

Original

# Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: educación y hogar en España



Jordi Gumà<sup>a,b,\*</sup>, Bruno Arpino<sup>a,b</sup> y Aïda Solé-Auró<sup>a,c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Ciencias Políticas y Sociales, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>b</sup> Research and Expertise Centre for Survey Methodology, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

<sup>c</sup> Sociodemography Research Group (DemoSoc), Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 19 de junio de 2017

Aceptado el 23 de noviembre de 2017

On-line el 18 de febrero de 2018

### Palabras clave:

Determinantes sociales de la salud  
Educación  
Hogar  
Género  
Salud autopercebida  
España

### Keywords:

Social determinants of health  
Education  
Household  
Gender  
Self-perceived health  
Spain

## R E S U M E N

**Objetivo:** Explorar desde una perspectiva de género la asociación con la salud subjetiva de la interacción del nivel educativo y la tipología de hogar en el marco de los determinantes sociales de la salud (DSS) en los niveles micro y mezzo.

**Método:** Los datos utilizados proceden de la muestra española de la Encuesta Europea de Condiciones de Vida para el año 2014. La asociación entre la interacción de ambos DSS con la salud autopercebida se ha analizado mediante modelos de regresión logística separados para mujeres y hombres. El modelo con la interacción se ha contrastado con el modelo aditivo para evaluar las posibles ventajas.

**Resultados:** El modelo para la interacción muestra una reducción o incluso la desaparición de los efectos negativos sobre la salud de aquellas tipologías de hogar asociadas con una peor salud cuanto mayor es el nivel educativo, mostrando especificidades propias para cada sexo.

**Conclusiones:** Los perfiles de mala salud de mujeres y hombres se dibujan de manera más precisa al combinar ambos DSS. Entre las mujeres se confirma el papel destacado que ambos DSS tienen para entender sus desigualdades en salud. Entre los hombres, sobre todo aquellos con menor nivel educativo, la interacción destaca una mayor importancia del hogar como DSS. De este modo se podrán diseñar políticas públicas más efectivas para disminuir las desigualdades tanto de género como de salud.

© 2018 SESPAS. 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/>).

## Social determinants of health at distinct levels by gender: education and household in Spain

### A B S T R A C T

**Objective:** To explore from a gender perspective the association with subjective health of the interaction between education and household arrangements within the framework of social determinants of health placed at the micro and mezzo levels.

**Methods:** The data comes from the Spanish sample of the European Union Statistics on Income and Living Conditions for 2014. Independent logistic regression models for men and women were run to analyze the association with subjective health of the interaction between education and household arrangements. An additive model was run to assess possible advantages over the interaction approach.

**Results:** The interaction models show a lower or even no significant effect on health of household arrangements usually negatively associated with health among individuals with high education, displaying specific patterns according to sex.

**Conclusions:** Health profiles of women and men are more precisely drawn if both social determinants of health are combined. Among the women, the important role was confirmed of both social determinants of health in understanding their health inequalities. Among the men, mainly those with low educational achievement, the interaction revealed that the household was a more meaningful social determinant of health. This could enable the definition of more efficient public policies to reduce health and gender inequalities.

© 2018 SESPAS. 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/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jordi.guma@upf.edu](mailto:jordi.guma@upf.edu) (J. Gumà).

## Introducción

Los determinantes sociales de la salud (DSS) han permitido entender las diferencias en salud cuyo origen va más allá de la biología, siendo de gran ayuda en la definición de políticas de salud pública<sup>1,2</sup>. Los múltiples DSS identificados pueden ser clasificados siguiendo diversos criterios, entre los cuales destaca el *Rainbow Model* de Dahlgren y Whitehead<sup>3</sup>. Este modelo propone tres posibles niveles dependiendo de si se trata de características propias de las personas (micro) o del contexto en el que se localizan las interacciones de diversas personas (mezzo en el caso del contexto más cercano –familia, lugar de residencia, etc. – y macro en el contexto más general –políticas públicas, características socioculturales, medios de comunicación, etc.–).

La mayoría de los trabajos empíricos se han centrado en los DSS localizados en el nivel individual o micro, destacando aquellos relacionados con el perfil socioeconómico (educación, relación con la actividad, salario, etc.). Sin embargo, factores pertenecientes a los dos niveles contextuales han mostrado también una alta capacidad para explicar las diferencias en salud en el ámbito poblacional, como el tipo de hogar (definido a partir de las relaciones de parentesco existentes entre las personas que residen en él)<sup>4</sup> en el nivel intermedio o mezzo, o las políticas de salud pública dentro del nivel macro<sup>5</sup>.

Nuestro interés se centra en explorar la interacción de DSS de niveles distintos, para entender si las posibles ventajas o desventajas derivadas de las características relacionadas con el perfil socioeconómico de mujeres y hombres se ven mitigadas o amplificadas dependiendo de su contexto, y viceversa. Para ello exploramos, en la población española adulta (30-59 años), la combinación entre nivel educativo y tipo de hogar, dos destacados DSS de los niveles micro y mezzo. La complejidad de la interacción de estos dos DSS no podría entenderse en su totalidad sin tener en cuenta el género, identificado en el ámbito de estudio de los DSS como un factor de estratificación social vinculado a formas sistemáticas de discriminación de las mujeres a través de mecanismos asociados con la salud, como el poder, el prestigio o el acceso a recursos<sup>6</sup>. Por tanto, resulta de gran importancia entender si la interacción de ambos DSS muestra diferencias entre sexos.

Una exhaustiva revisión de la literatura ha mostrado que ningún trabajo anterior ha explorado la interacción de ambos determinantes, aunque en algunos trabajos se ha explorado la relación entre hogar y salud incluyendo la educación como variable de control<sup>7-9</sup>. Nuestra hipótesis es que el efecto del contexto (hogar) se verá moderado por las características individuales (la educación), como consecuencia de la capacidad probada de la educación para contrarrestar situaciones negativas *a priori*<sup>10</sup>.

## Salud

La naturaleza multidimensional de la salud conlleva que esta pueda ser medida de diferentes maneras. El indicador de salud escogido ha sido la salud autopercibida, recogida mediante la pregunta «¿Cómo es su salud en general?». La elección se basa en su capacidad de representar de manera general tanto el estado de salud de las personas como la percepción propia sobre la evolución reciente en el tiempo<sup>11</sup>. Precisamente esta capacidad hace que este indicador sea especialmente idóneo para el estudio de las edades adultas, en las cuales los niveles de morbilidad son bajos, aunque los futuros problemas de salud son incipientes.

## Relación entre la salud y el nivel educativo

La asociación entre salud y educación ha sido bien probada por la capacidad de esta última para definir los niveles de estratificación social. Aquellos grupos poblacionales definidos por su bajo nivel

educativo muestran una mayor desventaja en salud, aunque con diferencias entre países debido a sus especificidades en cuanto a comportamientos saludables o políticas públicas<sup>12,13</sup>. En España, a pesar de la progresiva mejora de la salud autopercibida en las recientes décadas, la población con menor nivel educativo ha seguido declarando una peor salud<sup>14</sup>. En el mismo sentido, Alcañiz et al.<sup>15</sup> encontraron que precisamente la población española con menor nivel educativo mostraba peores valores para los indicadores de estilo de vida, como consumo de tabaco, alcohol y sedentarismo, además de mayores problemas para llevar a cabo las actividades diarias.

Tomando como referencia la teoría de la sustitución de recursos (la ausencia de uno o varios recursos socioeconómicos puede ser reemplazada por un mayor peso de los recursos presentes<sup>16</sup>), la discriminación de las mujeres para entrar en el mercado laboral, así como la brecha salarial entre sexos, que en España incluso se ha agrandado como consecuencia de la última recesión económica<sup>17</sup>, han llevado a reforzar la importancia de la educación para la salud entre las mujeres<sup>16,18</sup>.

## Relación entre la salud y el hogar

El hogar como DSS se ubica en el nivel intermedio al entenderse como el contexto común de convivencia de personas emparentadas, entre las que se establece un intercambio continuo y diario de recursos de naturaleza diversa (económicos, emocionales, de cuidado, etc.)<sup>6</sup>. En este sentido, en general, la convivencia en pareja ha mostrado asociarse a un mejor perfil de salud respecto a la población homóloga que no vive en pareja<sup>9,19</sup>. Esta diferencia ha sido justificada por la optimización de los recursos mediante economías de escala dentro del contexto de la pareja, o por la creación y el mantenimiento de una mayor red social que puede ser de ayuda ante posibles inconvenientes<sup>20,21</sup>.

En el caso de la convivencia con hijos/as se observan efectos tanto positivos como negativos sobre la salud. Los positivos se basan en el incremento de la satisfacción vital debido a la recompensa emocional derivada del sentimiento de cumplir un propósito vital<sup>22,23</sup>. En cambio, los negativos derivan del descenso de la capacidad económica del hogar, el incremento de los conflictos de pareja o la dificultad para compaginar los aspectos familiares y profesionales, especialmente en el caso de la mujer<sup>24,25</sup>.

Las normas de interacción de mujeres y hombres dentro del hogar se basan en la formación histórica y social de los contratos de género<sup>26</sup> en torno a la división sexual del trabajo en la esfera productiva y la doméstica. Esta división ha resultado ser históricamente desigual, resultando en una sobrecarga femenina debido a su incorporación progresiva al mercado laboral, mientras que la implicación de ellos en las tareas domésticas no ha crecido al mismo ritmo<sup>27</sup>. Entre las parejas españolas incluso se observa una regresión hacia modelos de repartición de las tareas más tradicionales en el momento de tener hijos/as<sup>28</sup>. Esta mayor dedicación femenina a las tareas de cuidado, especialmente entre aquellas con niveles educativos bajos, ha mostrado erosionar su salud<sup>29</sup>.

Hay diversas razones relacionadas con los dos DSS estudiados, la educación y el hogar, que justifican que nos centremos en el caso de la población adulta española. España ha experimentado una rápida expansión educativa desde la llegada de la democracia, llevando a una gran diferencia generacional en este aspecto<sup>30</sup>. Por lo que respecta al hogar, su estructura está altamente condicionada por la edad a la que se experimentan aquellos eventos relacionados con la formación familiar (emancipación, tener descendencia, etc.)<sup>31</sup>.

## Método

Los datos utilizados proceden de la muestra española de la Encuesta Europea de Condiciones de Vida (EU-SILC) de 2014. Esta

encuesta toma el hogar como unidad de muestreo y recopila información para cada uno de sus miembros, motivo por el cual resulta idónea para nuestro objetivo. Además, su tamaño muestral (12.162 personas nacidas en España para el rango de edad de 30-59 años, 51% mujeres y 49% hombres) permite obtener resultados estadísticamente sólidos. Se ha trabajado con un 94% de los casos iniciales, una vez descartados tanto los casos con información incompleta como aquellas personas que declaran estar incapacitadas para trabajar debido a su salud, como consecuencia de su relación directa con la variable dependiente. La muestra final mantiene la estructura original por sexo y edad.

El rango de edad se ha restringido a 30-59 años debido a su efecto sobre los eventos familiares y al objetivo de evitar el posible sesgo que sobre la salud tiene la transición a la jubilación<sup>32</sup> (la edad media a la emancipación en 2013 era de 27,9 y 29,8 años, respectivamente para mujeres y hombres<sup>33</sup>, mientras que a la jubilación era de 63,1 y 62,2 en 2014<sup>34</sup>).

El nivel educativo original de las personas entrevistadas ha sido agrupado en tres categorías: estudios primarios (finalizados o no), estudios secundarios y estudios universitarios. La estructura del hogar ha sido construida combinando información sobre la convivencia o no en pareja (sea de diferente o del mismo sexo) y con o sin hijos/as. La variable final cuenta con cuatro categorías: 1) no vivir en pareja ni con hijos/as (unipersonal o viviendo con otros familiares); 2) vivir en pareja sin hijos/as; 3) vivir en pareja con hijos/as; 4) vivir con hijos/as sin pareja. En cuanto a la salud, y adoptando la medida propuesta por la Organización Mundial de la Salud<sup>35</sup>, el cuestionario pregunta por la salud autopercebida en los últimos 12 meses con cinco respuestas posibles. Esta es nuestra variable de estudio después de dicotomizarla de acuerdo con la práctica común<sup>36</sup>: salud buena o muy buena (buena salud = 0), salud regular, y mala o muy mala salud (mala salud = 1). Los análisis multivariable se han controlado mediante variables con una probada asociación con la salud: edad (grupos de edad decenales), relación con la actividad (ocupados/as, desempleado/as e inactivo/as) y capacidad económica subjetiva del hogar para llegar a final de mes (fácilmente, bastante fácil, con alguna dificultad y con dificultades).

Para explorar la asociación con la salud de la interacción del nivel educativo y la estructura del hogar se ha creado una nueva variable cuyas categorías son el resultado de combinar ambas variables: los cuatro tipos de hogar según el nivel de estudios de las personas entrevistadas.

La asociación entre el nivel educativo y la estructura del hogar con la salud autopercebida se ha analizado mediante modelos de regresión logística separados para mujeres y hombres, una vez comprobada la diferencia significativa entre sexos (tabla 1). Con el objetivo de comprobar si la combinación de los dos DSS aporta información relevante más allá de la que se obtendría mediante modelos aditivos, se han calculado dos grupos de modelos: educación y hogar por separado (M1), e interacción de ambos (M2). Los dos modelos incluyen las mismas variables de control antes mencionadas.

## Resultados

La tabla 2 muestra cómo el nivel educativo más frecuente en la muestra de personas nacidas en España con edades entre 30 y 59 años es la educación secundaria, seguida por la universitaria y, por último, la primaria. El patrón del tipo de hogar se repite en cada uno de los tres niveles educativos, aunque muestra diferencias entre mujeres y hombres. Para ellos, la categoría más frecuente es la convivencia en pareja y con hijos/as, seguida de la no convivencia con pareja ni con hijos/as (unipersonal o viviendo con otros familiares), vivir en pareja sin hijos/as, y finalmente los

**Tabla 1**

Odds ratios de mala salud autopercebida para mujeres y hombres (30-59 años) nacidos en España

	OR	Sign.
<i>Edad (ref: 30-39 años)</i>		***
40-49 años	1,88	***
50-59 años	3,14	***
<i>Nivel educativo y hogar (ref: universitario/a-pareja con hijos/as)</i>		***
Primaria-no pareja no hijos/as	3,43	***
Primaria-pareja no hijos/as	2,70	***
Primaria-pareja con hijos/as	1,90	***
Primaria-monoparental	2,67	***
Secundaria-no pareja no hijos/as	1,92	***
Secundaria-pareja no hijos/as	1,94	***
Secundaria-pareja con hijos/as	1,42	***
Secundaria-monoparental	2,09	***
Universitaria-no pareja no hijos/as	1,56	**
Universitaria-pareja no hijos/as	1,45	**
Universitaria-monoparental	1,15	
<i>Habilidad económica para llegar a fin de mes (ref: con facilidad)</i>		***
Con gran dificultad	2,38	***
Con alguna dificultad	1,56	***
Con cierta facilidad	1,13	
<i>Relación con la actividad (ref: ocupado/a)</i>		***
Desempleado/a	1,53	***
Inactivo/a	1,69	***
<i>Sexo (ref: hombres)</i>		***
Constante	0,03	***
N	11.462	
R cuadrado Nagelkerke	0,132	

OR: odds ratio.

Fuente: elaboración propia a partir de la muestra española EU-SILC 2014.

hogares monoparentales. Para ellas, la categoría más frecuente es también la convivencia en pareja y con hijos/as, seguida por la convivencia en pareja sin hijos/as, la no convivencia en pareja ni con hijos/as, y finalmente los hogares monoparentales. Aunque este último es el tipo de hogar menos frecuente en ambos sexos, destaca la diferencia en el número de casos entre mujeres y hombres, siendo los valores femeninos siempre superiores en todos los niveles educativos. De hecho, se observa que los hombres con estudios primarios en hogares monoparentales son únicamente 10 casos, lo cual debe tenerse en cuenta en el análisis multivariable.

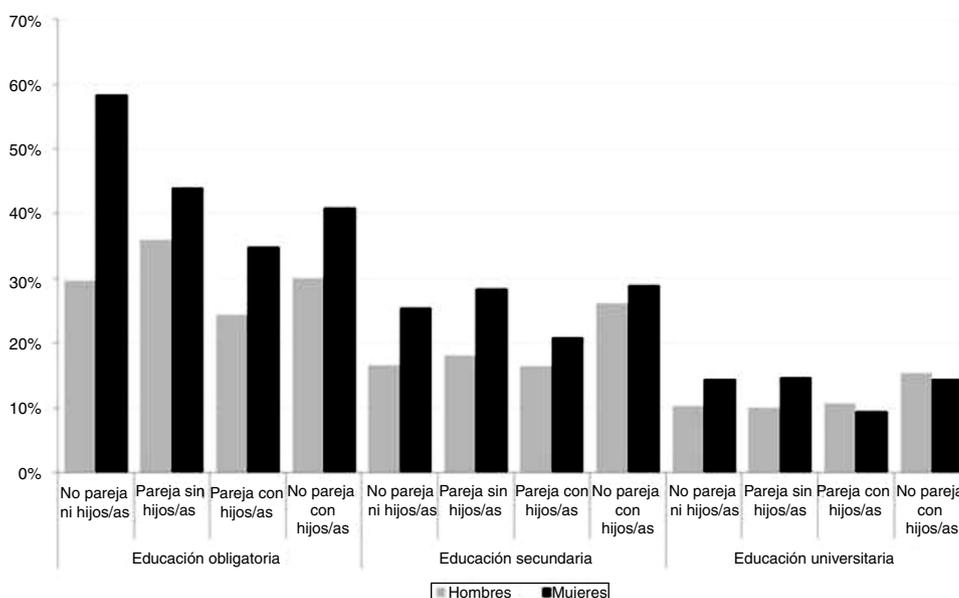
La figura 1 muestra el perfil de salud a través de la prevalencia de mala salud autopercebida según nivel educativo, tipo de hogar y sexo. La representación de manera conjunta permite ver que los patrones señalados en los trabajos en los que se analizan cada uno de estos DSS de manera independiente se repiten: a nivel educativo más alto, mejor perfil de salud; las personas que conviven en pareja y con hijos/as muestran mejor salud que las que no, siendo la convivencia en pareja la característica que más discrimina según salud; y por último, un sistemático mejor perfil de salud de los hombres respecto al de las mujeres, con la única excepción de las parejas con hijos/as y los hogares monoparentales con educación universitaria.

Los resultados del análisis multivariable se presentan en la tabla 3, comparando el modelo aditivo con la interacción de educación y tipo de hogar. Aunque la capacidad explicativa y los coeficientes de las variables de control se mantienen estables cuando se trabaja con la educación y el tipo de hogar de manera separada o conjunta, la interacción permite descubrir un efecto significativo del hogar en la población adulta masculina, mientras que en M1 (modelo aditivo) el tipo de hogar no muestra un resultado estadísticamente significativo. En cambio, en M2 (interacción) el hogar muestra ser significativo en la subpoblación con educación primaria (la no significatividad en el caso de los hogares monoparentales seguramente se debe al bajo número de casos) y secundaria, con una magnitud menor y con la única excepción de quienes viven en pareja con hijos/as.

**Tabla 2**  
Tipo de hogar y nivel educativo según sexo de la muestra española (30-59 años)

Hogar		Hombres		Mujeres	
		Frecuencia	% Subgrupo	Frecuencia	% Subgrupo
Educación primaria	No pareja ni hijos/as	137	22,0%	65	9,1%
	Pareja sin hijos/as	100	16,0%	143	20,0%
	Pareja con hijos/as	377	60,4%	419	58,6%
	Monoparental	10	1,6%	88	12,3%
	Total	700	100%	776	100%
Educación secundaria	No pareja ni hijos/as	709	23,0%	322	11,1%
	Pareja sin hijos/as	452	14,7%	394	13,5%
	Pareja con hijos/as	1851	60,2%	1842	63,2%
	Monoparental	65	2,1%	355	12,2%
	Total	3200	100%	3016	100%
Educación universitaria	No pareja ni hijos/as	401	21,7%	394	17,2%
	Pareja sin hijos/as	289	15,7%	353	15,4%
	Pareja con hijos/as	1129	61,2%	1368	59,8%
	Monoparental	26	1,4%	173	7,6%
	Total	1873	100%	2323	100%
Total	5546	5916			

Fuente: elaboración propia a partir de la muestra española EU-SILC 2014.



**Figura 1.** Prevalencia de mala salud autopercibida según nivel educativo, tipo de hogar y sexo de la muestra española (30-59 años), 2014  
Fuente: Elaboración propia a partir de la muestra española EU-SILC 2014.

Los resultados para las mujeres muestran que ambos determinantes son significativos en M1, a diferencia de lo que ocurre en los hombres. Sin embargo, la ventaja de M2 es el hecho de permitir observar el gradiente de las probabilidades de mala salud respecto de la referencia (estudios universitarios y convivir en pareja con hijo/s), tal como se observa de manera gráfica en la figura 2.

La figura 2 reafirma, mediante la comparación entre categorías de las *odds ratios* con sus intervalos de confianza, lo ya se ha apuntado en el apartado descriptivo. Aunque hay tipos de hogar en los que sus miembros muestran una mayor probabilidad de declarar una mala salud autopercibida (véanse aquellos en los que no se convive en pareja con o sin hijos/as), esta asociación negativa se reduce o incluso desaparece en ambos sexos a medida que observamos subpoblaciones con un mayor nivel educativo. Además, en todos los casos, los valores de las *odds ratios* de mala salud autopercibida son menores en los hombres que en las mujeres.

## Discusión

Este trabajo explora, desde una perspectiva de género, la idoneidad de combinar la información sobre el nivel educativo y la

estructura del hogar, que son DSS representativos tanto de las características personales como del contexto más cercano (niveles micro y mezo), en la población española adulta (30-59 años). Los resultados apuntan a la importancia de explorar la interacción de DSS de diferentes niveles para poder llegar a un conocimiento más preciso sobre los perfiles específicos de las mujeres y los hombres con menos ventajas en cuanto a su salud.

Los modelos en ambos sexos para la interacción de educación y hogar muestran que la conocida asociación negativa con la salud de los tipos de hogar asociados caracterizados por no vivir en pareja, con o sin hijos/as, se ve reducida o incluso desaparece cuanto mayor es el nivel educativo. Dentro de esta tendencia general, destaca el caso de las mujeres y los hombres con estudios superiores que viven con hijos/as y sin pareja, un tipo de hogar que ha sido identificado en la mayoría de la literatura como el de mayor vulnerabilidad en cuanto a salud<sup>37,38</sup>. Cuando se controla por la capacidad económica del hogar y se tiene en cuenta el nivel educativo, este tipo de hogar no siempre muestra un perfil de peor salud respecto a la referencia (estudios universitarios y convivencia en pareja con hijos/as).

Por otro lado, la desventaja en salud de la población con un menor nivel educativo es mayor en las personas que no viven en

**Tabla 3**

Odds ratios de mala salud autopercebida con y sin interacción de nivel educativo y tipo de hogar para mujeres y hombres (30-59 años) nacidos en España

	Hombres				Mujeres			
	M1		M2		M1		M2	
	OR	Sign.	OR	Sign.	OR	Sign.	OR	Sign.
<i>Edad (ref: 30-39 años)</i>								
40-49 años	1,98	***	1,91	***	1,80	***	1,79	***
50-59 años	2,91	***	2,84	***	3,20	***	3,24	***
<i>Habilidad económica para llegar a fin de mes (ref: con facilidad)</i>								
Con gran dificultad	2,00	***	2,04	***	2,81	***	2,83	***
Con alguna dificultad	1,30		1,30		1,82	***	1,85	***
Con cierta facilidad	1,13		1,09		1,12		1,13	
<i>Relación con la actividad (ref: ocupado)</i>								
Desempleado/a	1,62	***	1,61	***	1,50	***	1,50	***
Inactivo/a	4,12	***	4,19	***	1,40	***	1,40	***
<i>Nivel educativo (ref: universitario)</i>								
Primaria	1,66	***			2,29	***		
Secundaria	1,31	**			1,52	***		
<i>Tipo de hogar (ref: pareja con hijos/as)</i>								
No pareja no hijos/as	1,18				1,80	***		
Pareja no hijos/as	1,19				1,54	***		
Monoparental	1,51				1,35	**		
<i>Nivel educativo y hogar (ref: universitario-pareja con hijos/as)</i>				*				***
Primaria-no pareja no hijos/as			1,64	*			7,00	***
Primaria-pareja no hijos/as			2,31	***			3,14	***
Primaria-pareja con hijos/as			1,51	*			2,35	***
Primaria-monoparental			2,35				3,02	***
Secundaria-no pareja no hijos/as			1,43	*			2,45	***
Secundaria-pareja no hijos/as			1,49	*			2,38	***
Secundaria-pareja con hijos/as			1,25				1,61	***
Secundaria-monoparental			2,10	*			2,26	***
Universitaria-no pareja no hijos/as			1,10				1,92	***
Universitaria-pareja no hijos/as			1,02				1,88	***
Universitaria-monoparental			1,06				1,25	
Constante	0,04	***	0,04	***	0,03	***	0,03	***
N	5546		5546		5916		5916	
R cuadrado Nagelkerke	0,11		0,11		0,16		0,16	

M1: modelo aditivo; M2: modelo interacción; OR: odds ratio.

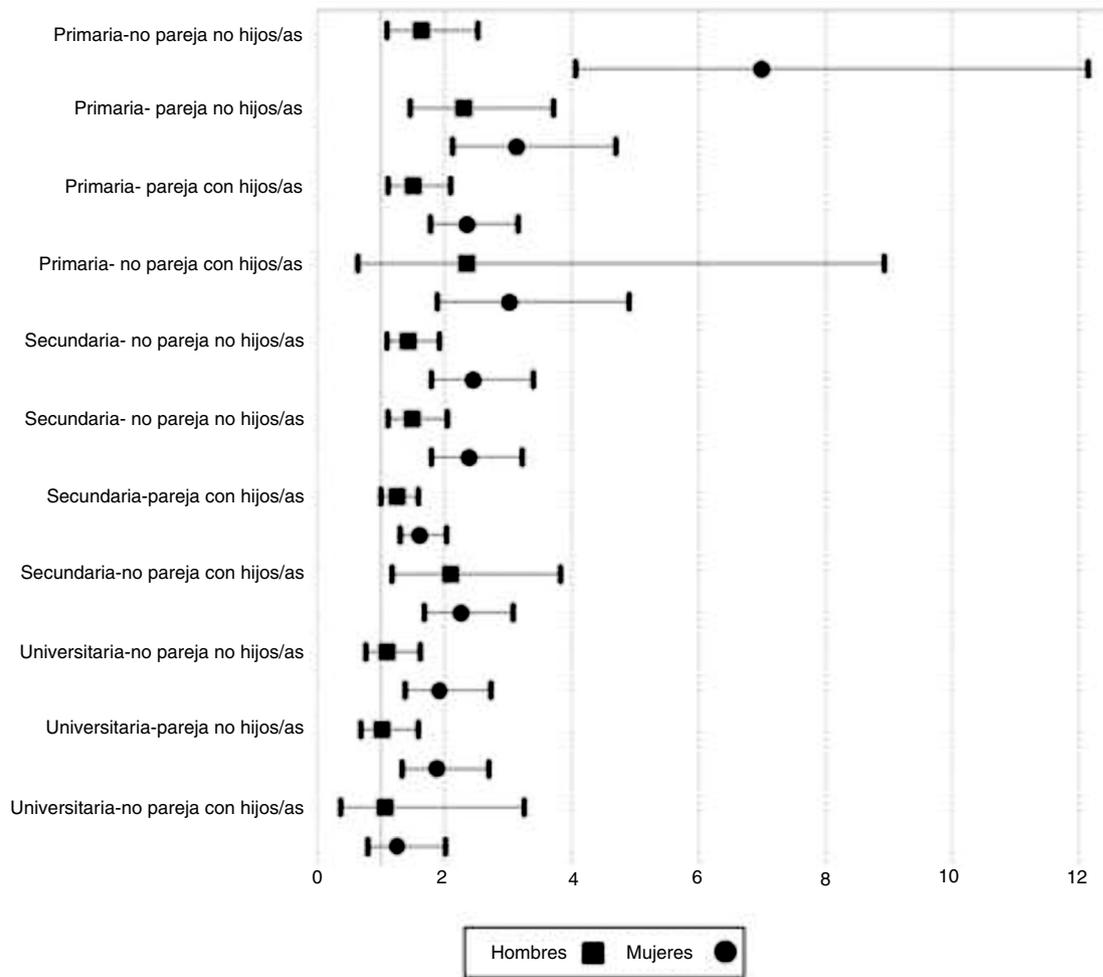
Fuente: elaboración propia a partir de la muestra española EU-SILC 2014

pareja, mientras que esta diferencia es significativamente menor cuando viven en pareja con hijos/as. En otras palabras, la asociación con la salud de la educación (DSS del nivel micro) se ve moderada por el tipo de hogar en el que viven las personas (DSS del nivel mezo), y viceversa. Esto confirmaría nuestra hipótesis de que el efecto del hogar sobre la salud se ve moderado por la educación como consecuencia de la capacidad de esta última para contrarrestar situaciones negativas, aunque también se observa lo mismo en el sentido contrario.

Nuestros resultados muestran diferencias según el sexo en cuanto a la intensidad de la asociación entre la combinación de ambos DSS y la salud. El análisis de la interacción de educación y hogar muestra que es la más adecuada para destapar la relevancia del hogar como DSS, a diferencia de los resultados obtenidos en el modelo aditivo. Trabajos previos para la población española llegaron a la conclusión de que el hogar no resultaba ser un factor de gran capacidad explicativa para la variabilidad de la salud masculina<sup>8</sup>. Sin embargo, nuestros resultados muestran que el hecho de vivir en pareja y con hijos/as reduce de manera ostensible la probabilidad de declarar tener mala salud autopercebida de los hombres con un nivel educativo por debajo del universitario. Este hecho tendría dos posibles interpretaciones no excluyentes. La primera sería que, entre los hombres con un bajo nivel socioeconómico, las mayores probabilidades de tener una peor salud como consecuencia de comportamientos de riesgo (tabaquismo, consumo de alcohol u otras sustancias, sedentarismo, etc.<sup>39</sup>) se verían reducidas tanto por el

mayor control social debido al hecho de ser padres<sup>22,23</sup> como por la acción directa de sus parejas para disuadirles de tales prácticas<sup>40</sup>. La segunda interpretación apuntaría a un efecto de selección positiva sobre estos hombres dentro del mercado matrimonial debido a su mejor perfil de salud<sup>4</sup>.

En cuanto a las mujeres, la combinación de educación y hogar dibuja un claro gradiente en las probabilidades de declarar mala salud autopercebida, siendo la situación más positiva el tener estudios universitarios y convivir en pareja y con hijos/as, mientras que la más negativa se encuentra en aquellas con estudios primarios que no conviven en pareja ni con hijos/as. Este gradiente parece confirmar lo ya apuntado anteriormente sobre el mayor peso que la educación tiene como DSS entre las mujeres al sustituir otros factores como la relación con la actividad o el salario<sup>18</sup>, y además apunta hacia la ya conocida importancia que el hogar tiene como DSS en las mujeres<sup>8,9</sup>. Además, la combinación de ambos DSS permitiría aproximar el nivel de empoderamiento de la mujer dentro del hogar, determinando de este modo su capacidad de negociación de la distribución de las tareas en las esferas productiva y doméstica<sup>41</sup>. El mejor ejemplo se encontraría de nuevo en el caso de convivir con hijos/as y sin pareja en las mujeres con estudios superiores. Aunque sería necesario un estudio específico sobre la cuestión, este resultado podría deberse a que los recursos económicos, la calidad de sus relaciones sociales, y en general el mayor empoderamiento de las mujeres con nivel educativo superior, permitirían sobrellevar la carga derivada de la monoparentalidad.



**Figura 2.** Odds ratios de mala salud autopercebida según nivel educativo y tipo de hogar (referencia: estudios universitarios y convivir con pareja e hijos/as). Mujeres y hombres de 30-59 años en 2014

Controlando por edad, relación con la actividad y capacidad económica del hogar para llegar a fin de mes.

Fuente: elaboración propia a partir de la muestra española EU-SILC 2014.

Nuestros resultados permitirán definir con mayor precisión los perfiles poblacionales vulnerables tanto de mujeres como de hombres, facilitando de este modo el diseño de políticas públicas más efectivas para disminuir tanto las desigualdades de género como las de salud. Posibles líneas futuras de trabajo irían en la dirección de utilizar datos longitudinales que permitieran llegar a establecer relaciones de causalidad más allá de las asociaciones encontradas en este trabajo. Además, el estudio de la población en edades avanzadas y el estudio concreto de los modelos familiares emergentes permitirían completar las conclusiones del presente trabajo.

### ¿Qué se sabe sobre el tema?

El papel de la educación y del tipo de hogar como determinantes sociales de la salud ha sido ampliamente analizado, sobre todo en el primer caso. La educación es uno de los factores que de manera más clara establecen los niveles de estratificación social de las poblaciones que acaban resultando en desigualdades tanto en salud como de género. El hogar ha mostrado ser el contexto más inmediato en el cual, a partir de la distribución de recursos entre sus miembros, se dibujan efectos positivos o negativos sobre la salud con desigual intensidad y sentido para mujeres y hombres.

### ¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La contribución más relevante del presente trabajo es doble. En primer lugar, se pone el foco de atención en dos determinantes sociales de la salud de niveles diferentes (individual e intermedio) desde una perspectiva de género. En segundo lugar, se propone una estrategia de análisis combinada en vez de aditiva, tal como se ha hecho hasta el momento.

### Editora responsable del artículo

María Teresa Ruiz Cantero.

### Declaración de transparencia

El autor principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

## Contribuciones de autoría

Las tres personas autoras han participado por igual en la concepción y el diseño del estudio, en la obtención y el análisis de los datos, la interpretación de los resultados y la redacción del artículo; han participado en la revisión crítica y han aceptado la versión final.

## Financiación

Este trabajo forma parte del proyecto *Care, Retirement & Wellbeing of Older People Across Different Welfare Regimes*, financiado por el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (PCIN-2016-005) dentro de la segunda iniciativa de Programación Conjunta *More Years Better Lives* de la Unión Europea. Además, ha sido financiado por la Agencia Estatal de Investigación del Ministerio de Economía, Industria y Competitividad, y por el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (CSO2016-80484-R) (AEI/FEDER, UE).

## Conflictos de intereses

Ninguno.

## Bibliografía

- Marmot M, Wilkinson RG. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
- Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet*. 2005;365:1099–104.
- Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote equity in health*. En: *Policies and strategies to promote equity in health*. Geneva: World Health Organization; 1992.
- Joutsenniemi K. *Living arrangements and health*. (Tesis doctoral). Helsinki: Department of Public Health, University of Helsinki; 2007.
- Navarro V, Borrell C, Benach J, et al. The importance of the political and the social in explaining mortality differentials among the countries of the OECD, 1950–1998. *International Journal of Health Services*. 2003;33:419–94.
- Solar O, Irwin A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Comission Social Determinants of Health (World Health Organization). 2007.
- Koball HL, Moiduddin E, Henderson J, et al. What do we know about the link between marriage and health? *Journal of Family Issues*. 2010;31:1019–40.
- Martikainen P, Martelin T, Nihtilä E, et al. 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*. 2005;59:99–115.
- Gumà J, Treviño R, Cámara AD. 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*. 2015;73:e003.
- Holmes CJ, Zajacova A. Education as “the Great Equalizer”: health benefits for black and white adults. *Social Science Quarterly*. 2014;95:1064–85.
- Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health & Social Behavior*. 1997;38:21–37.
- Marmot M, Friel S, Bell R, et al. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661–9.
- Cambois E, Solé-Auró A, Brønnum-Hansen H, et al. Educational differentials in disability vary across and within welfare regimes: a comparison of 26 European countries in 2009. *J Epidemiol Commun Health*. 2016;70:331–8.
- Regidor E, Martínez D, Astasio P, et al. Trends of socioeconomic inequalities and socioeconomic inequalities in self-perceived health in Spain. *Gac Sanit*. 2006;20:178–82.
- Alcañiz M, Brugat P, Guillén M, et al. Risk of dependence associated with health, social support, and lifestyle. *Rev Saude Publica*. 2015;49:1–10.
- Ross CE, Mirowsky J. Gender and the health benefits of education. *The Sociological Quarterly*. 2010;51:1–19.
- Murillo Huertas IP, Simón Pérez HJ. La Gran Recesión y el diferencial salarial por género en España. *Hacienda Pública Española*. 2014;208:39–76.
- Ross CE, Masters RK, Hummer RA. Education and the gender gaps in health and mortality. *Demography*. 2012;49:1157–83.
- Koball HL, Moiduddin E, Henderson J, et al. What do we know about the link between marriage and health? *Journal of Family Issues*. 2010;31:1019–40.
- Waite L. Does marriage matter? *Demography*. 1995;32:483–507.
- Franke S, Kulu H. Mortality differences by partnership status in England and Wales: the effect of living arrangements or health selection? *European Journal of Population*. 2017:1–32.
- Hansen T. Parenthood and happiness: a review of folk theories versus empirical evidence. *Social Indicators Research*. 2012;108:29–64.
- Balbo N, Arpino B. The role of family orientations in shaping the effect of fertility on subjective well-being: a propensity score matching analysis. *Demography*. 2016;53:955–78.
- Lawrence E, Cobb RJ, Rothman AD, et al. Marital satisfaction across the transition to parenthood. *Journal of Family Psychology*. 2008;22:41–50.
- Musick K, Meier A, Flood S. How parents fare: mothers' and fathers' subjective well-being in time with children. *American Sociological Review*. 2014;81:1069–95.
- Hirdman Y. *State policy, gender contracts. The Swedish experience/Women Work and The Family in Europe*. London:; 1998:36–46.
- Goldscheider F, Bernhardt E, Lappegård T. The gender revolution: a framework for understanding changing family and demographic behavior. *Population and Development Review*. 2015;41:207–39.
- Domínguez-Folgueras M. Parentalidad y división del trabajo doméstico en España, 2002–2010. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. 2015;149:45–62.
- García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit*. 2004;18:83–92.
- Esteve A, Cortina C. Changes in educational assortative mating in contemporary Spain. *Demographic Research*. 2006;14:405–28.
- Castro-Martín T, Domínguez-Folgueras M, Martín-García T. Not truly partnerless: non-residential partnerships and retreat from marriage in Spain. *Demographic Research*. 2008;18:443–68.
- Demakakos P, Nazroo J, Breeze E, et al. Socioeconomic status and health: the role of subjective social status. *Soc Sci Med*. 2008;67:330–40.
- EUROSTAT. (Consultado el 25/8/2017.) Disponible en: <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/6783798/1-16042015-AP-EN.pdf/5d120b02-c8df-4181-9b27-2fe9ca3c9b6b>
- OECD. (Consultado el 25/8/2017.) Disponible en: [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2015/effective-age-of-labour-market-exit\\_pension\\_glance-2015-25-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2015/effective-age-of-labour-market-exit_pension_glance-2015-25-en)
- De Bruin A, Picavet HSJ, Nossikov A. *Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: WHO, Regional Publications, European Series No 58; 1996.
- Croezen S, Burdorf A, van Lenthe FJ. Self-perceived health in older Europeans: does the choice of survey matter? *Eur J Public Health*. 2016;26:686–92.
- Duncan S, Edwards R, Edwards R. *Single mothers in international context: mothers or workers?* London: Routledge; 2013.
- Cunningham A, Knoester C. The psychological well-being of single parents. En: *Yarber AD, Sharp PM, editores., En: Focus on Single-Parent Families: Past, Present, and Future*. California, Greenwood Publishing Group. 2010.
- Robinson S, Harris H. *Smoking and drinking among adults*. 2009 2011.
- McCartney G, Mahmood L, Leyland AH, et al. Contribution of smoking-related and alcohol-related deaths to the gender gap in mortality: evidence from 30 European countries. *Tob Control*. 2011;20:166–8.
- Diebolt C, Perrin F. From stagnation to sustained growth: the role of female empowerment. *Am Econ Rev*. 2013;103:545–9.