



ORIGINAL

Salud autopercebida en ancianos jóvenes españoles y portugueses tras la recesión según la Encuesta Europea de Salud: un estudio transversal



Ana M. Pereira-de-Sousa^{a,*} y Juan A. López-Rodríguez^{a,b,c,d}

^a Departamento de Especialidades Médicas y Salud Pública, Universidad Rey Juan Carlos, Alcorcón, Madrid, España

^b Centro de Salud General Ricardos, Centro de Atención Primaria, Madrid, España

^c Unidad de Investigación, Gerencia Asistencial de Atención Primaria Madrid, Madrid, España

^d Red de Investigación en Servicios de Salud en Enfermedades Crónicas (REDISSEC)

Recibido el 29 de julio de 2020; aceptado el 22 de septiembre de 2020

Disponible en Internet el 24 de abril de 2021

PALABRAS CLAVE

Estado de salud;
Factores socioeconómicos;
Determinantes sociales de la salud

Resumen

Objetivo: Describir el estado de salud autopercebida (SAP) en la población de entre 65 y 74 años de España y Portugal y analizar los factores asociados a buena salud medidos en la Encuesta Europea de Salud (*European Health Interview Survey* [EHIS]) de 2014.

Diseño: Análisis retrospectivo de datos secundarios provenientes de la EHIS de 2014.

Ámbito: Comunitario.

Participantes: Se analizaron todos los individuos entre 65 y 74 años de España y Portugal encuestados con datos disponibles.

Mediciones principales: Se recogió la SAP en cinco niveles (de muy buena a muy mala) con escala Likert, variables sociodemográficas, clínicas, enfermedades crónicas, estilos de vida y utilización de recursos sanitarios. Se realizó un análisis multivariante mediante un modelo de regresión logística (muy buena/buena SAP vs resto) para estudiar el efecto del país ajustado por los diferentes factores sociodemográficos, clínicos y/o de estilos de vida usando estimadores robustos.

Resultados: Se estudió un total de 5.977 sujetos, de los cuales el 42,6% eran hombres y el 57,5% mujeres. La buena SAP varió entre países (52,9% España vs. 19% Portugal; $p < 0,001$) y sexos (44% hombres vs. 31,3% mujeres; $p < 0,001$). Ambos países presentaron elevada multimorbilidad (64,7% España vs. Portugal 76,3%; $p < 0,001$), aunque la distribución de enfermedades crónicas no difirió, salvo depresión (13,2% España vs. 20,3% Portugal; $p < 0,001$). Entre los factores individuales relacionados con la buena SAP encontramos la nacionalidad española (OR: 4,52; IC 95%: 4,05-5,04), el sexo masculino (OR: 1,10; IC 95%: 1,01-2,21), haber completado

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: am.pereira423@gmail.com (A.M. Pereira-de-Sousa).

la enseñanza primaria (OR: 1,28; IC 95%: 1,24-1,31) o superior (OR: 2,43; IC 95%: 1,14-5,17) frente a estudios primarios incompletos, y realizar ejercicio físico dos o más días por semana (OR: 1,87; IC 95%: 1,39-2,5). Factores que afectan negativamente la SAP fueron la presencia de multimorbilidad (OR: 0,19; IC 95%: 0,12-0,31) y la depresión (OR: 0,32; IC 95%: 0,25-0,41).

Conclusión: La presencia de buena SAP es mayor en ancianos jóvenes españoles comparado con portugueses. Tener un nivel de estudios superiores y realizar ejercicio físico regular fueron los factores que más aumentaron la probabilidad de buena SAP.

© 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Health status;
Socioeconomic
factors;
Social determinants
of health

Self-perceived health in Spanish and Portuguese young seniors after the great recession according to the European Health Survey: A cross-sectional study

Abstract

Objective: The aim of this study is to describe self-perceived health (SPH) in Spanish and Portuguese population aged between 65 and 74 years old and to analyze other associated factors measured in the European Health Interview Survey (EHIS) in 2014.

Design: Retrospective secondary data analysis from EHIS 2014.

Setting: Community based.

Participants: Young seniors, people aged 65-74 years old surveyed and with available data from two countries.

Main measurements: For each country and sex, SPH, sociodemographic variables, clinical chronic conditions, lifestyles and utilization of health care resources were described. A multiple logistic regression (very good or good SPH versus remaining levels) with robust estimators was used to assess the country effect adjusted by sociodemographic factors, clinical factors and/or lifestyles.

Results: Good SPH showed variation by country (52.9% Spain vs. 19% Portugal; $P < .001$) and gender (44% men vs. 31.3% women; $P < .001$). Both countries had high prevalence of multimorbidity (64.7% Spain vs. 76.3% Portugal; $P < .001$) and the distribution of chronic diseases was similar with the only exception of depression (13.2% Spain vs. 20.3% Portugal; $P < .001$). Regarding individual factors related with good SPH we found Spanish nationality (OR: 4.52; 95% CI: 4.05-5.04), male gender (OR: 1.10; 95% CI: 1.101-2.21), education level, completing primary school (OR: 1.28; 95% CI: 1.24-1.31) or achieving tertiary level (OR: 2.43; 95% CI: 1.14-5.17) and physical activity of two or more days per week (OR: 1.87; 95% CI: 1.39-2.5). Factors with a negative impact on SPH were multimorbidity (OR: 0.19; 95% CI: 0.12-0.31) and depression (OR: 0.32; 95% CI: 0.25-0.41).

Discussion: Good SPH is higher in Spanish young seniors compared to Portuguese. Having higher level of education achieved and practicing regular physical exercise were two most important factors increasing good SPH.

© 2021 Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La salud autopercibida (SAP) es un indicador fiable del estado objetivo de salud entre poblaciones de distintas características, nivel socioeconómico, edades y con diferentes patologías médicas asociadas^{1,2}. Además, la SAP es un predictor de mortalidad en grupos de nivel socioeconómico alto³, raza blanca⁴ y en el sexo masculino⁵. Posiblemente traduzca un conocimiento individual y global del propio cuerpo, integrando lo que uno sabe de sus afecciones médicas y la exactitud con que lo conoce, especialmente en las enfermedades crónicas⁶.

La falta de equidad en salud, definida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la existencia de diferencias sociales injustas o evitables, determina peores

resultados en salud. El acceso a los sistemas sanitarios, educación, trabajo y vivienda viene determinado por una distribución desigual de poder, ingresos y recursos que colocan no solo nuevos retos éticos, sino también políticos y económicos a nivel global⁷. Al ser un tema de gran interés público por su carácter social, se ha buscado entender qué factores son determinantes en el momento de la toma de decisiones y cómo estos pueden ayudar a disminuir la inequidad actual⁸.

Por otro lado, los determinantes de salud modificables son quizá los factores de mayor impacto a la hora de lograr un mejor estado de salud individual. Varios modelos desarrollados a lo largo del tiempo buscan describir cómo los distintos elementos sociales, económicos y ambientales interactúan con los factores biológicos y

comportamientos modelando el estado de salud. El modelo de Dalhlgren & Whitehead (1991), quizás el más utilizado actualmente, ilustra los determinantes de salud como un modelo en capas: la edad, el sexo y los factores físicos y genéticos como determinantes nucleares y no modificables superpuestos respectivamente por los estilos de vida individuales, redes comunitarias, condiciones materiales de vida y trabajo, y por fin las condiciones medioambientales, socioeconómicas y culturales. Cada uno de esos elementos contribuye a la construcción de la salud individual explorable a través del constructo de la salud autopercibida.

Según datos de la Encuesta Social Europea (EES) de 2014⁹, la mayoría de los determinantes sociales de salud analizados demuestran una clara diferencia entre hombres y mujeres. El consumo de tabaco es más prevalente en los países de Europa Central y del Este, especialmente en Hungría y Lituania, donde casi la mitad de los hombres fuman, mientras que en los países del Norte se registran las tasas más bajas de consumo y porcentualmente similares entre hombres y mujeres. Aunque el consumo de alcohol sea más prevalente en los países del Oeste y del Sur, parece haber un patrón homogéneo del consumo, una vez que la mayoría de los europeos consumen sensiblemente el doble de unidades de alcohol a días de fin de semana, algo que contrasta directamente con el aumento del consumo compulsivo/excesivo, con particular incidencia en el Reino Unido y Portugal⁹. Alrededor del 60% de los europeos consumen frutas y verduras a diario y el 30-35% realizan actividad física cinco días o más de la semana, aunque estos hábitos de salud tienen una distribución más homogénea entre países cuando se compara con conductas nocivas. Las diferencias en estos determinantes de la salud podrían relacionarse con cambios en la SAP individual en cada uno de los países.

Respecto al acceso y a la utilización de los sistemas sanitarios, según datos de la EES, en el año previo españoles y portugueses han sido los europeos que más han recurrido a servicios de atención primaria, superando el 75% de la población estudiada.

Está ampliamente estudiada la caída en SAP conforme avanza la edad¹⁰. En la población entre 65 y 74 años, conocida como primera vejez o ancianos jóvenes (*young seniors*), este aumento es mayor y podría relacionarse con el paso de la etapa activa a la jubilación, al envejecimiento o a la confluencia de enfermedades¹⁰. La multimorbilidad, entendida como la coexistencia de dos o más enfermedades, es una entidad frecuente en este tipo de sujetos y se asocia con un deterioro en la SAP, sentirse deprimido y menor capacidad funcional¹¹. Sin embargo, se dispone de pocos trabajos que analicen los factores individuales responsables de la buena SAP en este tramo etario comparando ambos países, así como la influencia de la nacionalidad en la SAP a pesar de vivir en una región geográfica muy próxima como es la península ibérica.

El objetivo de este trabajo es describir el estado de SAP en la población comprendida entre los 65 y los 74 años de Portugal y España y analizar los factores asociados a la buena SAP medidos en la Encuesta Europea de Salud (*European Health Interview Survey [EHIS]*) en 2014.

Material y métodos

Diseño

Análisis retrospectivo de datos secundarios basado en la EHIS de 2014.

Población y ámbito

La EHIS¹² es una encuesta realizada mediante entrevista personal, a nivel europeo, por los diferentes institutos de estadística de forma sincrónica entre los distintos países sobre el estado de salud, la asistencia sanitaria, los determinantes de la salud y las variables socioeconómicas. Se recogen datos de casi todos los países miembros. Para responder a nuestro objetivo se seleccionaron adultos de entre 65 y 74 años de nacionalidad española¹³ o portuguesa¹⁴ y con residencia oficial en España o en Portugal.

Variables

Principal

La valoración del estado de SAP se hizo con la pregunta de la EHIS¹³: «¿Cómo describiría su estado de salud en la actualidad?», cuyas respuestas posibles son: Muy bueno, Bueno, Regular, Malo y Muy malo. Como en otros estudios, se dicotomizó a 1 = Muy bueno o Bueno y 0 = el resto.

Secundarias

1. *Sociodemográficas*. Edad (recogida en tramos de 65-69 años y de 70-74 años para asegurar la anonimización según criterio EUROSTAT), sexo (mujer/hombre), socioeconómico (construida a partir de la variable ingresos del hogar en 3 categorías, siendo nivel bajo <p20, nivel medio entre p20 y p60 y nivel alto >p60). La variable ingresos del hogar se define como la suma del dinero disponible entre todos los miembros del hogar. Dicha variable es normalizada según una escala de equivalencia de la OCDE (contemplando la dimensión y el número de elementos del hogar). Se incluyó también el número de convivientes y el estado civil. El nivel de estudios recogido previamente según la clasificación ISCED-2011 se categorizó en estudios primarios incompletos, primarios completos, secundarios y superiores.
2. *Clínicas*. Enfermedades crónicas y comorbilidad asociada a partir de un listado predeterminado (HTA, EPOC, asma, IAM, enfermedad coronaria, ictus, dolor lumbar, cervicalgia, alergias, cirrosis, incontinencia, problema renal y depresión), nivel de capacidad funcional (construido a partir de las limitaciones para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria), sensación subjetiva de dolor en el último mes (ausente o leve/moderado o intenso). No se pudieron recoger aspectos de enfermedad mental en España, pues en la EHIS española fueron eliminadas. La multimorbilidad fue definida como tener al menos dos enfermedades crónicas de las preguntadas en el listado estándar de EHIS.
3. *Uso de recursos*. Ingreso en hospital en los últimos 12 meses (no/sí), número de días ingresado referido

- (días), visita al médico de atención primaria en los últimos 12 meses (no/sí), visita a médico especialista en los últimos 12 meses (no/sí), necesidades de salud no cubiertas por razones de lista de espera y/o problemas de movilidad (no/sí) y por dificultades monetarias (no/sí).
4. *Estilos de vida*. Consumo de alcohol en los últimos 12 meses (no/sí), consumo de tabaco en los últimos 12 meses (no/sí), índice de masa corporal (IMC), realización de ejercicio físico (días en una semana y tiempo total dedicado), consumo de frutas y verduras semanal (no/sí), redes de apoyo social y comunitario (suficientes/insuficientes), realización de actividades preventivas (vacunación antigripal anual, medición de la presión arterial en consulta anual, control analítico con glucemia y colesterol anual, sangre oculta en heces en los últimos 3 años, colonoscopia en los últimos 5 años, mamografía y/o citología cervical en mujeres en los últimos 2 años).

Análisis estadístico

Se describieron las variables categóricas mediante frecuencia y porcentajes y las variables cuantitativas con media y desviación estándar. Cuando las variables no se distribuyeron normalmente se caracterizaron usando la mediana y el rango intercuartílico para su tendencia central. Para analizar los factores asociados a la SAP se dicotomizó esta variable: se consideraron las respuestas «bueno» o «muy bueno» tener buen estado de SAP (1 = buen estado) frente al resto de categorías (0 = mal estado). Se modelizó la SAP dicotomizada mediante un modelo de regresión logística para valorar el impacto de un conjunto de variables sociodemográficas (nacionalidad, sexo, edad, nivel de estudios, nivel socioeconómico) y de interés clínico (comorbilidad asociada, depresión, ejercicio físico) ajustado por estimadores robustos teniendo en cuenta el muestreo utilizado. No se realizó imputación de valores perdidos por baja casuística. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata v. 14.0.

Aspectos éticos y legales

La aprobación ética para este estudio no fue necesaria, puesto que utiliza datos de fuentes secundarias obtenidas de la EHIS solicitados al Portal Estadístico Europeo (EUROSTAT). La totalidad de datos fueron entregados por EUROSTAT anonimizados, y este estudio no utiliza en ningún momento información identificable de los sujetos. Además, nos adherimos a las instrucciones de EUROSTAT para el reporte de datos y se omitieron análisis y categorías con menos de 20 sujetos para evitar esa potencial identificación. El Vicerrectorado de Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos autorizó la solicitud de datos previo proyecto enviado y notificado a EUROSTAT para los objetivos de este trabajo.

Resultados

De un total de 41.046 entrevistados entre ambos países se analizaron 5.977 encuestados correspondientes al 52,28% en España y al 47,72% en Portugal. En la [figura 1](#) se recoge el flujograma de sujetos.

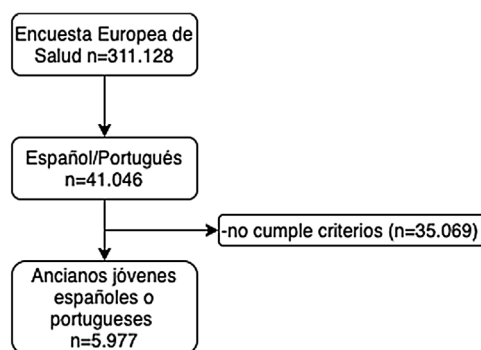


Figura 1 Flujograma de pacientes en el estudio.

La distribución de sexos fue del 57,39% de mujeres y del 42,61% de hombres. La edad de los sujetos fue categorizada con el 54,01% entre 65-69 años y el 45,99% entre 70-74 años. El 47,02% declararon nivel socioeconómico medio. Respecto al nivel de estudios alcanzado, el 20,78% declararon no haber completado la enseñanza primaria y el 52,84% terminaron los estudios primarios. El 68,26% de los encuestados declararon vivir con una o más personas. En la [tabla 1](#) se recogen las características sociodemográficas de la población.

Respecto a sus condiciones clínicas, el 24,96% declararon tener dos o más enfermedades crónicas (multimorbilidad) y el 87,2% consumieron fármacos, suplementos o productos de herbolario prescritos por médico en las 2 semanas previas. No se encontraron diferencias reseñables en la proporción de las enfermedades crónicas más comunes entre las poblaciones portuguesa y española, con excepción de los eventos coronarios (11,3% Portugal vs. 3,2% España; $p < 0,001$) y de la depresión (20,3% Portugal vs. 13,2% España; $p < 0,001$), encontrando diferencias por sexo (8% hombres vs. 22,9% mujeres; $p < 0,01$).

El 52,9% de los españoles consideraron su salud como «buena» o «muy buena», frente al 19% de los portugueses ($p < 0,01$). Desglosado por sexo, el 36,2% de las mujeres españolas perciben su salud como «regular», frente al 28,8% de los hombres ($p < 0,001$). Al ser interrogados sobre la utilización del sistema sanitario en el año previo, el 88,34% acudieron a servicios de atención primaria y el 59,04% a servicios de atención especializada (51,9% Portugal vs 65,7% España). Se encontraron algunas diferencias estadísticamente significativas en la realización de algunas prácticas preventivas, como la toma de la presión arterial por personal sanitario (36,2% hombres vs. 51,26% mujeres; $p < 0,01$) y el control analítico con colesterol y glucemia (35,57% hombres vs. 50,04% mujeres; $p < 0,01$). En la [tabla 2](#) se recogen las variables de SAP, determinantes de la salud y realización de actividades preventivas discriminadas según país y sexo.

En el modelo de regresión logística utilizado para estimar los factores relacionados con una buena SAP se observó que la nacionalidad se relacionó con una mayor probabilidad de referir su salud como «buena» o «muy buena» (OR: 4,52; IC 95%: 4,05-5,04) en españoles respecto de portugueses ajustado por el resto de variables. El género masculino (OR: 1,10; IC 95%: 1,01-1,21) también aumentó la probabilidad de tener una buena percepción de la salud. El aumento del nivel

Tabla 1 Características sociodemográficas de la población

	Totales	España	Portugal	p
Sexo, n (%)				0,011
Hombre	2.547 (42,6%)	1.380 (44,2%)	1.167 (40,9%)	
Mujer	3.430 (57,4%)	1.745 (55,8%)	1.685 (59,1%)	
Edad, años, n (%)				0,71
65-69	3.228 (54,0%)	1.695 (54,2%)	1.533 (53,8%)	
70-74	2.749 (46,0%)	1.430 (45,8%)	1.319 (46,2%)	
Nivel de estudios, n (%)				< 0,001
Primaria incompleta	1.242 (20,8%)	676 (21,6%)	566 (19,8%)	
Primaria completa	3.158 (52,8%)	1.416 (45,3%)	1.742 (61,1%)	
Secundarios	969 (16,2%)	600 (19,2%)	369 (12,9%)	
Superiores	608 (10,2%)	433 (13,9%)	175 (6,1%)	
Ocupación, n (%)				< 0,001
Trabaja	251 (4,2%)	89 (2,8%)	162 (5,7%)	
Jubilado/a	4.901 (82,0%)	2.578 (82,5%)	2.323 (81,5%)	
Cuidado del hogar	703 (11,8%)	441 (14,1%)	262 (9,2%)	
Otros	121 (2,0%)	^a	104 (3,6%)	
Nivel socioeconómico, n (%)				< 0,001
Bajo	824 (15,3%)	257 (10,1%)	567 (19,9%)	
Medio	2.536 (47,0%)	1.232 (48,5%)	1.304 (45,7%)	
Alto	2.033 (37,7%)	1.052 (41,4%)	981 (34,4%)	
Diagnósticos médicos, n (%)				
HTA	2.986 (50,0%)	1.445 (46,3%)	1.541 (54,1%)	< 0,001
Diabetes mellitus	1.208 (20,2%)	547 (17,5%)	661 (23,2%)	< 0,001
Artrosis	2.866 (48,0%)	1.343 (43,0%)	1.523 (53,5%)	< 0,001
Lumbalgia y/o cervicalgia	2.766 (46,3%)	1.155 (37,0%)	1.611 (56,5%)	< 0,001
Depresión	988 (16,5%)	411 (13,2%)	577 (20,3%)	< 0,001
Asma, bronquitis, enfisema, EPOC	649 (10,9%)	290 (9,3%)	359 (12,6%)	< 0,001
IAM, angina, enf. coronaria	421 (7,0%)	100 (3,2%)	321 (11,3%)	< 0,001
Ictus	155 (2,6%)	39 (1,2%)	116 (4,1%)	< 0,001
Cirrosis	67 (1,1%)	41 (1,3%)	26 (0,9%)	0,14
Incontinencia y/o enf. renal	961 (16,1%)	342 (10,9%)	619 (21,7%)	< 0,001
Hogar, n (%)				0,61
Vive solo	1.897 (31,7%)	1.001 (32,0%)	896 (31,4%)	
Vive con 2 o más personas	4.080 (68,3%)	2.124 (68,0%)	1.956 (68,6%)	
IMC, m (DE)	27,4 (4,3)	27,4 (4,3)	27,5 (4,3)	0,58
Consumo tabaco, n (%)	573 (9,6%)	367 (11,8%)	206 (7,2%)	< 0,001
Consumo alcohol, n (%)	3.492 (58,5%)	1.867 (59,8%)	1.625 (57,0%)	0,030

DE: desviación estándar; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; HTA: hipertensión arterial; IAM: infarto agudo de miocardio; IMC: índice de masa corporal.

^a Omitido siguiendo recomendaciones de tablas de EUROSTAT.

socioeconómico se acompaña de una mejoría de SAP (nivel medio OR: 1,58; IC 95%: 1,37-1,82, y nivel alto OR: 1,88; IC 95%: 1,60-2,37, respecto de bajo), y haber completado la enseñanza primaria (OR: 1,28; IC 95%: 1,24-1,31), secundaria (OR: 2,13; IC 95%: 0,90-5,04) o superior (OR: 2,43; IC 95%: 1,14-5,17) logra el mismo efecto cuando se compara con no haber completado los estudios primarios. Realizar ejercicio físico más de dos días por semana (OR: 1,87; IC 95%: 1,39-2,50) aumenta la probabilidad de una buena SAP, mientras que la multimorbilidad (OR: 0,19; IC 95%: 0,12-0,31) y la depresión (OR: 0,32; IC 95%: 0,24-0,41) son factores que la disminuyen (pseudor² = 0,27). En la [tabla 3](#) se presentan

factores asociados a presentar estados de SAP bueno-muy bueno.

Discusión

Resultados principales

La buena SAP varió entre países y en función del género. Entre los factores individuales relacionados con la buena SAP encontramos la nacionalidad española, el sexo masculino, el nivel de estudios y realizar ejercicio físico dos o

Tabla 2 Salud autopercebida, principales determinantes de la salud relacionados con los estilos de vida por país y sexo

	España		p	Portugal		p
	Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres	
<i>Salud autopercebida, n (%)</i>			< 0,001			< 0,001
Muy buena	145 (10,5%)	139 (8,0%)		31 (2,7%)	37 (2,2%)	
Buena	682 (49,4%)	687 (39,4%)		263 (22,6%)	210 (12,5%)	
Regular	397 (28,8%)	631 (36,2%)		627 (53,8%)	894 (53,1%)	
Mala	126 (9,1%)	217 (12,4%)		191 (16,4%)	426 (25,3%)	
Muy mala	30 (2,2%)	71 (4,1%)		54 (4,6%)	116 (6,9%)	
<i>Limitaciones físicas, n (%)</i>						
Para al menos 1 ABVD	13 (0,9%)	31 (1,8%)	0,049	10 (0,9%)	17 (1,0%)	0,68
Para al menos 1 AIVD	29 (2,1%)	32 (1,8%)	0,59	15 (1,3%)	24 (1,4%)	0,75
<i>Actividad física semanal, m (DE)</i>						
Número de días	1,9 (2,8)	1,6 (2,5)	0,002	1,2 (2,3)	1,0 (2,0)	0,005
Tiempo dedicado (h.min)	4,18 (7,51)	2,54 (5,18)	< 0,001	1,26 (3,46)	1,12 (3,03)	0,054
<i>Dolor (último mes)</i>			< 0,001			< 0,001
Ningún o leve	923 (66,9%)	748 (42,9%)		643 (55,2%)	518 (30,8%)	
Moderado a severo	457 (33,1%)	995 (57,1%)		522 (44,8%)	1.165 (69,2%)	
<i>Redes de apoyo social y comunitario</i>			0,052			0,057
Suficientes	1.157 (99,1%)	1.439 (99,7%)		825 (97,5%)	1.177 (98,7%)	
Insuficientes	11 (0,9%)	5 (0,3%)		21 (2,5%)	16 (1,3%)	
<i>Actividades preventivas, n (%)</i>						
Vacuna gripe (último año)	708 (51,3%)	832 (47,7%)	0,044	453 (38,8%)	641 (38,0%)	0,68
Toma PA por personal sanitario (último año)	1.166 (84,8%)	1.562 (89,8%)	< 0,001	992 (85,1%)	1.494 (88,8%)	0,003
Control analítico con colesterol y glucemia (último año)	1.169 (85,4%)	1.538 (88,6%)	0,008	947 (81,5%)	1.439 (85,6%)	0,004
Sangre oculta en heces (últimos 3 años)	207 (15,2%)	219 (12,7%)	0,045	381 (33,0%)	509 (30,4%)	0,15
Colonoscopia (últimos 5 años)	262 (19,1%)	267 (15,5%)	0,007	350 (30,1%)	422 (25,1%)	0,003
Mamografía (últimos 3 años)	—	1.259 (72,7%)		—	1.294 (76,9%)	< 0,01
Citología cervical (últimos 3 años)	—	605 (35,4%)		—	501 (30,2%)	< 0,01

ABVD: actividades básicas de la vida diaria; AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria; DE: desviación estándar; h.min: horas y minutos; PA: presión arterial.

más días por semana. Entre los factores analizados que afectaron negativamente la SAP se encuentran la presencia de multimorbilidad y la depresión.

Diferencias en buena salud autopercebida

Los resultados obtenidos de este estudio coinciden con los obtenidos en revisiones sistemáticas y trabajos previos^{2,15-18} en la misma línea y en poblaciones similares en este tramo etario¹⁹. Este trabajo tenía como objetivo principal estudiar el efecto de la nacionalidad y pone de manifiesto una importante diferencia según esta. La nacionalidad española conlleva una probabilidad cuatro veces mayor de tener una perspectiva más positiva sobre el estado de salud individual

ajustado por el resto de variables. Aunque la SAP se encuentre caracterizada en población española^{15,17,19-22}, son pocos los estudios a nivel europeo donde también se compare Portugal^{9,23}. Se sabe que, independientemente del país, la SAP sufre un deterioro con la edad y de forma homogénea en los países del sur de Europa¹⁶, sin observarse la discrepancia de percepción entre los países estudiados. Estas diferencias finales en SAP entre España y Portugal podrían estar explicadas por lo acotado de la edad en la población de objeto de estudio o incluso por un posible sesgo que afectara a Portugal a la hora de comunicar la salud autopercebida en función de la heterogeneidad de esta medida ya descrita en otros trabajos¹⁸. Otra explicación posible de las diferencias en SAP podría estar en las características intrínsecas a la nacionalidad o a un *sentir nacional* no recogidas ni ajustables en el

Tabla 3 Factores asociados a presentar estados de salud autopercibida bueno-muy bueno

	OR (IC 95% IC)	p
Factores que aumentan		
<i>País</i>		
Portugal	Ref.	
España	4,52 (4,05;5,04)	<0,001
<i>Sexo</i>		
Mujer	Ref.	
Hombre	1,10 (1,01;1,21)	<0,05
<i>Nivel de estudios</i>		
Primarios incompletos	Ref.	
Primarios completos	1,28 (1,24;1,31)	<0,001
Secundarios	2,13 (0,9;5,04)	0,086
Superiores	2,43 (1,14;5,17)	<0,05
<i>Nivel socioeconómico</i>		
Bajo	Ref.	
Medio	1,58 (1,37;1,82)	<0,001
Alto	1,95 (1,60;2,37)	<0,001
<i>Ejercicio físico</i>		
<2 días/semana	Ref.	
≥2 días/semana	1,87 (1,39;2,50)	<0,001
Factores que disminuyen		
<i>Edad, años</i>		
65-69	Ref.	
70-74	0,84 (0,75;0,94)	<0,05
<i>Multimorbilidad (≥2 enfermedades crónicas)</i>		
No	Ref.	
Sí	0,19 (0,12;0,31)	<0,01
<i>Depresión</i>		
No	Ref.	
Sí	0,32 (0,25;0,41)	<0,001
	<i>PseudoR2</i>	0,27
	<i>AIC</i>	5.059,575
	<i>BIC</i>	5.066,165

modelo en esta encuesta en términos de determinantes de la salud distintos de lo socioeconómico, de lo clínico y de los estilos de vida.

Factores asociados

Como factores predisponentes de buena salud autopercibida se coincide con trabajos previos en relación con el género, el nivel socioeconómico y el nivel de estudios. A pesar de tratarse de un tramo etario restringido, el aumento de edad se asoció con empeoramiento de la salud autopercibida. La edad supone un factor relevante, a pesar del rango de estudio tan limitado considerado para los ancianos jóvenes. Existen también diferencias en la distribución de sujetos en los diferentes tramos socioeconómicos y educativos entre España y Portugal, y estos son factores independientes relacionados con la salud autopercibida. En España, en este tramo etario, existe un mayor número de sujetos en niveles educativos secundarios o superiores y nivel socioeconómico medio alto. Se esperaría que este tramo etario de sujetos en

ambos países (jubilados en la salida de la gran recesión de 2014) pudieran mostrar ya similares características teniendo en cuenta el paralelismo en la historia moderna de ambos países desde 1974, tanto en ambas transiciones políticas como en la simultánea incorporación a la Unión Europea. Sin embargo no ocurre, y esto podría ser el reflejo de la historia anterior a esa historia común y, por tanto, podría explicar esas diferencias entre países.

En relación con el género y los estilos de vida, se observa lo que podría coincidir con la ya conocida «paradoja de la morbilidad»²⁴: mujeres que informan de peor salud autopercibida pero que viven más años por contraposición a los hombres. Podría decirse que los estilos de vida en los hombres conllevarían un mayor riesgo de muerte precoz, mientras que las mujeres son más propensas a padecer enfermedades no fatales e incapacitantes. Esta tendencia también se verifica en la actitud proactiva del cuidado evidenciado mediante el uso de recursos sanitarios y la realización de actividades preventivas, reflejando que quizá los hombres son más reacios a pedir ayuda y a asumir una postura activa en el cuidado de su salud²⁵.

Entre los factores negativos relacionados con la salud autopercibida, la presencia de multimorbilidad referida por los encuestados y la presencia de depresión coincide con otros trabajos¹⁵. Estos elementos forman parte independiente del sentimiento de buena salud o mala salud, pues claramente se relacionan con la presencia de enfermedad de forma constatable, tanto el número de enfermedades, que a veces incorpora el número de fármacos y la baja percepción de salud, como la esfera de la salud mental, elemento independiente de la capacidad intrínseca²⁶ de la persona y foco de trabajo de las políticas europeas y de la OMS.

Limitaciones

Entre las principales limitaciones se encuentra la ausencia de datos del módulo de salud mental del conjunto de datos en la encuesta realizada en España. Esto permitiría valorar la comorbilidad psicológica de cada población y quizás explorar posibles diferencias entre ambas. Otra posible limitación es el hecho de que no han participado personas institucionalizadas en las encuestas realizadas, habiendo un riesgo de sobreestimar la buena SAP. Un riesgo asumible y probablemente bajo, una vez que la institucionalización es más característica de edades más avanzadas que la población en estudio (hasta los 75 años), y además muy relacionado con el nivel de dependencia^{11,17,19,24,27}, aunque clásicamente descrito como importante factor predictor de la SAP. En este estudio, apenas una pequeña proporción de los individuos presentaba limitaciones para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, con lo cual no pudieron explorarse esas diferencias clásicamente descritas. Esto es de especial interés porque la población de estudio deseada es aquella con mayor potencial de mejora y que se encuentra en un momento donde posibles cambios podrían relacionarse con grandes mejoras en la salud autopercibida.

Quizá por su naturaleza tan intangible, elementos culturales distintos de las ramas del modelo de Dalhlgren & Whitehead se quedan fuera a la hora de formular estudios e hipótesis sobre cómo luchar contra la inequidad en salud^{28,29}. Al poner en evidencia que portugueses y españoles

perciben su salud de manera distinta, este estudio contribuye a la perspectiva de que la nacionalidad también es un importante determinante social de la salud²⁹.

Puntos clave

Lo conocido sobre el tema

La salud autopercebida es un buen indicador de inequidad en salud. Se ve fuertemente influida por factores sociodemográficos como el nivel socioeconómico, el sexo, el nivel de estudios, el nivel de dependencia y la depresión. Su deterioro conforme avanza la edad es característico de la población anciana.

Qué aporta este estudio

Este estudio añade la perspectiva de nacionalidad como determinante social de la salud una vez que pone en evidencia importantes diferencias en la manera como españoles y portugueses perciben su salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med*. 2009;69:307–16, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>.
- Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, et al. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol*. 2005;34:295–305.
- Dowd JB, Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US? *Int J Epidemiol*. 2007;36:1214–21, <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dym214>.
- Godaert L, Allard Saint-Albin L, Godard-Sebillotte C, Fanon J-L, Drame M. Self-rated health predicts mortality in older Afro-Caribbeans hospitalized via the emergency department. *Innov Aging*. 2017;1 Suppl 1:775.
- Deeg DJH, Kriegsman DMW. Concepts of self-rated health: Specifying the gender difference in mortality risk. *Gerontologist*. 2003;43:376–86, <http://dx.doi.org/10.1093/geront/43.3.376>.
- Pijls LTJ, Feskens EJM, Kromhout D. Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men: The Zutphen Study, 1985–1990. *Am J Epidemiol*. 1993;138:840–8, <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a116787>.
- World Health Organization. Subsanan las desigualdades en una generación. Geneva: WHO; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/social.determinants/thecommission/finalreport/es/>.
- Jepson RG, Harris FM, Platt S, Tannahill C. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: A review of reviews. *BMC Public Health*. 2010;10:538, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-10-538>.
- Eikemo TA, Bambra C, Huijts T, Fitzgerald R. The first pan-European sociological health inequalities survey of the general population: The European social survey rotating module on the social determinants of health. *Eur Sociol Rev*. 2017;33:137–53.
- Gumà J, Cámara AD. ¿Informa la salud autopercebida sobre las condiciones objetivas de salud? Algunas conclusiones a partir del análisis demográfico de microdatos de la Encuesta Nacional de Salud. *Estadística Española*. 2014;56:61–76.
- Palladino R, Lee JT, Ashworth M, Triassi M, Millett C. Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: Evidence from 16 European countries. *Age Ageing*. 2016;45:431–5.
- Eurostat. European Health Interview Survey (EHIS wave 2). 2013.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España. INE. 2014;1-11.
- Instituto Nacional de Estadística. Documento Metodológico. INE. 2014.
- Fernandez-Martinez B, Prieto-Flores ME, Forjaz MJ, Fernández-Mayoralas G, Rojo-Pérez F, Martínez-Martín P. Self-perceived health status in older adults: Regional and sociodemographic inequalities in Spain. *Rev Saude Publica*. 2012;46:310–9.
- Van Kippersluis H, van Ourti T, O'Donnell O, van Doorslaer E. Health and income across the life cycle and generations in Europe. *J Health Econ*. 2009;28:818–30.
- Girón P. Is age associated with self-rated health among older people in Spain? *Cent Eur J Public Health*. 2012;20:185–90, <http://dx.doi.org/10.21101/cejph.a3690>.
- Pfarr C, Schminan A, Schneider U. Reporting heterogeneity in self-assessed health among elderly Europeans. *Health Econ Rev*. 2012;2:1–14.
- Morcillo Cebolla V, de Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Domínguez Ruiz de León P, Rodríguez Barrientos R, Torijano Castillo MJ. Desigualdades en la salud autopercebida de la población española mayor de 65 años. *Gac Sanit*. 2014;28:511–21.
- Gómez-Mármol A, Moya-Nicolás M. Estudio de las dimensiones de la salud autopercebida en mujeres adultas. *Rev Esp Comun Salud*. 2013;4:93–103, <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/RECS/article/view/3360>.
- Machón M, Vergara I, Dorronsoro M, Vrotsou K, Larrañaga I. Self-perceived health in functionally independent older people: Associated factors. *BMC Geriatr*. 2016;16, 66.
- Castro-Vázquez A, Espinosa-Gutiérrez I, Rodríguez-Contreras P, Santos-Iglesias P. Relación entre el estado de salud percibido e indicadores de salud en la población española. *Int J Clin Heal Psychol*. 2007;7:883–98.
- Bačák V, Ólafsdóttir S. Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. *Scand J Public Health*. 2017;45:647–53.
- Gorman BK, Read JG. Gender disparities in adult health: An examination of three measures of morbidity. *J Health Soc Behav*. 2006;47:95–110.
- Gomes R, do Nascimento EF, de Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica*. 2007;23:565–74.
- Beard JR, Jotheeswaran AT, Cesari M, Araujo de Carvalho I. The structure and predictive value of intrinsic capacity in a longitudinal study of ageing. *BMJ Open*. 2019;9:1–11.
- Roqué I, Figuls M, Salvà A, Bolívar I, Rivero T. Tendencias en salud percibida y dependencia de la población mayor española: evolución entre los años 1993 y 2006. *Med Clin (Barc)*. 2012;139:284–9.
- Hruschka DJ. Culture as an explanation in population health. *Ann Hum Biol*. 2009;36:235–47.
- Kagawa Singer M. Applying the concept of culture to reduce health disparities through health behavior research. *Prev Med (Baltim)*. 2012;55:356–61.