous studies noted that the relationship between the two factors could differ for this age group compared with the pattern found in younger populations (a privileged position in terms of health for those who live with their first partner compared with those who remain single over the long term, separate or divorce or form second unions) (Goldman et al., 1995; Regidor et al., 2001; Bardage et al., 2005)
- 3) Third, the thesis aimed to extend the analysis of the relationship between family and health beyond partnership status through a new approach that included the position

² Health is a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity.

within the household. This approach seems better suited to the characteristics of the Spanish family (in Spain, a higher percentage of the adult population lives at the parent's home than in the other European countries).

- 4) The fourth objective was to measure the family's relative importance as a social determinant of health compared with other factors that have largely proven to be related to health, such as activity status, education, social capital and nationality (Marmot, 2005; Rogers, 1996; Berkman et al., 2000; Swallen, 1997; Abraído-Lanza et al., 1999).
- 5) Finally, the two major mechanisms involved in the relationship between family events and health of individuals were assessed: selection and causation. This assessment enabled a more precise understanding of how the relationship between family and health for men and women presented in the thesis was established.

The thesis has three main sections. The first section introduces the general framework and the concepts of subjective health and the social determinants of health. The second part consists of four articles in which the five specific aims described above are addressed while adapting the methodological approach to each aim. Finally, a third section is presented where the main findings of the four articles are summarized and discussed from a gender perspective as well as the limitations of the thesis and future research are pointed out.

Presentation of the articles

The thesis was organized from a thematic approach to the analysis of family as a social determinant of health during the last three decades. The four articles described below have the aim to contribute to this research field with new results taking the previous knowledge as a reference.

First article: “¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetiva de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud”. (Does self-rated health inform on objective health status? Some conclusions from a demographic analysis of microdata from the Spanish Health Interview Survey).

The aim of this article within the whole thesis is to explore the subjective health profile of the Spanish population. For that, two concrete aims have been defined which are approached by a

cross-sectional methodology. First, it is described the Spanish subjective health profile by the self-perceived health according to age and sex from 1987 to 2006. And second, this profile is compared with the death probabilities of the same age groups and sex for the same period. This comparison is done in order to better understand the relationship between the subjective (self-perceived health) and the objective (mortality) dimensions of health.

The data source used for this aim is the Spanish National Health Survey (ENSE) and only adult individuals (aged 16 and over) are included in the analysis. The results illustrate that the self-perceived health approaches well the health changes across ages and the sex differences in the adult Spanish population younger than 50. For mature and old ages, both dimensions of health present a divergent pattern. The reasons that explain the divergent pattern of subjective and objective dimensions of health are discussed in the article.

Second article: The relationship between health and partnership history in adulthood: insights through retrospective information from Europeans aged 50 and over

The aim of the paper is to assess whether the exceptions in the relationship between partnership status and health showed when old populations are analyzed are a general pattern.

The association between health and partnership status is a growing concern within the social sciences. Some partnership situations exhibit positive effects on health while partnership breakdowns display negative impacts. However, case studies show that these associations may change with age, due to potential sources of heterogeneity within a population. The analysis presented in this paper explored this association over the adult life course (ages 30-64) of Europeans aged 50 years and older based on retrospective information on health and partnership from SHARELIFE (N= 23,535 after data screening). The data allowed us to control for socio-demographic covariates as well as for individual infirmity, measured by childhood health. We also considered contextual survival selection effects by comparing 13 European countries for which pre-adult mortality levels largely differed among the cohorts involved (1907-1958). Discrete-time hazard analyses examined the risk of suffering from a major episode of poor health (self-reported) in adulthood as a function of partnership history, using two approaches: a pooled model and country-specific models.

The results revealed no differences between those who lived with a partner (first union) and single individuals in terms of the retrospective hazards of poor health. We hypothesize that

this result stems from the cumulative effect of survival selection on individuals in advanced ages according to partnership status. The results also partially point to the plausibility of a contextual survival selection, which should be confirmed by further research based on additional health indicators.

Third article: “Posición en el hogar y género: desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud entre la población adulta en España”. (Household position and gender: health related quality of life inequities among the adult Spanish population).

The aim of the paper is twofold. First, it is analyzed the relationship between family and health including partnership status and cohabitation with child/children as well as the position of each individual within the household. This is done by proposition of the concept of “position in the household” which takes into account information of both (relationship with the household nucleus and position of each individual). And second, it is assessed the relative weight of family to explain health inequities according to the main social determinants of health proposed by the literature (socioeconomic, educational status, social capital and nationality).

Another contribution is the application of a gender perspective during the analysis and the discussion of the results. The health status of individuals is approached throughout the health-related quality of life (*calidad de vida relacionada con la salud*, CVRS). Thus, the paper explores the relationship between the position of individuals within the household and the CVRS among the population aged 30 to 64 living in Spain (N=13.258). Microdata from the Spanish sample of the European Health Survey of 2009 are utilized for this purpose. Multivariate linear regression models for males and females are run which include the following controllers: age, labor status, educational level, social capital, nationality and variables approaching individuals' objective health. Results show that, among females, the position within the household is more influential on CVRS than some other individual characteristics. This is not the case among males. One-parent family is the household position that penalize CVRS the most which stands especially for females. Among males, living (or not) in couple is the most influential factor on CVRS. Gender-related determinants are discussed.

Fourth article: “Eventos familiares y salud en España: mecanismos de selección y causalidad”. (Family events and health in Spain: selection and causality mechanisms).

The aim of this paper is to contribute to the debate about the role of selection (individuals are selected according to their health status in order to experience certain family events) and causation (the experience of certain family events influences on individuals' health status) mechanisms in the relationship between family and health.

Concretely, this paper studies the selection and causality mechanisms established in relation to major family events (the beginning and end of a union and the birth of a child) and self-perceived health in the Spanish population for individuals between the ages of 20 and 54 years. Spanish sample data are used from the European Union Survey on Income and Living Conditions (SILC) for the 2004-2009 period, on the basis of which logit multivariate models for panel data were applied, controlling for age, activity status, educational level, living with children and initial health (only in causality models). The results show signs of both selection and causality effects between family events and health with differences between men and women. For men, a significant influence of selection by health was observed: men with poor health have a higher likelihood of ending a union and a lower probability of having a child. On the contrary, among Spanish women, greater influence of the causality mechanism was observed. Thus, women's health is negatively affected by the termination of a union and positively affected by the birth of a child. These differences between men and women are attributable to the gender roles described and discussed in the study.

Summary of results

Self-perceived health shows a stable pattern in Spain from 1987 to 2006 according to sex and age. This stable pattern is characterized by a gradual increase of the values of poor health by age as well as confirming the male-female health-survival paradox (better female survival values respect to men, though men declare a better health status). This paradox by sex seems to be partially produced by the influence of social determinants of health, as it pointed out for the family in this dissertation. Indeed, it is found that when the relationship between subjective health (measured in this case by the quality of life related to health) and various social determinants (family, under activity, educational level, social capital, nationality) is

controlled for the objective state of health and age, the intercept of the independent regression models by sex are equal for men and women.

The comparison between the mortality pattern (objective health) and the poor self-perceived health (subjective health) shows two different tendencies according to two large age groups. Among young and adult population, both indicators show a similar pattern with parallel trends in both sexes. However, mature and old ages acquaints a divergent pattern between both indicators where the increase by age is lower than in previous ages in men and women, whereas mortality keeps the trend showed in younger ages. Thus, it was included control variables related to the objective in all the multivariate analyses in order to obtain the net relationship between family and subjective health. The way to control for objective health varied depending on the used data source and the applied methodological approach.

Looking to the relationship between family and health, it shows to be consistent. Its effects are apparent in all the age groups analyzed, immediately among adults where family events are experienced, and later at advanced ages. The conducted analysis of the relationship between partnership biography and health informed that when only old population is considered, the patterns of this relationship have certain differences from those found among young and adult individuals. The 13 analyzed European countries reported similar results from pooled and country-specific models. When the range of ages 30-64 is analyzed by retrospective data from individuals aged 50 and over at the time of the interview, the usual advantageous health status of those living with a partner in a first union compared to single individuals becomes no significant.

Some results obtained in these models go in the direction of a possible selection survival effect, though the most consistent ones come from the pooled model. First sign comes from the comparison among the risks of poor health of these countries. Taking the Netherlands as a reference because is the country which showed the lowest infant mortality values during the interwar period, the majority of the other countries show higher risks of poor health which is consistent with the values of infant mortality at those times. However, the only countries that show equal or even lower risk of poor health than the Netherlands are three of the four countries with the highest infant mortality values at the reference period. A second result in the direction of a likely survival selection effect is the fact that the variable "age at the time of the survey", equivalent to the cohort of birth, showed that older ages (older cohorts) display lower risk of poor health than younger individuals. Both results are contrary to what it would be expected a priori, unless there has been an effect of survival selection.

The divergent pattern between subjective health and mortality in old ages as well as the solid signs of a likely survival selection effect on the relationship between family and subjective health at these ages has suggested restricting the results below to young and adult ages. Indeed, it is observed a close relationship between family (approached by position in the household) and subjective health (approached by health related quality of life) (*calidad de vida relacionada con la salud*, CVRS) at the range of ages 30-64.

On one hand, the household position “living with a partner with no children” is the one which displays better CVRS values in comparison with the other positions, being this difference rather significant for men. On the other hand, household positions related to not living with a partner like living at parent’s home, living alone and one-parent families, show the lowest CVRS values, being the two first positions worst for men, whereas the last two situations are worst for women, specially one-parent families. According to living with children, results show that this situation buffers the advantaged situation in terms of health of those who live with a partner, showing intermediate CVRS values between the best and the worst household positions. This effect is rather noticeable among men who already show lower significant values of HRQL when they live with a child, whereas women only show a significant drop in their values when they live with at least two children.

Beyond the analysis of the relationship between family and health itself, typified coefficients which are free of the influence of the scale of each variable allow establishing a ranking of variables according to their explanatory capacity. These coefficients reveal an important role of the household position to understand the variability of CVRS within the set of sociodemographic factors analyzed (under activity, education, social capital and nationality) after controlling for age and objective health. Indeed, household position is the third variable according to its explanatory capacity of the CVRS variability among women, immediately after objective health and social capital. In the male case, the explanatory capacity of this variable is similar to the female case, with the only difference that the activity status has a higher explanatory capacity than family among men.

The relationship between family and health seems to be established throughout two mechanisms, selection and causation, with differences according to sex. Results only show significant results for the family events of finishing a union and the birth of a child, leaving doubts in the case of beginning of a union. Men show meaningful signs of a selection effect depending on their health status in experience these two family events. A good health status decreases probabilities of finishing a union among those who started their participation in the

survey within the range of ages 25-54, whereas probabilities of having a child rises among men in the range of ages 25-44 who lived with a partner in all their participations in the survey. Furthermore, women do not show signs of a significant selection effect, whereas the meaningful results are in causation effects. Among women in the range of ages 25-44 who lived in a union in their first participation in the survey, the end of a union raises their probabilities of declaring a poor health status, though not immediately. In addition, the birth of a child reduces the chances of declaring poor health among women aged 20-39 old who maintain a relationship throughout the entire follow-up period?, though this positive effect is significant only during the first year.

CONCLUSIONS

Conclusions

Family proves to be an important social determinant of subjective health for the Spanish population. In the four articles from a demographic perspective, three methods (retrospective, cross-sectional and longitudinal) were applied to analyze the relationship between family and subjective health using four complementary data sources: the National Health Survey (1987, 1993, 1996, 2006), SHARE-Life (2008-2009), the European Health Survey (2009) and the European Union Statistics on income and living conditions (EU-SILC) panel survey (2004-2009).

First, the subjective health pattern of the Spanish population older than 15 years was examined and compared with mortality by sex and age for the last three decades. The aim of the comparison was to understand the specificities of this indicator regarding an objective health indicator (mortality), while focusing on recent trends and the age and sex pattern. Second, based on the positive relationship between partnership and health, the likely effect that the survival selection makes to buffer this positive relationship among the older population was examined. The analysis of thirteen European countries raises the consistency of the results as well as it allows for assessing the analysis of survival selection. Third, the impact of the family on subjective health was examined using a cross-sectional method, with a complex approach to both factors. According to family, the indicator was created by information about the individual position in the family nucleus and the nucleus type. To evaluate subjective health, a complex indicator, health-related quality of life (*calidad de vida relacionada con la salud*, CVRS), was used. This indicator enables capturing in greater detail the health differences between young and adult populations, which are frequently characterized by a homogeneous health profile. In addition to analyzing the relationship between these two indicators, the relative position of a family within the framework of the primary social determinants of health proposed in the literature (activity status, educational level, social capital and nationality) was assessed. Last, the bidirectional relationship between family and health (the effect of family on health and vice versa) was explored by evaluating the two mechanisms proposed in the literature: causality (how changes in family status can modify individual probabilities of poor health) and selection (how health status determines the probability of experiencing a certain family event).

Subjective health pattern and its relationship with objective health by sex and age

The Spanish subjective health pattern is characterized by its stability during the last three decades. This stability is the result of a process of the assimilation of the own health status among the older population or a probable bias in the selection of interviewees during the compilation of information. Moreover, this stability suggests the end of the improvement of health inequities that has been observed in other Western countries. In addition to stability, the subjective health pattern exhibits a logical increase in poor health by age and higher values among men in all the age groups. This last point confirms the male-female health-survival paradox: women live longer than men, but they exhibit worse health (Oksuzyan, 2009).

The bond between the subjective and objective dimensions of health is meaningful, primarily among the young adult population, in which both dimensions of health exhibit parallel patterns, whereas these patterns diverge in older populations. This link between these two dimensions of health is observed throughout the presented results, although the health differences are not completely explained by the individual's morbidity profile. These differences display a meaningful relationship with the social determinants of health included in the analyses (the family as the focus of the thesis and the factors included to control for the activity status, educational level, social capital or nationality). This outcome suggests that these differences in health should be considered to be health inequities.

The interference of the survival selection effect on the relationship between family and subjective health

The Spanish case confirms the sensitivity of subjective health to the different family situations which are currently observed. It proves that the family is one of the social determinants of health that may be considered in the design of preventative public health policies, although with differences for men and women. It has been demonstrated how the partnership biography, the position in the household (living alone, being a son or daughter, living in union

with no children, living in union with a child or children, a one-parent family and other situations) and the experience of family events (the beginning and the end of a union, the birth of a child) are consistently related to individual health status. This relationship is observed in the young and adult population, which exhibits a homogeneous health profile, or in the older population, which exhibits a heterogeneous health profile with the inference of factors such as the assimilation of the own health status.

However, the fact of observing this meaningful relationship in the young and adult population or the older population does not imply that a continuous pattern of how this relationship will develop during an individual's life course can be established by combining the conclusions from the partial results for both life stages (young adult and older). In young and adult ages, in which the majority of the voluntary family events are observed, it is possible to establish the direction and intensity of the relationship between family and health. However, this is not possible in the older population because of the cumulative effect on health of long-term family situations like living with a partner and singleness (single individuals at old ages who have been single during their entire life). This cumulative effect selects individuals with better health conditions by survivorship, whereby the grade of this survival selection depends on the relationship between family status and health. On one hand, in family situations that display a negative relationship with health, such as long-term singleness, a higher level of survival selection occurs that decreases the heterogeneity of the health profile of this subpopulation at old and advanced ages (only those who have a meaningful good health status can buffer the negative influence from their family status). On the other hand, the survival selection effect is less intense among those who live in family arrangements that are positively related to health, such as living in a union. This lower selection results in subpopulations with a more heterogeneous health profile at old ages. Therefore, it is difficult to make conclusions regarding the relationship between family and health based on the comparison of populations at old ages with a higher survival selection effect, such as long-term single individuals, with a less selected population, such as those who live with a partner. Although the effect of survival selection on old populations results in greater difficulty in establishing the relationship between family and health in an individual's complete life course, it reinforces the idea that the family's effect is meaningful in determining an individual's health profile. The idea that survival selection is partially defined by individual's partnership status implies that family is a factor that determines the evolution of future populations by its cumulative effect on health.

Family position and subjective health differences

The difficulty of isolating the effect of survival selection on the analysis of the relationship between family and health in advanced ages leads to focus on the young and adult population. During this period in the individual's life course, a higher diversity of family structures is observed, which is relevant when considering the process of family diversification in Spain during the last decades. This process of diversification is one of the main reasons why the impact of family on health is analyzed using the complex indicators of family context and subjective health. For a family, the position of the individual in relation to the family nucleus is considered in addition to whether a nucleus is present and, if so, its type. For health, a composite indicator of subjective health is selected, the health related quality of life (*calidad de vida relacionada con la salud*, CVRS), which enables capturing the health differences in an adult population with a higher degree of detail (typically, this population exhibits a homogeneous health profile).

Our results display a meaningful relationship between the two basic family statuses (living in a union and living with children) and health inequities. In the case of partnership status, our results resemble those of previous studies in the demographic field during last three decades (Waite, 1995; Martikainen, 2005). Those who live in a union declare to have a better health status than those who not, although there are certain nuances according to sex that can be observed when the different partnership statuses are compared. Among men, the positive relationship between health and living with a partner is observed without exception, and the most disadvantaged position is found among those who remain in their parents' home at adult ages, followed by those who live alone. Among women, those who remain in their parent's home do not exhibit any significant difference in terms of subjective health from those who live with a partner, although those who live alone display the same result as men. However, the most disadvantaged family position in terms of health for women is living in a one-parent family (with a child or children but without a partner). This difference between men and women as well as the rest of the sex-based differences introduced in this section are explained from a gender perspective. In fact, the important contribution of this perspective to the interpretation of the results leads to a section dedicated specifically to the gender approach in the final remarks.

The relationship of living with children, which represents the second main family tie that appears in a household, with health is highly conditioned by living with a partner. The previously discussed health penalty of living in a one-parent family is lower or even not significant when individuals live with a partner, with differences once again between men and women. The better subjective health status of those men who live with a partner is buffered by presence of children in the household and depends on the number of children: the higher the number of children is, the lower the subjective health status. However, this worsening never reaches the low levels of the situations related to not living with a partner. In this case, the difference for women is based on the fact that the penalty on health status is only meaningful when the burden of children is high (two or more children). There is no difference in terms of health between living with a partner without children and living with a partner and only one child.

Which are the mechanisms that explain the relationship between family and subjective health?

As is any other social determinant, the family is related to individual health in an indirect way. Thus, to understand the relationship between family and health, it is insufficient to only know its direction and intensity. These results should be complemented by some knowledge about the mechanisms behind this relationship. This thesis examines the two main mechanisms: causation, which is understood as the effect on health of the experience of a family event, and selection, which is understood as health's influence on the probability of experiencing the basic family events. Again, the results differ according to gender. Men exhibit a higher influence of the mechanism of selection in their family trajectory. Specifically, they display higher probabilities of maintaining a union or having a child when they declare to have good health status. From the viewpoint of their partners, women believe that men's health among other factors is an important criterion in determining whether to maintain or terminate a union and whether to have a child.

If we add a hypothetical selection effect in starting a union as it was found in other countries (Joung et al., 1998; Brockmann and Klein, 2004) to the indications introduced in the fourth article (the significant selection effect in maintaining a union and having a child), it would be possible to propose that selection plays a key role in the family trajectory of men. This

proposal would facilitate partially understanding why a high health inequality appears between men according to their partnership status because health would already be involved in the process of starting and maintaining a union. In fact, the maintenance of good health in a union would be eased by the three reasons proposed in the literature that explain the better health status of those who live with a partner: the dissuasive effect regarding risky behaviors, maintenance of a social net, and the economies of scale possible when living in a union. Therefore, we would be observing a cumulative and continuous selection effect over time. This effect is termed cumulative because the sequence of family events (the beginning of a union, the maintenance of this union and having a child) implies that to reach to the last stages (for instance, having a child) requires exposure to the selection effect related to the previous stages (for instance, the maintenance of a union). In addition, the effect is termed continuous because of the duration of the family trajectory of individuals, although there is a circular relationship because of the promotion of good health within a union.

In contrast, women display a higher influence of the causation mechanism, which was *a priori* expected because of the sex-based differences in the subjective health profile and in the relationship between family and this dimension of health. Women do not display any significant impact of a selection effect in the three family events (the start and the end of a union, having a child). However, there are signs of a causation effect after have a child or finishing a union. According to the first family event, women experience a positive effect on their health immediately after having a child, although this effect is not significant after a year. Additionally, according to the second family event, a negative effect on women's health occurs in the medium term, which agrees with the previous result: the women's health penalty of being a member of a one-parent family.

Family in the context of the social determinants of health

Another aim of this thesis was to determine the relative weight of the relationship between family and health to understand the health inequities of the Spanish population. Family is the context where the different types of resources (economic resources, social capital, knowledge, etc.) are distributed. The link of family with other social determinants of health could imply that once these determinants are controlled for the net effect of family would not be significant. In fact, one of the proposed explanations of the health advantage of those who live

with a partner is related to economic issues: the improvement of material well-being as a result of the economy of scale created by living with a partner (Lillard and Panis, 1996).

Therefore, control variables of socioeconomic origin (activity status and educational level) were added in all the analyses performed in the thesis to obtain consistently significant results for the relationship between either family status or family events and subjective health. However, the relative position of family as a social determinant of health was not only assessed with respect to socioeconomic variables. Other social determinants were also considered: social capital, nationality and objective health. Social capital was included because of its demonstrated relationship with health and to control whether social relations outside the family could buffer the family effect. Nationality was included as a proxy of the level of social vulnerability of individuals, primarily in the case of those who were born outside the European Union. As previously explained, indicators of objective health were included to assess whether subjective health is sensitive to differences in the social determinants of health when the health profile is controlled for.

As before, the results revealed sex-based differences. The explanatory capacity of family as a social determinant of subjective health is higher for females, where its relevance is higher than the socioeconomic status of individuals. However, socioeconomic status explains a higher percentage of variability of subjective health inequities than family for men. This fact is consistent with conclusions from previous studies that proposed that family is a relevant social determinant of health among women (Martikainen et al., 2005).

Differences or inequities between men and women?

Differences between men and women have been noted throughout these conclusions, either in the relationship of family to subjective health, in the mechanisms that explain this relationship or in the relative explanatory capacity of family in the context of social determinants of health. However, can we speak about “differences”, or should we say “inequities”? One question arises frequently when the health of men and women is examined independently, particularly when this health is subjective: which share is explained by biological differences, and which share is the result of gender-based inequities?

Research on subjective health facilitates the investigation of the influence of gender-based health inequities because we have information about individual perception from an integral approach that transcends biological influence. The previously mentioned “male-female health-survival paradox” could invite to conclude the conclusion that women have a higher tendency to declare a worse health status than men. However, the third article introduced a significant result that leads in the opposite direction. The values of the intercept of the linear regression models for the relationship between HRQL and the social determinants of health (position in the household, activity status, educational level, social capital and nationality), while controlling for subjective health (physical pain and the number of chronic diseases), were equal for men and women. This fact implies that in case of equal socio-demographic and morbidity profiles, no differences in health perception are found between sexes. Therefore, the perception of women that their health is worse seems to not to be the result of pessimism. Moreover, in addition to biological differences in the morbidity profile, there is a meaningful influence from the unequal social profile of men and women.

Regarding the relationship between family and subjective health, the majority of the previously noted sex-based differences might be understood from a gender perspective. The construction of the male and female identity strongly influences an individual’s perception, interceding between the family’s effect and the individual’s perception of health. Among men, the higher influence of the selection mechanism would be related to the concept of masculinity (MacInnes, 1998). For instance, the role as a breadwinner is meaningfully associated with a man’s capacity to participate in the labor market. Additionally, this capacity is conditioned by the man’s health status. In conclusion, those men whose health status guarantees their potential role as breadwinner are more likely to maintain a union and to have children in this union.

Another result linked to male and female identities is the stronger effect of living with children on men’s subjective health, which seems to contradict the traditional larger contribution by women to childcare and the female “double presence” as paid and unpaid laborers, which is related to increased stress, anxiety and uneasiness (Balbo, 1978; Rosales, 2003). Living with children is related to an increase in the reproductive work burden, primarily for women, which affects the daily life of individuals in terms of, e.g., sleep deprivation and feeding patterns (OSM, 2005). Gender construction theories have proposed an insufficient assimilation of the worker-parent duality by men (Goldsheider 2000). In addition, the construction of the male and female identity awards a different importance to parenthood and motherhood (MacInnes, 1998; García-Mina, 2003). Women perceive childcare positively, which increases their

threshold of tolerance for this type of task. Therefore, in this case, we would be in front a situation in which the historical inequity with respect to the care of children influences individual subjective perception. For women, the higher tolerance for childcare can improve the perception of their health after having a child. For men, the higher implication to these tasks in comparison with the past affects their subjective perception.

The higher tolerance among women for tasks related to childcare does not mean that we should endorse this situation: it is the origin of gender inequities and affects women's health. That the one-parent family is the situation that penalizes women's health the most, in addition to the causation effect of the end of a union are evidence of this fact. Difficulties related to the breakup of the model of patriarchal family makes women economically vulnerable (Bartfeld 2000; Madruga 2006). This worsening of their socioeconomic status is related to the difficulties of returning to the labor market as a consequence of the higher level of discontinuity in their working careers caused their dedication to domestic labor in addition to the lower salaries of women compared with men (Sarrió et al., 2002). This situation can affect women's capacity to pay for domestic help. Additionally, one-parent families occur more frequently among women because they obtain the custody of children more often (in Spain in 2009, women obtain the custody of children in the 88.7% of separations and divorces; INE; online).

Precisely these gender inequities facilitate understanding the differences in the relative importance of the family as a social determinant of health between men and women. Its explanatory power is higher in the case of women, where its importance outweighs individual socioeconomic status variables, unlike for men. This fact emphasizes the need to overcome the androcentric vision of health research (Rohlf, Borrell and Fonseca, 2000; Griffith, 2005). The traditional analysis of health inequities is focused on socioeconomic status (Artazcoz et al., 2004). Therefore, it obviates social determinants of greater importance in explaining health disparities, particularly among women.

Limitations and future research

This thesis has answered the different research questions raised in each of the four articles, which in turn raise new questions that can be addressed in the future.

One challenge would be to investigate the links between the analyses of the family as a social determinant of health and other lines of research in the study of the family. For example, the influence of the selection mechanism among men in the marriage market could be examined, which could provide contextual explanations for the pattern of the current Spanish marriage market from a gender perspective. This contextual effect may originate in the difference in the number of individuals between generations that has been observed in the Spanish population for many years, which influences the marriage market in combination with the average age difference between men and women at first marriage (approximately two years). Men from a given birth cohort compete among themselves in the search for a partner among younger cohorts with a lower number of women. As noted by Cabre (1993 and 1994), this phenomenon has resulted in an imbalance between the number of men and women in the marriage market, which awards women the power to select their partners based on a set of factors. These factors likely include men's health status.

Another possible line of research could focus on couples as the unit of study. Thus, it would be possible to assess the potential effects of the characteristics of one of the partners on the health of the other member. That is, one could assess whether there are internal differences in the advantaged situation in terms of health among the population that lives with a partner depending on whether the socio-demographic profiles of the two members are similar (homogamy) or different (heterogamy). Studies in this field have demonstrated that although the situations of homogamy (age, educational level and place of origin) (Esteve and Cortina, 2007) remain the most common, an increasing number of heterogeneous couples have been observed, which implies an increase in the diversity of profiles for Spanish couples. Thus, it could be possible to extend the analysis to the emerging family arrangements.

This thesis has focused primarily on the Spanish case. However, an international comparison could help understand how the relationship between family and health functions in countries with different levels of gender inequality. This approach could guide public policy in the field of health and the family. The proposal presented in the third article of the thesis to approximate the family based on the household position of each individual enables this international comparison because it considers the diversity of family situations that occur in all the European countries.

Finally, new ideas about method should be proposed to overcome the limitations imposed by the data sources used. The short follow-up of individuals in longitudinal data sources used in this thesis did not enable establishing the relationship between health and family throughout

the entire life course of individuals. The use of retrospective data prevented us from overcoming this limitation because of the effect of survival selection demonstrated in the second article. All of the analyses introduced in the thesis are based on quantitative methods. These analyzes could be complemented by qualitative techniques, which could undercover possible situations that cannot be captured by a questionnaire.

