



NUEVASALUDPÚBLICA | 3

Las desigualdades sociales en salud

EDITORES

Antonio Daponte Codina
Julia Bolívar Muñoz
María del Mar García Calvente



NUEVASALUDPÚBLICA | 3

Las desigualdades sociales en salud

EDITORES

Antonio Daponte Codina
Julia Bolívar Muñoz
María del Mar García Calvente

Edita

Escuela Andaluza de Salud Pública
www.easp.es

Editores de la Serie

Luis Andrés López Fernández
Ana Delgado Sánchez

Comité Editorial de la Serie

Patxi Cuberta Galdós
Antonio Daponte Codina
María del Mar García Calvente
Soledad Márquez Calderón
Natxo Oleaga Usategui
Pablo Simón Lorda

Revisión

Alberto Fernández Ajuria
Julia Bolívar Muñoz

Diseño y maquetación

Catálogo Publicidad

Imprime

Sanprint S.L.

Depósito Legal

GR 2636-2008

ISBN de la Serie

978-84-691-6721-2

ISBN

978-84-691-7539-2

Todos los derechos reservados.

De las opiniones expresadas en la presente
publicación responden únicamente los autores.



Índice

11	1. Aspectos teóricos sobre las desigualdades sociales en salud
12	1.1. ¿Qué entendemos por desigualdades sociales en salud?
14	1.2. Algunas características de las desigualdades
16	1.3. Diferentes teorías sobre la producción de salud y enfermedad
19	1.4. Teorías sobre la relación entre las desigualdades sociales y la salud
21	1.5. Modelos conceptuales sobre los mecanismos de producción de desigualdades
23	1.6. El estudio de las desigualdades sociales en salud en Europa, España y Andalucía
26	1.7. Los principales ejes de desigualdad
26	1.7.1. La posición social
32	1.7.2. Edad
37	1.7.3. Raza/Etnia
39	1.7.4. El territorio
43	1.8. Bibliografía
51	2. Desigualdades de género en salud
51	2.1. Evolución del género como categoría analítica
54	2.2. Diferencia, desigualdad y otros términos clave

56	2.3. Modelos explicativos sobre desigualdades de género en salud
60	2.4. Análisis de las desigualdades de género en salud
67	2.5. Aplicación de herramientas para reducir las desigualdades de género en la salud
71	2.6. Bibliografía
77	3. Las desigualdades sociales en los determinantes de la salud
77	3.1. Estilos de vida
84	3.2. Medio ambiente
88	3.3. Empleo y condiciones de trabajo
93	3.4. Los servicios de salud y las prácticas preventivas
103	3.5. Bibliografía
107	4. Las desigualdades sociales en la salud, la morbilidad y la mortalidad
107	4.1. Salud
109	4.2. Morbilidad
114	4.3. Mortalidad
120	4.4. Bibliografía
125	5. Las recomendaciones orientadas a la reducción de desigualdades
133	5.1. Bibliografía
135	Anexo I. Páginas web y documentos de interés sobre desigualdades en salud
139	Anexo II. Listado de páginas web donde se puede obtener información relevante sobre género y salud
143	Listado de cuadros, figuras y tablas

Las desigualdades sociales en salud

AUTORES

Julia Bolívar Muñoz
Antonio Daponte Codina
María Del Río Lozano
María del Mar García Calvente
Gracia Maroto Navarro
Inmaculada Mateo Rodríguez
María Natividad Moya Garrido



Aspectos teóricos sobre las desigualdades sociales en salud

Julia Bolívar Muñoz
Antonio Daponte Codina

Considero en la especie humana dos clases de desigualdades: una, que yo llamo natural o física porque ha sido instituida por la naturaleza [...]; otra, que puede llamarse desigualdad moral o política [...] porque ha sido establecida, o al menos autorizada, con el consentimiento de los hombres. Esta consiste en los diferentes privilegios de que algunos disfrutan en perjuicio de otros, como el ser más ricos, más respetados, más poderosos, y hasta el hacerse obedecer.

Jean-Jacques Rousseau (1712 –1778)
Discurso sobre el origen de la desigualdad entre los hombres

1.1. ¿Qué entendemos por desigualdades sociales en salud?

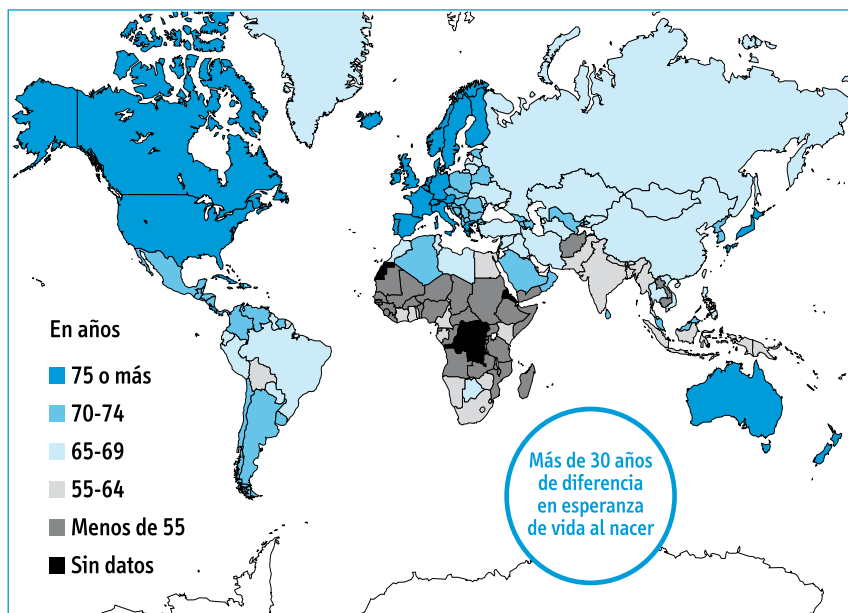
Las desigualdades sociales en salud son las diferencias en la salud entre los grupos de la población, que se consideran importantes, sistemáticas, evitables e injustas (Whitehead, 1992). Las causas de las desigualdades sociales en salud están en las estructuras sociales subyacentes, y en el impacto que las instituciones políticas, económicas y legales tienen en los distintos grupos poblacionales. Las desigualdades sociales en la salud no son sinónimo de «desigualdades en la salud», dado que esta última expresión puede ser interpretada como referida a cualquier diferencia, y no específicamente a diferencias que se consideran injustas; por tanto, las «desigualdades sociales en salud» son de causa social.

La equidad social en la salud se refiere por tanto a la ausencia de diferencias en salud injustas entre los grupos sociales. Así, según la OMS (1986) la igualdad en salud implica que «idealmente cada persona debería tener una oportunidad justa para alcanzar su potencial completo de salud, y más pragmáticamente, que nadie debería estar en desventaja para alcanzar su potencial de salud, siempre y cuando esta desventaja pueda evitarse». O también puede definirse como «la ausencia de diferencias sistemáticas potencialmente remediables, en uno o más aspectos de la salud entre grupos o subgrupos definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente» (Macinko & Starfield, 2002).

Las desigualdades sociales se manifiestan como desigualdades en salud, de manera que las personas más desaventajadas socialmente tienen peores niveles de salud y enferman más y mueren antes que aquellas situadas en posiciones más aventajadas. Para entender estas diferencias en salud (injustas y evitables) hay que considerar los contextos sociopolíticos y socioeconómicos como determinantes estructurales de la desigualdad y su interacción con los determinantes sociales, dando lugar a exposiciones y vulnerabilidades diferenciales en los estilos de vida, en las condiciones de vida y trabajo, en el acceso al sistema sanitario, entre otros, incidiendo en un impacto desigual en la salud (Mackenbach & Bakker, 2002; Evans et al., 2001; Borrell et al., 2003).

Las desigualdades sociales en salud

Figura 1. Esperanza de vida mundial, da cuenta de las diferencias entre países ricos y pobres



Fuente: <http://w3.cnice.mec.es/recursos/bachillerato/economia/2/demografia.htm>

Las consecuencias de la desigualdad social deben analizarse en el contexto histórico, político, económico, social y cultural de cada sociedad. Dentro de cada país, las personas más desaventajadas no solo lo son en sentido absoluto, sino en el relativo, es decir, en su comparativa con el contexto de la sociedad en la que viven. La distancia social no es solo el estatus social de una persona sino la percepción de unas personas versus otras, la distancia con el promedio de la población, y está evidenciado que esta distancia crea patología (Navarro, 2006), de ahí que las intervenciones públicas no deban limitarse sólo a la prevención de la exclusión social y la erradicación de la pobreza, extremos de la desigualdad social, sino a la redistribución de los recursos, en su sentido más amplio, de manera más equitativa en toda la sociedad.

1.2. Algunas características de las desigualdades

Ya hemos introducido algunas características de las desigualdades sociales. Éstas son injustas, sistemáticas y evitables. Otras características subrayadas por distintos autores son (Benach et al., 2004; Benach & Muntaner, 2005):

Ubicuas

Las desigualdades sociales en salud están presentes en todos los países donde se han estudiado. De hecho, están presentes en las sociedades más desarrolladas, como las europeas, incluyendo aquellas con una larga tradición de políticas sociales.

Consistentes

La mayoría de estudios realizados encuentran resultados similares.

Enormes

La probabilidad de morir o enfermar en los grupos más desfavorecidos de la población es sustancialmente superior a la de grupos más privilegiados.

Graduales

A medida que bajamos en la escala social, en términos de renta, nivel educativo, clase social, o en otros indicadores de posición social, aumenta progresivamente la probabilidad de enfermar y/o morir. Por lo tanto, las desigualdades sociales no son el resultado de un contraste entre riqueza y pobreza, sino que se extienden a lo largo de toda la escala social, siendo esta una de sus características más relevantes.

Crecientes

En general, han aumentado las desigualdades en mortalidad y otros indicadores de salud por clase social entre los países y entre las clases.

Adaptativas

Los grupos más privilegiados de la sociedad son los que se benefician antes y en mayor medida de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud.

Las desigualdades sociales en salud

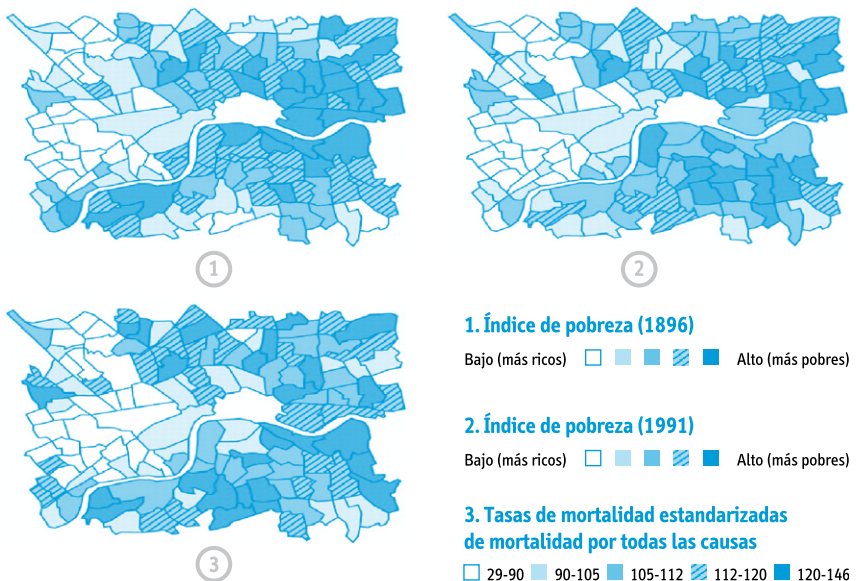
Persistentes

El impacto de las desigualdades sociales en la salud de la población tiene una duración extensa a lo largo del tiempo. Por ejemplo, en un estudio realizado en la ciudad de Londres se ha puesto de manifiesto que las desigualdades en mortalidad entre sus barrios a principios de los años 90 del siglo XX están fuertemente asociadas al patrón de desigualdad social entre los mismos a finales del siglo XIX; asimismo, a pesar de los cambios sociales producidos en la ciudad a lo largo de un siglo, el patrón de desigualdad social permanece notablemente estable (figura 2).

Históricas

Se modifican según complejas circunstancias que deben enmarcarse en el contexto histórico.

Figura 2. Índice de pobreza y mortalidad estandarizada, Londres 1886-1991



Fuente: Dorling et al. 2000

1.3. Diferentes teorías sobre la producción de salud y enfermedad

Una de las consecuencias más relevantes de la existencia de las desigualdades sociales en salud es la revisión y el debate sobre y entre los distintos enfoques del binomio salud-enfermedad. Hace ya años que en líneas generales, a nivel político o académico, se acepta que las desigualdades en salud entre los países ricos y los países pobres están fuertemente vinculadas a la enorme desigualdad social (económica, política, tecnológica, etc.) existente entre unos y otros. Sin embargo, la existencia de las desigualdades en salud en los países desarrollados ha sido objeto de un largo e intenso debate. Ese debate en mayor o menor grado gira en torno a las causas de la enfermedad, es decir, a la producción de salud y enfermedad en las sociedades actuales. Este debate no es teórico, ya que sus consecuencias afectan al abordaje de las políticas, planes y programas dirigidos a mejorar la salud de la población. Por ello, se ha incluido una breve descripción de las principales teorías sobre la producción de enfermedad.

El enfoque biomédico, enfoque dominante, explica la producción de las enfermedades en base a factores biológicos y genéticos. La enfermedad se define por síntomas y signos objetivos que correlacionan con un trastorno que requiere tratamiento farmacológico o quirúrgico cuya eficacia se basa en la acción directa sobre los procesos biológicos. También tiene en cuenta los hábitos de vida, desde una perspectiva individual, así como el acceso y uso de los servicios sanitarios (Krieger, 2002).

El determinismo biológico explica de manera muy reducida la producción de la enfermedad, ya que las enfermedades de origen genético son reducidas en número, en comparación con el conjunto de problemas de salud de la población. Aunque en causas de muerte y enfermedad importantes, la predisposición genética es un factor, otros factores son más relevantes. Por ello, la enfermedad coronaria, el cáncer de pulmón, la obesidad, la diabetes, por ejemplo, cambian de distribución entre las comunidades, entre las clases sociales, o a lo largo de los años, de-

Las desigualdades sociales en salud

bido a causas de origen social e histórico, y no biológicas. Asimismo, los estilos de vida explican solamente una parte reducida de determinadas enfermedades, y además vienen determinados por las condiciones sociales y económicas en las que viven las personas.

Por último, otro argumento que debilita este enfoque es que la atención médica tiene un efecto general en la salud de la población (salud comunitaria) menor del que se pretende.

Desde la perspectiva de la salud pública y la epidemiología social se aborda la producción de la salud y la enfermedad considerando factores psicosociales, ecosociales, ambientales y económicos originados en la estructura y el grupo social. Los determinantes ecológicos, económicos, sociales e históricos afectan a la biología y a la salud. (Benach & Muntaner, 2005). Dentro de esta línea de pensamiento, se pueden considerar las siguientes corrientes:

- La teoría psicosocial considera «lo social» como estímulos externos que actúan sobre el cuerpo y contemplando la mente como un órgano más, estudia las reacciones psicofisiológicas (en forma de respuesta de estrés, por ejemplo) de este órgano a aquellos estímulos. Considera que la enfermedad depende de la susceptibilidad y la respuesta del individuo a factores ambientales (modelo del estrés) Los principales factores psicosociales considerados son: la desorganización social, el aislamiento social, el estatus marginal, los cambios sociales rápidos, la falta de apoyo social y los estilos de vida. El modelo de atención supone medir las reacciones conductuales y buscar los factores ambientales relacionados (Krieger, 2001).

El «capital social» y la «cohesión social» se proponen (y son puestos en tela de juicio) a su vez como bienes psicosociales a nivel de la población que pueden mejorar la salud de ésta al influir en las normas y fortalecer los vínculos de la «sociedad civil» (Krieger, 2002). De hecho, hay toda una corriente explicativa sobre las desigualdades en salud a partir de la cohesión de los grupos y las personas, de forma que éstas existen por la distinta percepción que las personas

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

tienen de su posición social, y los mecanismos de producción son psicosociales. Prevalece la idea de que una baja cohesión social, o una escasa participación ciudadana en la comunidad, entre otros, repercute en el estado de salud de las personas de manera negativa, considerando incluso a los contextos socioeconómicos y políticos. Esta visión plantea diversas implicaciones para las políticas de salud ya que desvía la atención de macro estructuras de poder que influyen en las desigualdades, no mediante la redistribución de recursos, sino a través de medidas de prevención de la exclusión social, centrando las intervenciones públicas en los excluidos o potencialmente excluidos, responsabilizándoles de su propia emancipación, y con la mentalidad de culpabilizar a la víctima (Pearce & Smith, 2003; Navarro, 2003).

- La producción social de la enfermedad o economía política de la salud hace referencia a sistemas teóricos que abordan explícitamente los determinantes económicos y políticos de la salud y de la distribución de la enfermedad en una sociedad y entre diferentes sociedades, y las barreras estructurales a que las personas vivan de forma sana. Estas teorías se centran en las instituciones económicas y políticas y en sus decisiones al imponer y perpetuar los privilegios y las desigualdades económicas y sociales, siendo éstas las principales causas «fundamentales» de las desigualdades sociales en el campo de la salud (Krieger, 2001, 2002).
- La teoría ecosocial y las perspectivas dinámicas multinivel relacionadas pretenden integrar la teoría sociológica y biológica y una perspectiva dinámica, histórica y ecológica para obtener nuevos conocimientos acerca de los factores determinantes de la distribución de las enfermedades en la población y del efecto de las desigualdades sociales sobre la salud. La teoría ecosocial invita a considerar la manera en que la salud de la población es el producto de las condiciones sociales que necesariamente se entrelazan con los procesos biológicos en cada nivel espacio temporal (Krieger, 2001, 2002).

Las desigualdades sociales en salud

1.4. Teorías sobre la relación entre las desigualdades sociales y la salud

Las explicaciones teóricas de la relación entre las desigualdades y la salud han sido ampliamente descritas en la literatura existente (Townsend & Davidson, 1982):

Los factores psicosociales

Se atribuye la existencia de las desigualdades en la salud a los efectos directos o indirectos de la tensión producida por vivir en un entorno de desventaja socioeconómica (Kawachi et al., 2002). Se han estudiado especialmente desde el entorno del trabajo, como el estrés, la falta de control, o la falta de apoyo social. Estos factores impactan en la salud de manera desigual en los diferentes grupos sociales (Marmot et al., 1991; Johnson et al., 1996).

La selección natural o social

Sugiere que es la salud la que puede determinar subsecuentemente la posición social y económica de las personas. Las desigualdades son causadas por un proceso de selección en base a la salud. Las personas con una salud deficiente tenderían así a ocupar las posiciones socialmente más bajas produciéndose una movilidad social descendente en estas personas, y ascendente en las sanas.

El materialismo o estructuralismo y los factores culturales o conductuales

La primera, parte del punto de vista de que las circunstancias sociales afectan a la salud, poniendo énfasis en el papel del medioambiente externo, las condiciones bajo las cuales las personas viven y trabajan, estando implicada la estructura social. Las desigualdades en salud en este contexto vendrían determinadas por la exposición de los grupos sociales más desfavorecidos a un ambiente menos saludable: realizan los trabajos más peligrosos, tienen peores viviendas, y menos recursos disponibles para asegurar las necesidades de salud y para utilizar los servicios de salud disponibles. Desde la perspectiva neomaterialista el efecto de la desigualdad de ingresos en la salud refleja la falta de inversiones a través de un amplio rango de infraestructuras humanas, físicas y de salud, y esta falta de inversiones en recursos pú-

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

blicos y privados puede tener consecuencias de alto alcance. Del mismo modo que la aproximación materialista, la de los factores culturales o conductuales considera que las circunstancias sociales afectan a la salud, poniendo énfasis en este caso en la forma en la que los individuos en los diferentes grupos sociales escogen como vivir sus vidas, los comportamientos y los estilos de vida que adoptan. Los grupos más desfavorecidos han adoptado comportamientos más peligrosos que los más privilegiados, y pueden tener un menor interés en proteger su salud en el futuro.

La perspectiva vital

Hace referencia a cómo el estado de salud de una determinada cohorte a cualquier edad refleja no solo las condiciones actuales, sino también la incorporación de las circunstancias vitales anteriores, desde la vida intrauterina. De lo que se trata es de las trayectorias del desarrollo biológico y social de las personas a lo largo del tiempo, tal como ha sido modelado por el período histórico que les tocó vivir, en relación con el contexto social, económico, político, tecnológico y ecológico de su sociedad. Uno de los componentes puede implicar lo que se ha llamado «programación biológica», referida al «proceso a través del cual un estímulo o lesión ocurrida en una fase sensible o 'crítica' del período de desarrollo tiene una importancia duradera o de por vida»; una importante pregunta empírica y de salud pública es cuáles de estos procesos son reversibles y en qué circunstancias (Krieger, 2002).

La existencia de errores metodológicos

Esta aproximación puede considerarse más bien una hipótesis que una teoría propiamente. Sugiere que las mediciones en desigualdades no son fiables ya que pueden existir varios sesgos, como las diferencias entre los numeradores y los denominadores, a la propia forma de clasificar el indicador utilizado para medir la desigualdad, los cambios de tamaño producidos en los grupos, las diferentes medidas socioeconómicas y de salud utilizadas. Sin embargo, los estudios longitudinales o la utilización de diversos indicadores de posición social evidencian diferencias reales en la salud entre grupos sociales que no son producto de los sesgos en la medición. Hoy en día, aún teniendo en cuenta y siendo presentes las dificultades y limitaciones metodológicas en el estudio de las desigualdades, esta explicación apenas se plantea.

Las desigualdades sociales en salud

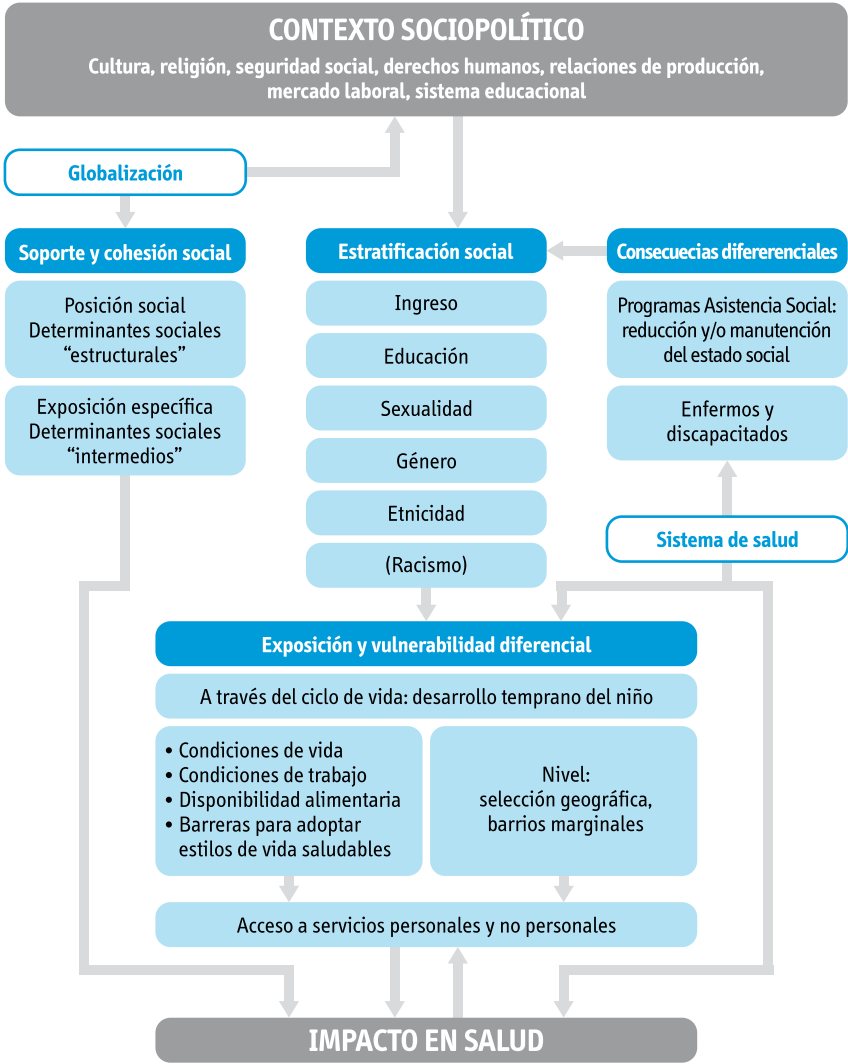
El debate científico, y su traducción en las políticas de salud, sobre las causas de las desigualdades continúa, pero no es menos cierto, que, como se documenta ampliamente en el informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (WHO, 2008), el reconocimiento de la enorme importancia que la distribución de los recursos económicos y de servicios, así como las consecuencia de la pobreza material y la desigualdad social, sobre la salud de las personas a lo largo de su vida es enorme.

1.5. Modelos conceptuales sobre los mecanismos de producción de desigualdades

La renta, la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, el barrio de residencia, el nivel educativo, la clase social, el género, la ausencia de servicios sociales y sanitarios adecuados, la exclusión social, el medio ambiente físico... están ampliamente considerados como los determinantes sociales que mayor incidencia tienen en la salud de las personas. Las desigualdades sociales se manifiestan en desigualdades en salud muy diversas pero ¿cómo se relacionan entre ellas?, ¿cuáles son los mediadores?, ¿desde qué planos hay que abordarlas?

A continuación se presentan dos modelos en los que se muestran los mecanismos por medio de los cuales los determinantes sociales influyen en el estado de salud, haciendo visible la manera en que éstos contribuyen a la generación de desigualdades. El modelo de Dahlgren y Whitehead, del año 1991, explica cómo las desigualdades en salud son resultado de las interacciones entre los distintos niveles que van desde el individuo hasta las comunidades. Las condiciones económicas, culturales y ambientales interfieren en los demás niveles, todas las capas interactúan. La segunda figura es el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud propuesto por el Equipo de Equidad de OMS. Se muestra el contexto social y político que da lugar a un conjunto de posiciones socioeconómicas desiguales, ingresos y poder, generándose una «estratificación social». La posición socioeconómica se relaciona con la salud a través de los determinantes intermediarios como son las condiciones materiales de vida, circunstancias psicosociales o factores conductuales (Vega et al., 2005).

Figura 3. Modelos sobre mecanismos de producción de desigualdades



Fuente: Equipo de Equidad OMS, 2005

Las desigualdades sociales en salud

Figura 3. Modelos sobre mecanismos de producción de desigualdades (continuación)



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1991

1.6. El estudio de las desigualdades sociales en salud en Europa, España y Andalucía

The Black Report está considerado el primer informe en el siglo XX sobre desigualdades sociales en salud. Fue publicado en 1982, aborda las desigualdades sociales y se centra en el estudio de la morbilidad, la mortalidad, y el acceso a los servicios de salud y sociales de la población británica. Los resultados son presentados considerando a mujeres, hombres, menores, mayores, la clase ocupacional, las diferencias regionales, la tenencia de vivienda, así como el concepto de raza y etnicidad. Además de presentar la fotografía en ese momento, analizan las tendencias en mortalidad considerando estos determinantes, así como las interacciones entre las desigualdades geográficas y sociales, realizando también comparaciones con otros países europeos.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

En este informe se muestra cómo el riesgo de morir de los trabajadores semicualificados, no cualificados (clase IV) y sus familiares era mucho mayor que los grupos de profesionales (clase I). Si aplicáramos las tasas de mortalidad (el riesgo de morir) de la clase I (profesionales y sus familiares) y este gradiente de clase además de ser más alto que en los países del entorno se había incrementado en las últimas décadas (Townsend, Davidson, 1982).

El estudio de las desigualdades sociales en salud en España es relativamente reciente y hasta finales de los 80 y la década de los 90 no aparecen trabajos publicados sobre mortalidad, morbilidad, estilos de vida y utilización de servicios.

En 1989 aparece un trabajo sobre desigualdades en mortalidad a nivel estatal, evidenciando que los trabajadores manuales presentan razones de mortalidad muy superiores a los grupos directivos (Regidor, González, 1989). Otro trabajo mostró como entre los hijos de los trabajadores manuales la mortalidad fetal tardía y mortalidad en el primer día de vida era mayor que entre los grupos de directivos (Regidor et al., 1994). También se han realizado estudios ecológicos evidenciando la asociación entre varios indicadores socioeconómicos y de mortalidad a distinto nivel geográfico. Mediante el uso de análisis multivariantes se ha visto como la existencia de desigualdades en salud en las provincias españolas en el año 1980 estaba determinada por sus niveles de desarrollo y vida, así como por sus comportamientos demográficos (Solas, 1988).

En Andalucía nos encontramos, a principios de los noventa, un estudio realizado en Málaga, sobre desigualdades en diferentes áreas de la ciudad según varios indicadores de mortalidad y de salud, como el bajo peso al nacer, o el nivel de embarazos en adolescentes, destacando una mortalidad superior en las áreas de menor nivel socioeconómico (Martin, March, 1992).

En cuanto a la morbilidad y los estilos de vida, ya en el 1983 se identifica que las clases sociales más aventajadas declaran tener una salud muy buena en mayor número, en comparación con los menos aventajados (Durán, 1983). En 1986 se realizó la primera *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y minusvalías* en nuestro país, y permitió mostrar la asociación entre tener distintos tipos de deficiencias y el

Las desigualdades sociales en salud

hecho de pertenecer a los grupos sociales más desaventajados. Un año más tarde, en 1987 se realizó la primera *Encuesta Nacional de Salud*, que permitió la realización de diversos estudios sobre salud percibida, enfermedades crónicas y estilos de vida, evidenciando desigualdades según el nivel de ingresos en el riesgo de padecer enfermedades crónicas (Kunst, Mackenbach, 1994), según el nivel educativo en la altura de las personas o en el sobrepeso (Regidor et al., 1995), así como en conductas relacionadas con la salud como el tabaco, el alcohol y otros.

Los estudios sobre uso y acceso de servicios sanitarios son otro eje importante en la investigación sobre desigualdades en salud. Se ha evidenciado que son las personas con mayores ingresos y mayor nivel educativo quienes hacen mayor uso de los servicios dentales (González, Regidor, 1988), típico patrón de desigualdad cuando los servicios son privados, como ocurre con los servicios dentales en España. Además, las personas con peor posición socioeconómica hacían un mayor uso de los servicios sanitarios, si bien entre quienes declaraban tener una peor salud, son los grupos socioeconómicos más favorecidos quienes utilizaban más los servicios de salud (Fernández, 1993; Alonso, Antó, 1988).

En el contexto anteriormente analizado aparece el *Informe de Desigualdades Sociales en Salud en España*, publicado en el año 1996 por el Ministerio de Sanidad y Consumo, siguiendo una estructura similar al *The Black Report*.

El informe español evidencia la existencia de desigualdades sociales en mortalidad en los años 1990-1992 a nivel de áreas pequeñas, de forma que en las regiones de menor nivel socioeconómico la mortalidad es más alta, siguiendo un patrón sur-suroeste a nivel nacional. Asimismo se observa una asociación entre la mortalidad y la privación material y el resto de indicadores socioeconómicos.

El porcentaje de personas con salud deficiente aumenta a medida que la posición social de las personas desciende, y también aumenta a medida que lo hace la edad. Las desigualdades entre clases aumentan entre el 1987 y 1993 en las Comunidades Autónomas (CCAA) con menor renta. También se observan importantes desigualdades según clase en hombres y mujeres en hábitos relacionados con la salud como el consumo de tabaco, de alcohol y la práctica de actividad física. No parece haber des-

igualdades en la consulta al médico, así como en la hospitalización, patrón muy habitual cuando los servicios de salud son públicos. No obstante, la proporción de personas que acuden al dentista disminuye a medida que se desciende en la escala social, observándose también diferencias según sexo y la riqueza de las regiones.

Recientemente se ha publicado el *I Informe sobre desigualdades sociales en salud en Andalucía* (Indesan, 2007). En este primer informe, se abordan los antecedentes históricos de la pobreza en Andalucía, y los orígenes de la desigualdad, así como las desigualdades en la esperanza de vida y la mortalidad, los determinantes de la salud y de las desigualdades, las desigualdades de género, la utilización de servicios y el modelo sanitario de Andalucía. Este informe está disponible en Internet.

Aun cuando la investigación sobre las desigualdades sociales en salud ha avanzado sustancialmente, en Andalucía desconocemos muchos aspectos sustanciales de las mismas. Continúa siendo un reto conocer el impacto que las desigualdades sociales del pasado, muy intensas, y las desigualdades del presente, tienen en la situación de salud de la población andaluza en la actualidad.

1.7. Los principales ejes de desigualdad

Los principales ejes de desigualdad que se abordan en la literatura científica son la posición social, la edad, la raza/etnia, el territorio y el género. Se ha considerado que las desigualdades de género merecen un capítulo específico debido a la importancia de la categoría género como un eje estructural que, si bien interacciona con otros ejes, condiciona todos los procesos de salud de las mujeres y los hombres.

1.7.1. La posición social

La posición social es un concepto agregado que incluye medidas basadas tanto en los recursos como en el prestigio, relacionadas con la posición de clase social en la infancia

Las desigualdades sociales en salud

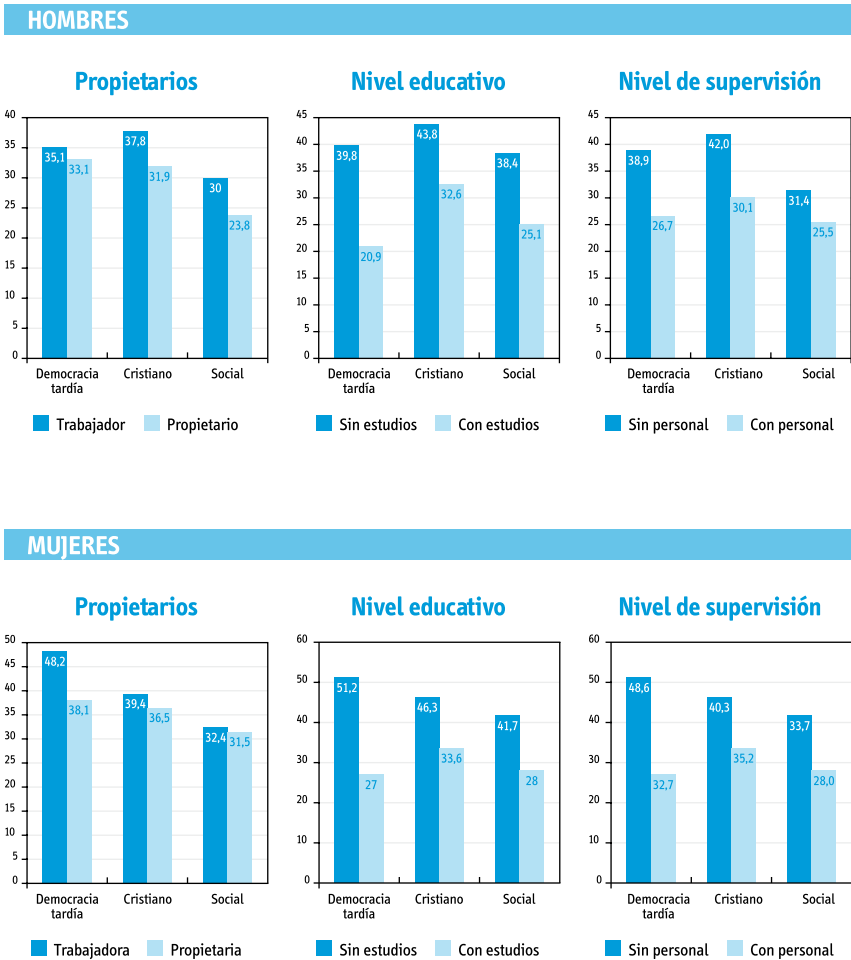
y en la edad adulta. Las medidas basadas en los recursos se refieren a los recursos, activos o bienes materiales y sociales, entre ellos los ingresos, la riqueza y la educación (Regidor, 2006). Las medidas basadas en el prestigio se refieren al rango o estatus de los individuos en la jerarquía social, evaluados típicamente en función del acceso de las personas al consumo de bienes, servicios y conocimiento, y ligados al prestigio de su ocupación, a los ingresos y al nivel educacional. Así pues, en salud pública también se usan estos indicadores de posición social como el nivel de estudios o los ingresos, las propiedades materiales, y en algunos casos el auto posicionamiento social (Coma et al., 2003).

El indicador de clase social más utilizado en los estudios empíricos sociológicos ha sido la ocupación, referida al tipo de actividad laboral realizada. Es un concepto tecnológico y cultural, no de clase social; sin embargo, dada su correlación con la clase, junto a su alta disponibilidad, se usa como un indicador de clase social (Borrell et al., 2004).

En la actualidad dos de los autores que han ido polarizando en mayor grado la atención sobre la clase social son Wright y Goldthorpe, que han realizado relecturas actualizadas y fundamentadas empíricamente de las concepciones de Marx y Weber, respectivamente. Ello no sin recibir críticas debido a la magnitud de los cambios sociales acaecidos en los sistemas sociales, que según algunos autores y autoras obligan a plantearse como están cambiando las estructuras de clases concretas, cuál es el papel de los diferentes sujetos sociales en presencia, cuál es su poder y su influencia, cuáles son las formas a través de las que operan e influyen sobre la dinámica social concreta y cuáles son las nuevas manifestaciones de la desigualdad y el antagonismo (Tezanos, 2001).

Goldthorpe elabora una clasificación en base a la teoría weberiana, y considera la estratificación y la movilidad social. Se basa en la distribución de las ocupaciones en clases según la situación de mercado y de trabajo, reflejando una estructura relacional. Wright es un seguidor de la tradición marxista, y considera que las clases se definen por las relaciones sociales de producción. La estructura de clases del capitalismo es resultado de la combinación de la propiedad de los medios de producción, los bienes de organización y las cualificaciones.

Figura 4. El impacto de diferentes tradiciones políticas en las desigualdades de clase social en la salud percibida de la población europea



Fuente: Espelt et al. 2008

Las desigualdades sociales en salud

En nuestro país, en el año 1995, un grupo de personas expertas de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE) realizaron una propuesta de clasificación basada en clasificación de clase social británica propuesta por Goldthorpe (Tezanos, 2001; Grupo de trabajo de la SEE, 1995). En general las clasificaciones basadas en la ocupación han recibido diversas críticas por tratarse de análisis parciales, ya que señalan que las clases no pueden analizarse solamente en términos de categorías ocupacionales. Las diversas dimensiones de la posición social asociada con la ocupación son difíciles de tener en cuenta por separado, además la distribución de las ocupaciones es producto del contexto económico en que se mide y excluyen a los colectivos que no están en el mercado de trabajo. Así por ejemplo las mujeres no se han tenido en cuenta tradicionalmente en la investigación sobre estratificación social, habiéndose considerado el análisis de la estratificación social «ciego» al género, si bien esto está cambiando en estos últimos años (Borrell et al., 2004; Illsley, 1987).

Pese a las limitaciones y las críticas que el uso de estas clasificaciones pueda tener, la ocupación influye en la salud, a través de ciertos riesgos asociados al trabajo, y por la relación con el nivel educativo y los ingresos que refleja una cierta posición socioeconómica en el mercado laboral.

El pertenecer a una clase social más baja está relacionado con una salud peor, expresada en la salud percibida, enfermedades crónicas, mortalidad, así como en estilos de vida poco saludables. La siguiente figura muestra las prevalencias de mala salud (estandarizada por edad) según la dimensión de clase social en distintas tradiciones políticas (Espelt et al., 2008). Este trabajo compara las desigualdades en salud percibida en mayores de 50 años en el año 2004 utilizando la clasificación de Wright en nueve países agrupados en tres tradiciones políticas, social democracia, democracia cristiana y democracias tardías (incluye España), y muestra el impacto de las diferentes tradiciones políticas en las desigualdades de clase social en la salud.

Los cuadros que se presentan a continuación recogen diferentes formas de medir la posición socioeconómica a nivel individual, a modo de ejemplo.

Cuadro 1. Clase social exhaustiva SEE, basada en la clasificación de Goldthorpe

I	Directivos/as de la administración pública y de empresas de 10 o más asalariados/as. Profesiones asociadas a titulaciones de 2ª y 3º Ciclo Universitario.
II	Directivos/as de empresas con menos de 10 asalariados/as. Profesiones asociadas a una titulación de 1º Ciclo Universitario. Técnicos/as y profesionales de apoyo. Artistas y deportistas.
IIIa	Empleados/as de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y financiera. Trabajadores/as de los servicios personales y de seguridad.
IIIb	Trabajadores/as por cuenta propia.
IIIc	Supervisores/as de trabajadores/as manuales.
IVa	Trabajadores/as manuales cualificados/as.
IVb	Trabajadores/as manuales semicualificados/as.
V	Trabajadores/as no cualificados/as.

Cuadro 2. Localizaciones de clase social de Wright

Propietarios/as		
1. Capitalistas (10 o más empleados/as)	2. Pequeños/as propietarios/as (2-9 empleados/as)	3. Pequeña burguesía (no más de un empleado/a)
Asalariados/as		
4. Directivos/as expertos/as	5. Supervisores/as expertos/as	6. Trabajadores/as expertos/as
7. Directivos/as semicualificados/as	8. Supervisores/as semicualificados/as	9. Trabajadores/as semicualificados/as
10. Directivos/as no cualificados/as	11. Supervisores/as no cualificados/as	12. Trabajadores/as no cualificados/as

+
0
-

Bienes de cualificación

+

0

—

Bienes de organización

Las desigualdades sociales en salud

Cuadro 3. Mayor nivel de estudios alcanzados

1	Analfabeto/a por problemas físicos o psíquicos
2	Analfabeto/a por otras razones
3	Sin estudios
4	Estudios primarios o equivalentes
5	Enseñanza general secundaria 1er ciclo
6	Enseñanza profesional de 2º grado, 2º ciclo
7	Enseñanza general secundaria 2º ciclo
8	Enseñanzas profesionales superiores
9	Estudios universitarios o equivalentes de 1er ciclo
10	Estudios universitarios o equivalentes 2º y 3er ciclo

Cuadro 4. Importe mensual de ingresos netos totales en el hogar

1	Menos de 360 €
2	De 601 a 900 €
3	De 361 a 600 €
4	De 901 a 1.200 €
5	De 1.201 a 1.800 €
6	De 1.801 a 3.600 €
7	De 3.601 a 6.000 €
8	Más de 6.000 €

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

A nivel individual estos indicadores son los más conocidos y utilizados en los estudios de salud. A nivel ecológico se utilizan la tasa de desempleo, de analfabetismo, el nivel de renta y otros, según el nivel de desagregación del que partamos (barrios, municipal, provincial, etc.) y del tipo de medida que escojamos, que puede ser simple (por ejemplo, tasa de desempleo) o compuesta, como por ejemplo un índice de privación elaborado a partir de diferentes indicadores simples como paro, analfabetismo, hacinamiento, propiedad de casa o coche, trabajadores/as manuales, entre otras. Un índice de privación clave fue el elaborado en 1988 por Phillimore, Beattie & Townsend (1994), compuesto de cuatro variables: desempleo, tenencia de coche, tenencia de casa y hacinamiento, variables tomadas originalmente del censo de 1991 que se combinan para formar una puntuación global para la caracterización de un área geográfica. Recientemente se ha publicado la elaboración de un índice de privación desarrollado en Andalucía, formado por tres simples indicadores disponibles de las fuentes de información nacionales: el porcentaje de analfabetismo, el porcentaje de desempleo y el porcentaje de trabajadores manuales. Con este índice, los criterios para la medición de la pobreza en los municipios españoles puede ser unificado y facilita la comparación de los resultados de los diferentes estudios realizados en nuestro contexto (Sánchez-Cantalejo et al., 2008).

1.7.2. Edad

Las primeras etapas de la vida

Los estudios sobre desigualdades en las primeras etapas de la vida abarcan desde la salud prenatal y neonatal a la infancia, juventud y adolescencia. La salud en estas primeras etapas determina la salud a lo largo de la vida y en las siguientes generaciones.

Los trabajos sobre infancia y desigualdades en salud se han centrado en aspectos como la mortalidad infantil, los nacimientos prematuros, el bajo peso al nacer, el acceso al cuidado médico y determinadas patologías, y ya en la juventud y la adolescencia, otros indicadores como el estado de salud, las lesiones y conductas relacionadas con la salud como el consumo temprano de tabaco, de alcohol o drogas, la alimentación y otros estilos de vida.

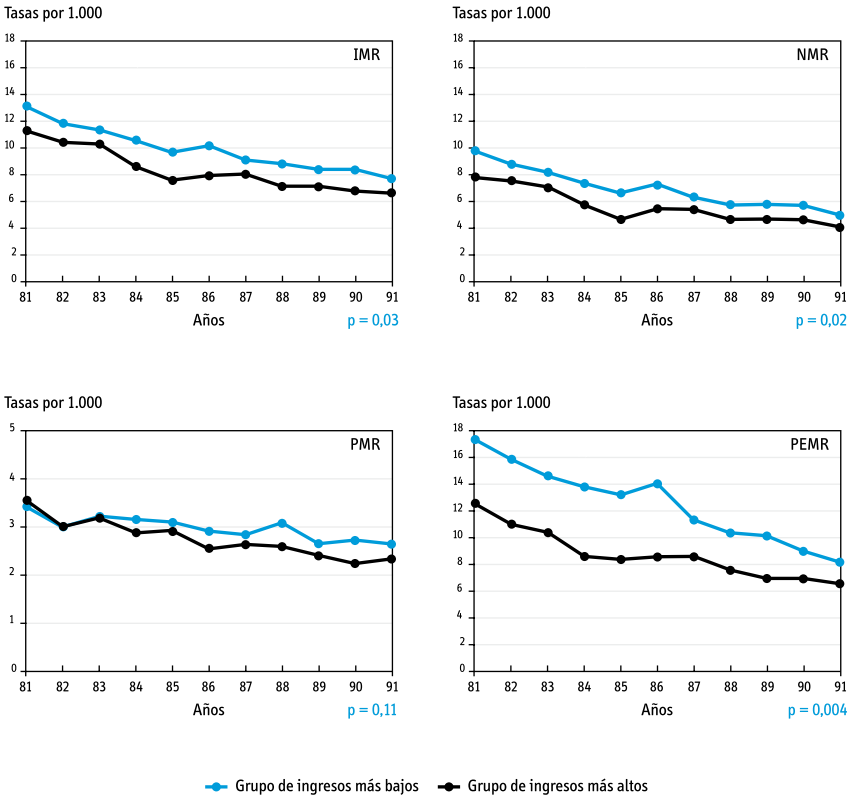
Las desigualdades sociales en salud

La niñez representa un período de gran vulnerabilidad en el cual el organismo es especialmente sensible a factores del entorno que conllevan una expresión diferencial en los niveles de salud. Algunos estudios destacan la atenuación de las desigualdades en salud en la juventud, explicado por el paso de la desigualdad en salud a la igualdad relativa. Según estos trabajos ello puede estar relacionado con cambios en las exposiciones, la escolarización, la cultura de grupo y otras influencias en los y las jóvenes, que atenuarían las influencias de la situación socioeconómica de la familia en su salud. Este planteamiento presenta un cambio en la explicación de las desigualdades en salud y el gradiente social en la salud basado en la acumulación de exposiciones a riesgos a lo largo de la vida y a exposiciones concretas, y se reflejarían en una menor desigualdad en salud según la clase social durante la adolescencia. Sin embargo, no todos los trabajos apoyan esta hipótesis: la relación de la salud con la edad y el estatus socioeconómico varía según el indicador de salud utilizado y la medida de posición socioeconómica utilizada. Por otra parte, esta atenuación de las desigualdades puede tener lugar entre jóvenes en niveles altos y medios de clase social, pero no en los grupos más desaventajados (Spencer, 2006; Starfield et al., 2002; Starfield et al., 2002a).

Las dificultades metodológicas en la clasificación y la asignación de la clase social en la infancia y la adolescencia, así como la posibilidad de incurrir en errores de mala clasificación son incluso mayores que en otros grupos poblacionales, como también ocurre con las personas mayores. Por ello, es importante desarrollar medidas de clase social válidas para este grupo de edad que tengan en cuenta todos los factores determinantes socioeconómicos, como el capital humano, financiero y social de los niños y niñas y sus familias (Colomer et al., 2004).

La figura 5 muestra distintas tasas de mortalidad infantil según la renta de las Comunidades Autónomas. El objetivo del estudio es describir y comparar la mortalidad infantil, neonatal, post neonatal y perinatal en grupos de CCAA según el nivel de ingresos, así como comparar sus respectivas desigualdades entre las provincias con niveles económicos similares y extremos, desde 1981 hasta 1991. Los resultados confirman que las tasas de mortalidad son mayores en las CCAA con menores ingresos (Domínguez-Berjón et al., 1999).

Figura 5. Mortalidad a edades tempranas.
Evolución de la tasa de mortalidad infantil (IMR), neonatal (NMR),
postneonatal (PMR) y perinatal (PEMR) en dos grupos de Comunidades
Autónomas de España con niveles económicos extremos (1981-1991)



Fuente: Domínguez-Berjon et al. 1999

Las desigualdades sociales en salud

Las personas mayores

La desventaja social de determinados grupos sociales puede acentuarse conforme aumenta la edad, en el sentido de que se han «acumulado» las desigualdades sociales acaecidas a lo largo de toda la vida, incluso ya antes de nacer (Rodríguez et al., 1995). Las circunstancias sociales condicionan enormemente la salud en las personas mayores que, en gran parte, es resultado de exposiciones adversas a circunstancias ocupacionales, sociales y geográficas a lo largo de su vida (Bowling, 2004).

Otros aspectos a considerar son por una parte la mortalidad selectiva, y los efectos de cohorte. Según la primera hipótesis, la atribución de una menor desigualdad social entre los mayores puede deberse a que con mucha probabilidad, las personas de clases menos privilegiadas que sobreviven más años son las que tienen mejor salud. En cambio, mediante los efectos de cohorte puede darse que las diferencias encontradas se deban a las experiencias de vida de las cohortes (Damian et al., 1999).

Los trabajos realizados sobre desigualdad en personas mayores presentan algunas especificidades en cuanto a las medidas. En el caso del nivel socioeconómico se suele atribuir la clase social correspondiente a la última ocupación, ya que es un fuerte determinante de las condiciones de vida durante la jubilación (Arber & Ginn, 1993). En el caso de las mujeres mayores, en su mayoría han desempeñado trabajo «reproductivo», de labores del hogar, cuidado y crianza de hijos y del esposo, por lo que se le suele atribuir la clase social a través de la ocupación del marido (Borrell et al., 2004). El nivel de ingresos puede presentar el mismo problema, y no solo deben tenerse en cuenta los ingresos, sino otras condiciones materiales, destacando de nuevo la importancia de un análisis de género ya que sobre todo muchas mujeres viven en situación de pobreza (Borrell, Ferrando, 2003), por no haber generado una pensión y estar a expensas de los ingresos procedentes del hombre. En cuanto al nivel de estudios, hay que tener en cuenta que se consigue en los primeros años de la vida de las personas, sobre todo en las personas mayores, y que la mayoría dejaron la escuela con los estudios mínimos, lo cual podría resultar una falta de diferenciación entre niveles, siendo evidentes las diferencias de género.

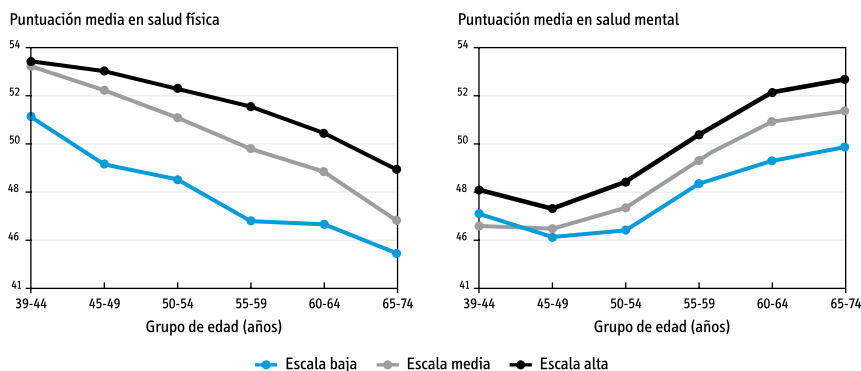
NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

En España, entre las personas mayores predominan las desigualdades por nivel socioeconómico y género, las mujeres más ancianas tienen niveles de instrucción y renta menores que los hombres. Estas desventajas tienen un impacto a través de diferentes mecanismos y con diferentes resultados. Si bien es conocido que las mujeres tienen una mayor esperanza de vida, tienen en general peor salud que los hombres, especialmente las de clases manuales. Según algunos estudios cualitativos, las personas mayores identifican su salud con la capacidad para desenvolverse en la vida cotidiana de manera autónoma, y la mala salud con la pérdida de energías, con limitaciones para cumplir las expectativas de los respectivos roles sociales o con la percepción de dolor corporal (Bazo, 1992). Calidad de vida y salud están estrechamente ligados. Su capacidad funcional y su nivel de dependencia van a determinar el desempeño de su rol social, siendo el grado de discapacidad un factor que influye sobre su percepción de salud y calidad de vida. Asimismo, está estrechamente ligado al nivel de protección social ofertado, y al consumo de servicios sanitarios y sociales.

La figura 6 muestra las desigualdades según clase social en salud física y mental por grupos de edad en el estudio Whitehall. El objetivo de este trabajo era examinar si las personas ocupadas en escalas más bajas envejecen antes en términos de un declive más rápido en salud percibida comparada con aquellas que pertenecen a las clases más aventajadas y si el efecto de la clase ocupacional en estas trayectorias varía según el sexo y la situación de jubilación (Chandola et al., 2007). La trayectoria en salud física varía según el nivel en la ocupación. Una persona con 70 años ocupado en la escala más alta de la función pública, presenta una salud física similar a una persona de 62 años ocupado en la escala más baja. Las personas ocupadas en puestos de menor jerarquía parecen envejecer antes en términos de declive en salud física, que aquellos en posiciones ocupacionales más altas. La salud mental parece mejorar con la edad para todos los grupos ocupacionales, aunque esta mejora es más lenta para quienes ocupan los puestos de menor nivel. En este estudio las desigualdades relativas en la salud física y mental han aumentado en el paso de la edad adulta a la vejez temprana. La clase ocupacional continúa afectando a la salud percibida de las personas una vez jubiladas. Las personas ocupadas en las escalas más bajas envejecen antes en términos de un mayor declive en salud física que las que estuvieron ocupadas en escalas más altas.

Las desigualdades sociales en salud

Figura 6. Desigualdades según clase social en ambos sexos en salud física y mental por grupos de edad: el estudio Whitehall



Fuente: Chandola et al. 2007

1.7.3. Raza/Etnia

Atendiendo a la definición de Nancy Krieger, la raza/etnia es una categoría social, no biológica, que se refiere a grupos sociales que a menudo comparten herencia cultural y ascendencia y que son forjados por sistemas opresivos de relaciones raciales, justificados por la ideología, en los que un grupo se beneficia del dominio sobre otro grupo y se define a sí mismo y a los demás a través de esta dominación y de la posesión de características físicas selectivas y arbitrarias, como el color de la piel. Etnia es un concepto destinado originalmente a diferenciar grupos «innatamente» diferentes, pero presuntamente pertenecientes a la misma «raza» general, que algunos usan ahora para referirse a grupos que se pueden diferenciar de manera presunta en función de la «cultura»; sin embargo, en la práctica, la «etnia» no se puede desligar de la «raza» en sociedades con relaciones sociales injustas, hecho que ha dado origen al concepto de «raza/etnia» (Krieger, 2001, 2002a).

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

El hecho de pertenecer a grupos étnicos minoritarios se relaciona con desigualdades específicas en salud, no sólo debido a las variables socioeconómicas, sino también a las barreras de acceso a los servicios sanitarios y la utilización poco efectiva de los mismos por falta de adaptación o incluso por discriminación. Los procesos de exclusión social y marginación social tienen mayor incidencia en aquellos grupos, que por su condición de minoría, no participan activamente en los distintos espacios y ámbitos de la vida pública (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005).

En los Estados Unidos se han desarrollado un importante número de trabajos sobre desigualdades en salud y minorías étnicas, debido a que las condiciones de vida y trabajo, la salud y el cuidado médico está relacionado con el nivel económico de un individuo, su raza y su género, y al importante número de minorías étnicas existentes (*Office of Minority Health*, 2007). En nuestro país los trabajos están principalmente centrados en minorías poblacionales étnicas como la comunidad gitana o en la población extranjera inmigrante.

En el año 2003 se publicó una revisión de investigaciones publicadas sobre el estado de salud de la población gitana en España. En esta revisión abordan la consideración de variables socioeconómicas en los estudios. Así por ejemplo, en algunos de los trabajos analizados, en lo referente a enfermedades transmisibles, hacen referencia a las desigualdades socioeconómicas, principalmente las deficiencias higiénico-sanitarias y el hacinamiento. Del mismo modo, en algunos trabajos sobre reproducción y mujer se muestran desigualdades que se achacaron a causas tanto socioeconómicas como culturales. En cuanto a salud infantil se mostraba un peor estado de salud en el niño y la niña gitanos debido a carencias nutricionales e higiénicas y a una menor utilización de los programas de prevención. Respecto a los trabajos sobre factores sociales en salud, algo más de la mitad describían desigualdades en la población gitana, con peores condiciones sociosanitarias, menor utilización de los servicios sanitarios y de los programas de prevención, y una mortalidad significativamente más temprana que el resto de la población española (Ferrer, 2003). A pesar de la conciencia de que el pueblo gitano en España tiene una pobre salud y grandes desigualdades, son relativamente escasos los trabajos realizados al respecto. Además de las desigualdades socioeconó-

Las desigualdades sociales en salud

micas y de género —la situación de pobreza, de marginación, el bajo nivel educativo, el alto desempleo, etc.— los factores culturales son aspectos fundamentales a tener en cuenta, ya que pueden explicar gran parte de los procesos salud-enfermedad-atención sanitaria de estos grupos.

El abordaje de la salud de las personas extranjeras inmigrantes presenta algunas particularidades. Según Gijón et al. (2007) tras una revisión de la literatura biomédica en España, el número de trabajos realizados en nuestro país sobre este tema ha aumentado, subrayando fundamentalmente el estatus socioeconómico y la condición de extranjería. Se han evidenciado las desigualdades en salud y en el acceso y la utilización de los servicios considerando las condiciones de vida y trabajo (Jan-sá, García, 2004) sin embargo, *«el perfil de población «inmigrante» que atrae el interés de la investigación biomédica es difuso e indefinido en lo que se refiere a sexo, edad y «procedencia» [...] queda representado como un ente abstracto y homogéneo, sin prestar atención a situaciones concretas de las personas o grupos, que a priori parecen compartir entre sí únicamente la característica de protagonizar un desplazamiento geográfico y «transnacional» (específicamente desde los países menos desarrollados)»* (Gijón et al., 2007).

Se destaca, en definitiva, la necesidad de estudiar los problemas de salud y los factores determinantes de la misma de las minorías étnicas desde un contexto histórico, y con perspectiva crítica para que las intervenciones sean efectivas.

1.7.4. El territorio

En la última década han proliferado los estudios que han considerado el área geográfica como un determinante de la salud. Las características económicas, políticas, sociales o ambientales del territorio donde viven las personas influye en su salud, independientemente de la posición social individual. Los indicadores socioeconómicos individuales y los de las áreas (datos agregados) tienen efectos independientes sobre las medidas de salud (Castairs, Morris, 1989), persistiendo el efecto de estos últimos una vez tenidos en cuenta los efectos individuales, (Fox et al., 1984) de mane-

ra que las personas que viven en áreas geográficas con mayor privación (con menos recursos, servicios, peor medio ambiente, etc.) presentan un estado de salud más deteriorado (Borrell et al., 2004).

Las características socioeconómicas que configuran y que a la vez son reflejo de un determinado ámbito geográfico afectan a la forma de trabajar, vivir y de relacionarse de las personas que viven en él, siendo factores que se traducen en niveles de salud diferentes. En general, las personas que viven en las zonas más empobrecidas de un país, los municipios que tienen un nivel más alto de desempleo o en los barrios de una ciudad donde las viviendas son de peor calidad tienen más factores de riesgo, menos oportunidades sociales, laborales y más problemas vitales que las personas que viven en áreas donde las condiciones son mejores.

La relevancia de su estudio reside, en parte, en la dificultad algunas veces de obtener datos a nivel individual, siendo más fácil disponer de datos a nivel de área geográfica (sección censal, municipal, provincial...), pero principalmente cabe destacar que el estudio de áreas geográficas constituye una herramienta para facilitar las intervenciones políticas y sociales a nivel comunitario, por ejemplo, la planificación de recursos sanitarios, la mejora de programas de prevención o la reducción de desigualdades socioeconómicas entre áreas (Borrell, Benach, 2003; Ocaña-Riola et al., 2007).

De todo ello se desprende la necesidad de estudiar las desigualdades sociales utilizando ambas perspectivas, es decir, las características de las personas (clase social, nivel educativo, etc.), y los efectos de las características del contexto social (características de los barrios, municipios, etc.) de forma que se evalúan simultáneamente el impacto en la salud de las personas de las condiciones de los individuos y de las condiciones del contexto en el que residen (características ecológicas) (Krieger, 1992; Borrell, Pasarin 2004; Daponte, 2008).

A finales de los años 80 se realizaron en España estudios de tipo ecológico que ponían de manifiesto la existencia de desigualdades en mortalidad a distintos niveles de desagregación espacial. Se observaron diferencias en las tasas de mortalidad in-

Las desigualdades sociales en salud

necesariamente prematura y sanitariamente evitable (MIPSE) en las provincias españolas entre 1975 y 1983 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989), así como la asociación entre diferentes indicadores socioeconómicos y de mortalidad a distinto nivel geográfico. Las primeras investigaciones se desarrollaron entorno a la mortalidad, como principal indicador de salud, si bien en los últimos años se han ido realizando estudios geográficos, con datos agregados, con diferentes indicadores de salud, estilos de vida y utilización de servicios.

En la actualidad existe abundante literatura sobre desigualdades utilizando el nivel individual y el del contexto. Un estudio reciente realizado sobre nuestro país se utiliza un índice de privación y el nivel de renta del municipio como indicadores socioeconómicos de los municipios. El vivir en las áreas de mayor privación comparado con las de menor privación incrementa sistemáticamente la probabilidad de tener una salud deficiente. Una vez se ha ajustado por la posición social individual (clase social o nivel educativo), quienes residen en áreas menos favorecidas tienen más probabilidad de tener una salud deficiente en comparación con los que viven en zonas más favorecidas. Los resultados indican que las desigualdades en salud percibida han aumentado en nuestro país desde 1987 hasta el año 2001 en las áreas de mayor privación, para hombres y mujeres, mientras que en las áreas menos deprimidas las diferencias solo han aumentado para las mujeres. En cualquier caso, la magnitud del efecto del nivel de privación del área es menor que el efecto de la posición social individual (Daponte et al., 2008).

Otro aspecto a destacar es la utilización de áreas pequeñas en los estudios geográficos, que a diferencia de los trabajos centrados en Comunidades Autónomas, provincias o otras áreas de mayor tamaño y «complejidad», los estudios de áreas pequeñas permiten describir detalladamente la distribución de los indicadores sanitarios y ayudan a planificar políticas sanitarias y priorizar los programas de salud pública más adecuados en las zonas más necesitadas. Otra cuestión importante en relación a las áreas pequeñas es la relativa a caracterización del ámbito rural o urbano. Históricamente la caracterización de ruralidad de un área geográfica se ha realizado en función de la densidad de población de la misma. Esto conlleva dos problemas principales: el resumir un concepto tan complejo

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

a una dicotomía de rural-urbano y la arbitrariedad de elegir un punto de corte para las dos categorías en función del número de habitantes de una zona determinada. En el año 2005 elaboró en nuestro país un índice de ruralidad continuo que no solo tiene en cuenta la densidad de población sino que cuenta con otras variables sociodemográficas que complementan el concepto complejo de ruralidad de un área geográfica (Ocaña-Riola, Sánchez-Cantalejo, 2005; Ocaña-Riola et al., 2006).

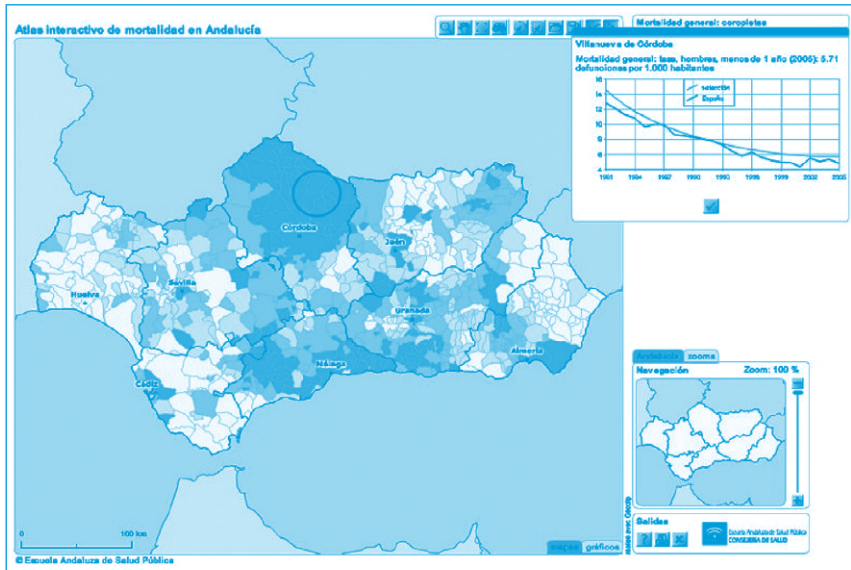
En los años 90 el trabajo más relevante realizado sobre áreas pequeñas en nuestro país fue el Atlas de mortalidad en pequeñas áreas que incluye múltiples mapas sobre las más importantes causas de muerte según sexo y edad para el período 1987-1995. En él se observan áreas de alto riesgo, un exceso de mortalidad debido a la desigualdad, en un gradiente geográfico que va del noreste al suroeste de España (Benach et al., 2001).

En el año 2007 se publicó el Atlas de mortalidad de las capitales de provincia de Andalucía 1992-2002 (Ocaña-Riola et al., 2007). En España son muchos los trabajos publicados sobre la distribución espacial de la mortalidad en áreas de tamaño superior al municipio, sin embargo son escasas las investigaciones que analizan las diferencias de mortalidad entre las secciones censales de una ciudad. En esta monografía se describe la distribución espacial de las principales causas de mortalidad en hombres y mujeres en las ciudades de Almería, Cádiz, Córdoba, Granada, Huelva, Jaén, Málaga y Sevilla durante el periodo 1992-2002. Los resultados constituyen el primer Atlas de Mortalidad realizado en los grandes núcleos urbanos de Andalucía.

Desde el año 2008 también se dispone en Andalucía de Sistema de Información Geográfica: el Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA). Muestra la distribución geográfica y la evolución temporal de la mortalidad en todos los municipios andaluces desde 1981 (Ocaña-Riola et al., 2008). El Atlas describe la distribución de más de 20 causas de mortalidad desde el año 1981, al nivel de municipios y muestra los resultados para las principales causas de muerte por grupos de edad y sexo.

Las desigualdades sociales en salud

Figura 7. Atlas Interactivo de mortalidad en Andalucía



Fuente: <http://www.demap.es/Demap/AtlasAIMA.html>

1.8. Bibliografía

- Alonso J, Antó JM. Desigualdades de salud en Barcelona. Gac Sanit. 1988; 2(4):4-12.
- Amick BC, Levine S, Tarlov AR, Chapman D, eds. Society & Health. New York: Oxford University Press; 1995.
- Arber Sara, Ginn J. Gender inequalities in health in later life. Soc Sci Med. 1993; 36: 33-46.
- Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Andalucía. Primer Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía, 2007. [monografía en Internet]. Ed. Asociación para la defensa de la Sanidad Pública de Andalucía. Disponible en: http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN_1.pdf (consultado el 14.11.2008).

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- Bazo, Maria Teresa. La ancianidad del futuro. Madrid: SG, Fundación Caja de Madrid, 1992.
- Benach Joan, Daponte Antonio, Borrell Carme, Artazcoz Lucía, Fernández Esteve. Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. Navarro Vicente (coord.) El estado de bienestar en España. Madrid: Tecnos; 2004.
- Benach Joan, Muntaner Carles. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Madrid: Editorial de Intervención Cultural-El Viejo Topo; 2005.
- Benach Joan, Yasui Y, Borrell Carme, Rosa E, Pasarín M^ªIsabel, Benach N, Español E, Martínez JM, Daponte Antonio. Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España (1987-1995), Barcelona: Universitat Pompeu Fabra; 2001.
- Berkman LF, Kawachi Ichiro, eds. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press; 2000.
- Borrell Carme, Pasarín M^ªIsabel. Inequalities in health and urban areas. Gac Sanit. 2004; 18(1):1-4.
- Borrell Carme, Benach Joan. Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona: Ed. Mediterrània; 2003.
- Borrell Carme, Ferrando Josep. Desigualdades en salud en la población anciana. Jano, Medicina y Humanidades. 2003; 64 (1474)25-30.
- Borrell Carme, García-Calvente M^ª Mar, Martí-Boscà José Vicente. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gac Sanit. 2004; 18(Supl 1):2-6.
- Borrell Carme, Rohlfis Isabella, Artazcoz Lucía, Muntaner Carles. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? Gac Sanit. 2004; 18 (Supl. 2): 75-82.
- Bowling Ann. Socioeconomic differentials in mortality among older people. J Epidemiol Community Health. 2004; 58: 438-440.
- Castairs V, Morris R. Deprivation: explaining differences in mortality between Scotland and England and Wales. BMJ. 1989; 299: 1886-889.
- Chandola T, Ferrie J, Sacker A, Marmot Michael. Social inequalities in self reported health in early old age: Follow-up prospective cohort study. BMJ. 2007; 334: 990-999.
- Colomer-Revuelta Concha, Colomer-Revuelta Julia, Mercer Raúl, Peiró-Pérez Rosana, Rajmil Luis. La salud en la infancia. Gac Sanit. 2004; 18(Supl 1): 39-46.

Las desigualdades sociales en salud

- Coma A, Martí M, Fernández Esteve. Educación y clase social basada en la ocupación: su interrelación como indicadores de posición socioeconómica en el estudio de las desigualdades sociales mediante encuestas de salud. *Aten Primaria*. 2003; 32(4): 208-15.
- Damian J, Ruigómez A, Pastor V, Martín-Moreno JM. Determinants of self assessed health among Spanish older people living at home. *J Epidemiol Community Health*. 1999; 53(7): 412-416.
- Daponte Antonio, Bolívar Julia, Toro Silvia, Ocaña Ricardo, Benach Joan, Navarro Vicente. Area deprivation and trends in inequalities in self-rated health in Spain 1987-2001. *Scand J Public Health*. 2008; 36(5): 504-15.
- Daponte Antonio. Trends in Social Inequalities in Health in Spain, 1987-2001: Self-Rated Health, Use of Primary Health Care Services, and Smoking [tesis doctoral]. Baltimore, Maryland: School of Hygiene and Public Health of the Johns Hopkins University; 2004.
- Domínguez-Berjon MF, Benach J, Garcia-Arcal MD, Borrell C. Infant and perinatal mortality in Spain 1981-1991: interprovincial variations in Autonomous Communities with extreme economic levels. *Eur J Epidemiol*. 1999; 15(8): 723-729.
- Dominguez-Berjon M^a Felicitas, Borrell Carme, Benach Joan, Pasarin M^a Isabel. Measures of material deprivation in small area studies. *Gac Sanit*. 2001; 15(Suppl 4): 23-33.
- Dorling D, Mitchell R, Shaw M, Orford S, Davey G. The Ghost of Christmas Past: health effects of poverty in London in 1896 and 1991. *BMJ*. 2000; 321: 1547-1551.
- Durán M^a Angeles. Desigualdad social y enfermedad. Madrid: Tecnos; 1983.
- Espelt A, Borrell Carme, Rodríguez-Sanz Maica, Muntaner Carles, Pasarin M^a Isabel, Benach Joan, Schaap M, Kunst Anton E, Navarro Vicente. Inequalities in health by social class dimensions in European countries of different political traditions. *Int J Epidemiol*. 2008. En prensa.
- Evans T, Whitehead Margaret, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging Inequities in Health from Ethics to Action. Oxford: Oxford University Press; 2001.
- Fernández K. Desigualdades en salud en España [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1993.
- Ferrer F. El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía. *Gac Sanit*. 2003; 17(Supl 3): 2-8.
- Fox AJ, Jones DR, Goldblatt PO. Approaches to studying the effect of socioeconomic circumstances on geographic differences in mortality in England and Wales. *Br Med Bull*. 1984; 4: 309-314.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- Gijón M^a Teresa, Martínez Emilia, Jiménez M^a Luisa. Significaciones y prácticas sobre «inmigración» en la literatura biomédica en España. V Congreso Nacional sobre la Inmigración en España: Migraciones y Desarrollo Humano. Valencia; 2007.
- González J, Regidor Enrique. Desigualdad en el uso de los servicios sanitarios. En: Montserrat Julia, Murillo Carles, coordinadores. Salud y Equidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
- Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores; 1995.
- Illsley R, Le Grand J. The measurement of inequality in health. En: Williams A (ed). Economics and Health. London: Macmillan; 1987.
- Jansà Jose M^a, García de Olalla P. Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos. Gac Sanit. 2004; 18(Supl): 207-13.
- Johnson JV, Stewart W, Hall EM, Fredlund P, Theorell T. Long-term psychosocial work environment and cardiovascular mortality among Swedish men. Am J Public Health. 1996; 86(3): 324-331.
- Kawachi Ichiro, Subramanian SV, Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. J Epidemiol Community Health. 2002; 56: 647-652.
- Krieger Nancy. Overcoming the absence of socioeconomic data in medical records: validation and application of a census-based methodology. Am J Public Health. 1992; 82: 703-710.
- Krieger Nancy. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. Int J Epidemiol. 2001; 30(4):668-677.
- Krieger Nancy. A glossary for social epidemiology. J. Epidemiology Community Health. 2001; 55: 693-700.
- Krieger Nancy. A glossary for social epidemiology. Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(5):480-490.
- Kunst Anton E, Mackenbach Johan P. International variation in the size of mortality differences associated with occupational status. Int J Epidemiol. 1994; 23(4):742-750.
- Macinko James A, Starfield Barbara. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. Int J Equity Health. 2002; 1:1-20.
- Macintyre S, Ellaway A. Ecological Approaches: Rediscovering the Role of The Physical and Social Environment. In: Berkman L, Kawachi Ichiro, eds. Social Epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.

Las desigualdades sociales en salud

- Mackenbach Johan, Bakker M. Reducing Inequalities in Health, a European Perspective. London: Routledge, 2002.
- Marmot Michael, Wilkinson RG, eds. The social determinants of health. New York: Oxford University Press; 1999.
- Marmot Michael G, Davey Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J. et. Al. Health inequalities among civil servants: the Whitehall II study. Lancet. 1991; 337: 1387-93.
- Martín FJ, March Joan Carles. Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga. Gac Sanit. 1992; 6: 198-206.
- Navarro Vicente, Benach Joan, Comisión científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1996.
- Navarro Vicente. Crecimiento económico, desigualdades sociales y calidad de vida. En: Crecimiento económico, desigualdades y distribución de la renta. Primer Encuentro de Política Económica, León. Madrid: Sistema; 2006.
- Navarro Vicente. Special Report on the Political and Social Contexts of Health: Part I. [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.vnavarro.org/> (consultado el 14.11.2008).
- Navarro Vicente. Crítica del concepto de capital social. Madrid: *Sistema*; 2003.
- Ocaña-Riola R, Fernández-Ajuria A, Sánchez-Cantalejo C, Toro-Cárdenas S. Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA). [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.demap.es/Demap/AtlasAIMA.html> (consultado el 14.11.2008).
- Ocaña-Riola Ricardo, Sánchez-Cantalejo Carmen. Rurality Index for small areas in Spain. Soc Indic Res. 2005; 73(2).
- Ocaña-Riola Ricardo, Sánchez-Cantalejo Carmen, Fernandez-Ajuria A. Rural habitat and risk of death in small areas of Southern Spain. Soc Sci Med. 2006; 63(5):1352-1362.
- Ocaña Ricardo, Sánchez Carmen, Fernández Alberto, Ruiz Miguel, Mayoral José M^a, Méndez C, Saez Marc, Barceló MA, Taurina C, Lertxundi A. Atlas de mortalidad de las capitales de provincia de Andalucía. 1992-2002, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007.
- Ocaña-Riola R, Mayoral-Cortés JM, Sánchez-Cantalejo C, Toro-Cárdenas S, Fernández-Ajuria A, Méndez-Martínez C. Atlas Interactivo de Mortalidad en Andalucía (AIMA). Rev Esp Salud Pública. 2008; 82(4): 379-394.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- Office of Minority Health. La salud de las minorías. [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/omh/Spanish/AMHSpanish.htm> (consultado el 01/11/2008).
- Pearce N, Smith GD. Is social capital the key to inequalities in health? American Journal of Public Health. 2003; 93: 122-129.
- Phillimore P, Beattie A, Townsend P. Widening inequality of health in northern England, 1981-91, BMJ. 1994; 308 (6937):1125-1128.
- Regidor Enrique, González J. Desigualdad social y mortalidad en España. Revista de Sanidad e Higiene Pública. 1989; 63: 107-116.
- Regidor Enrique. Social determinants of health: a veil that hides socioeconomic position and its relation with health. J Epidemiol Community Health. 2006; 60(10): 896-901.
- Regidor Enrique, Gutiérrez-Fisac Juan Luis, Rodríguez Carmen. Diferencias y desigualdades en salud en España. En: Informe Sespas. La salud y el sistema sanitario en España. Barcelona: SG Editores; 1995.
- Fundación Secretariado General Gitano y Dirección General de Salud Pública. Salud y comunidad gitana, análisis de propuestas para la actuación. Madrid: Fundación Secretariado General Gitano y Dirección General de Salud Pública, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
- Sánchez-Cantalejo Carmen, Ocaña-Riola Ricardo, Fernández-Ajuria Alberto. Deprivation Index for Small Areas in Spain. Soc Indic Res. 2008; 89: 259-273.
- Solas Olga. Equidad geográfica: desigualdades sociales en salud en las provincias españolas, Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1988.
- Spencer NJ. Social equalization in youth: evidence from a cross-sectional British survey. Eur J Public Health. 2006; 16(4): 368-375.
- Starfield Barbara, Riley AW, Witt WP, Robertson J. Social class gradients in health during adolescence. J Epidemiol Community Health. 2002; 56(5): 354-361.
- Starfield Barbara, Robertson J, Riley AW. Social class gradients and health in childhood. Ambul Pediatr 2002a; 2(4): 238-246.
- Tezanos José Félix. La sociedad dividida. Estructuras de clases y desigualdades en las sociedades tecnológicas. Madrid: Biblioteca Nueva; 2001.

Las desigualdades sociales en salud

- Townsend Philip, Davidson N (eds). The Black report. Whitehead Margaret. The health divide. Inequalities in Health. London: Penguin Books; 1992.
- Vega Jeanette, Solar Orielle, Irwin Alec. Equidad y determinantes sociales de la salud: Conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. En: Jadue L, Marín F (eds). Determinantes de la Salud en Chile. En la perspectiva de la equidad. Santiago, Chile: Impresión Gráfica Suisse; 2005.
- Whitehead Margaret. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992; 22: 429-455.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. [monografía en Internet]. Geneva: WHO, 2008. Disponible en: www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html (consultad www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html (consultado el 01.11.2008).

2

Desigualdades de género en salud

María del Mar García Calvente

María del Río Lozano

Gracia Maroto Navarro

Inmaculada Mateo Rodríguez

2.1. Evolución del género como categoría analítica

Hasta hace poco tiempo, las diferencias entre hombres y mujeres eran explicadas con argumentos de carácter únicamente biológico, asumidas como algo «natural» e inalterable, obviando el impacto diferencial que las formas de organización social pueden ejercer sobre la salud de ambos sexos. Fue en 1955 cuando el endocrinólogo John Money propuso, por primera vez, la diferenciación terminológica entre sexo y género (Rohlf, 2000a). Desde entonces, el análisis de género se ha ido incorporando progresivamente al campo de la salud, en el que hoy se reconoce que, además de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, existen diferencias construidas socialmente que repercuten de muy diferente manera en la salud. El análisis de género en salud estudia, más que diferencias, desigualdades, es decir, diferencias in-

justas provenientes de la distribución de roles y relaciones de poder entre hombres y mujeres. Y si bien este análisis no excluye los factores biológicos, añade un gran poder explicativo al incorporar otros factores a través de los cuales se expresan las desigualdades de género, como el estatus socioeconómico, educacional, el apoyo social prestado y recibido, el trabajo remunerado, el no remunerado, la estructura y modos de vida familiares, etc. Estos indicadores son útiles, no sólo para explicar las diferencias entre sexos, sino también para conocer los diferentes comportamientos en el interior de cada grupo. En la actualidad, la Epidemiología social plantea la necesidad de profundizar en el conocimiento de las formas a través de las cuales el contexto político, socioeconómico y cultural actúa sobre la salud de los individuos, desde un enfoque sistémico e integrado.

El término «sexo» puede ser utilizado para designar las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres, mientras que con el concepto de «género» nos referimos tanto a las ideas y representaciones, como a las prácticas sociales de hombres y mujeres que implican una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales (Esteban, 2006). Sin embargo, sexo y género son conceptos complejos e interrelacionados, y sus conexiones tienen relevancia para la salud (Krieger, 2003).

Podemos reconocer tres acepciones incluidas en el término «género»: las *diferencias culturales y sociales* asignadas a las personas según su sexo, el *conjunto de valores, símbolos y metáforas* que definen lo masculino y lo femenino y las *relaciones de poder* basadas en la asimetría social entre mujeres y hombres (Ortiz, 2002).

En el cuadro 1 se destacan las características atribuibles al término «género». Al hilo de estas definiciones, podemos resumir de la siguiente manera los usos inapropiados del término «género» que se han adoptado y que, todavía en nuestros días, se siguen utilizando de manera errónea.

En la actualidad, la categoría género empieza a alcanzar reconocimiento en las ciencias sociales como uno de los ejes primarios alrededor de los cuales se organiza la vida social, de modo que algunos autores y autoras definen el «sistema de

Las desigualdades sociales en salud

género» como un principio organizador que está en la base de otros sistemas. El género ocupa un lugar central —junto con la clase y la raza— en el nivel macro de asignación y distribución de los recursos dentro de una sociedad jerarquizada (Hammarström, 2001). Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002), es necesario indagar sobre los procesos y razones por las que mujeres y hombres se ven afectados de manera diferencial por distintos tipos de enfermedades. El género se constituye así como un determinante social y una categoría que estratifica y condiciona todos los procesos relacionados con los resultados de salud de mujeres y hombres.

Cuadro 1. Características del concepto de «género»

EL GÉNERO ES...	RELACIONAL	No se refiere a mujeres o a hombres aisladamente, sino a las relaciones que se construyen socialmente entre unas y otros.
	ASIMÉTRICO/JERÁRQUICO	Las diferencias que se establecen entre mujeres y hombres, lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con lo masculino y producir relaciones desiguales de poder.
	CAMBIANTE	Los roles y las relaciones se modifican a lo largo del tiempo y espacio, siendo susceptibles de cambio y transformación por efecto de las intervenciones.
	CONTEXTUALMENTE ESPECÍFICO	Existen variaciones en las relaciones de género de acuerdo a la etnia, clase, o cultura, así como al lugar geográfico o al momento histórico determinado
	INSTITUCIONALMENTE ESTRUCTURADO	Se refiere no sólo a las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social que se apoya en valores institucionales, legislación, religión, etc.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS 1997)

Cuadro 2. Usos inapropiados del término «género»

- Sustituir sexo por género.
- Sustituir mujeres por género.
- Sustituir feminismo por género.
- Sustituir jerarquía (o desigualdad) por complementariedad.
- Hablar de dos géneros (masculino y femenino).
- Olvidar relacionarlo con clase, etnia y edad.

Fuente: Ortiz, 2002

Sin embargo, no se trata de una categoría homogénea. Las mujeres (y los hombres) se diferencian entre sí en características como la edad, educación, clase social, etnia, religión, sexualidad o contexto geopolítico. Estos factores, junto con el género, determinan la dominancia en la sociedad y la desigual distribución de la salud en la población (Hammarström, 2001). No cabe hablar por tanto de «la mujer», sino de «las mujeres» en cuanto a su situación de desigualdad en términos de salud.

En síntesis, la investigación sobre género en salud pública toma como cuestión básica la relación entre género y poder y sus consecuencias para la salud de las poblaciones. Su propósito es desarrollar (o revisar) nuevas teorías y métodos, y recopilar el conocimiento de manera sistemática y comprensiva, sobre el significado de los constructos de género, la importancia de las relaciones de género, así como la interrelación entre sexo y género en la desigual distribución de la salud en la población (Hammarström, 2001).

2.2. Diferencia, desigualdad y otros términos clave

Las diferencias de género en salud se suelen referir a las diferencias en materia de salud surgidas de las características biológicas entre los sexos (sería más apropiado hablar de «diferencias entre los sexos»). Por desigualdades de género en salud entendemos las diferencias entre hombres y mujeres en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas (Braveman 2006). La desigualdad de género surge de las construcciones socioculturales e históricas que transforman las diferencias sexuales en

Las desigualdades sociales en salud

discriminaciones; éstas se expresan en la división sexual del trabajo y en un acceso diferencial y jerarquizado a recursos materiales y simbólicos, así como al poder en sus distintas expresiones (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2004).

La existencia de las desigualdades de género conlleva asimetrías de poder y prestigio, y distintas oportunidades para gozar de la salud, al condicionar la mortalidad, la vulnerabilidad a enfermar, la carga de enfermedad y discapacidad y el acceso y calidad de la atención sanitaria. Se ha señalado que tan erróneo es buscar la igualdad en la salud de las mujeres y hombres donde hay diferencias, como asumir diferencias donde no existen, hecho que predispone a generar modelos hegemónicos de producción de enfermedad que victimizan a las mujeres. Por tanto, es importante distinguir entre los posibles factores biológicos y sociales para analizar, no solo las diferencias, sino también las semejanzas en cuanto a la salud entre mujeres y hombres (Esteban, 2006).

La equidad de género significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres. La equidad de género en salud se refiere a la ausencia de disparidades de salud injustas entre personas de distinto sexo. «La promoción de la equidad requiere no solo un proceso continuo de igualación, sino también un proceso de abolición o disminución de los privilegios. Por consiguiente, la lucha por la equidad en la salud implica una reducción de la carga excesiva de mala salud entre los grupos más afectados por las inequidades sociales en la salud, minimizando así las desigualdades sociales en este campo y mejorando los niveles medios de salud en general» (Krieger, 2001).

La salud de los hombres y las mujeres es diferente y también desigual (Rohlf, 2000). Es diferente porque existen factores de tipo biológico que se manifiestan de manera distinta en la salud, y desigual porque hay factores sociales, en parte explicados por el género, que establecen diferencias injustas en la salud de hombres y mujeres (Rohlf, 2000). Uno de los ejemplos que mejor ilustran esta distinción es la salud reproductiva: las mujeres pueden quedarse embarazadas y dar a luz en virtud de sus características biológicas, lo que constituye una diferencia clara entre las necesidades de salud de mujeres y hombres. Sin embargo, más de 500.000 mujeres mueren cada año en el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto. Por su evitabilidad e injusticia, la mortalidad materna ha sido calificada como el reflejo más claro de la desigualdad de las mujeres frente a la salud (Organización Mundial de la Salud, 2001).

2.3. Modelos explicativos sobre desigualdades de género en salud

Existen abundantes datos empíricos que apoyan las numerosas diferencias entre la salud de los hombres y las mujeres.

En casi todas las sociedades, las mujeres tienen mayor expectativa de vida que los hombres en similares condiciones socioeconómicas; y sin embargo, a pesar de esta menor mortalidad, las mujeres padecen más enfermedad y malestar que los hombres (Organización Panamericana de la Salud, 2003). Esto es lo que se ha dado en llamar la «paradoja del género» (Sen & Östlin, 2002). La ventaja en supervivencia no equivale necesariamente a una mejor salud, de modo que las mujeres presentan una peor salud percibida (figuras 1 y 2), padecen con mayor frecuencia enfermedades agudas y trastornos crónicos no mortales (tabla 1), y sufren niveles más altos de discapacidad a corto y largo plazo (Artazcoz, 2004a; Gonzalo, 2004).

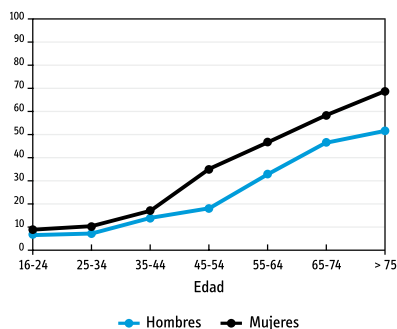
Tabla 1. Enfermedades crónicas diagnosticadas por el/la médico/a en personas adultas. Distribución porcentual según sexo en la población de 16 años o más, 2006

ENFERMEDADES	HOMBRES	MUJERES
Artrosis, artritis o reumatismo	13,87	28,55
Asma	5,09	6,09
Colesterol elevado	15,79	16,46
Depresión/ansiedad u otros trastornos mentales	8,69	20,49
Diabetes	6,13	5,97
Hipertensión	18,20	23,16

Fuente: *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud* del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006

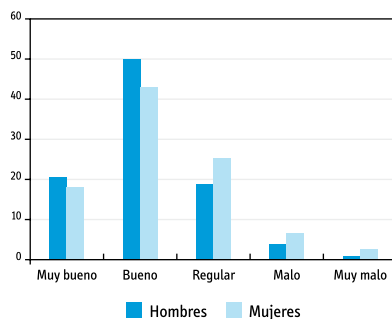
Las desigualdades sociales en salud

Figura 1. Salud percibida deficiente según sexo y edad en Andalucía (ESA 2003)



Fuente: García-Calvente 2007a

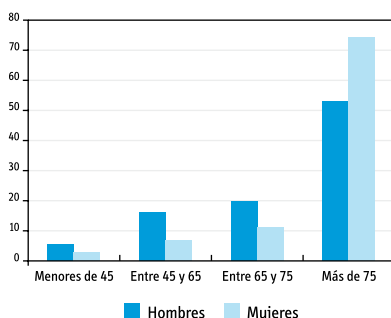
Figura 2. Porcentaje de personas según la percepción de su estado de salud por sexo, 2006



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006

En contraste, los hombres sufren más enfermedades potencialmente mortales que causan más discapacidad permanente y muerte más prematura (Verbrugge, 1989), como ilustra la figura 3. Como se ha expresado crudamente, «los hombres mueren de sus enfermedades mientras que las mujeres tienen que vivir con las suyas» (Thorslund, 1993).

Figura 3. Porcentaje de defunciones, por edad y sexo, 2005



Fuente: Informe Anual del Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006

El género asigna diferentes roles y oportunidades a mujeres y hombres. De esta forma, en función del sexo, las personas asumen determinados estilos de vida y prácticas preventivas que implican riesgos diferenciales para su salud. Igualmente, los distintos roles implican un diferente acceso y control de los recursos y una diferente exposición a factores de riesgo o protectores para la salud. Esto se puede traducir en distintos grados de vulnerabilidad ante la enfermedad y la dependencia, así como una diferente atención sanitaria (Denton, 2004).

La figura 4 resume el origen de las diferencias entre los sexos en el proceso de salud-enfermedad-atención sanitaria.

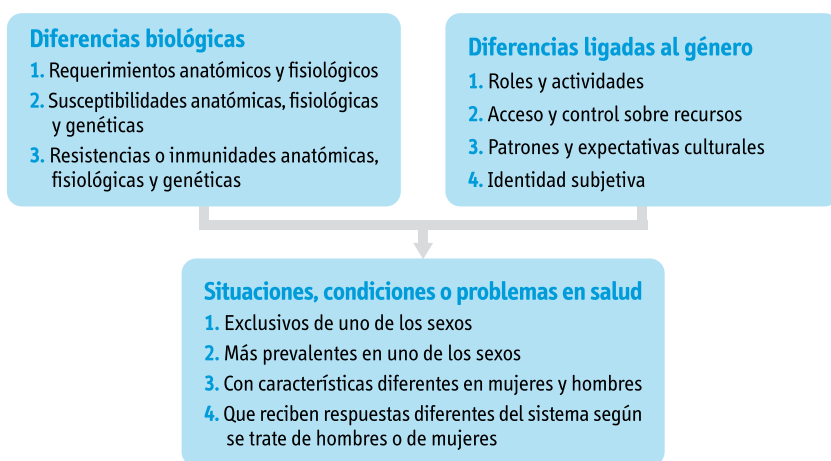
Los modelos explicativos de estas diferencias en el estado de salud están actualmente en pleno debate y desarrollo conceptual. Básicamente, se pueden identificar dos tipos de modelos (Hammarström, 2001; Rohlf, 2000b):

1. **Los modelos biogenéticos**, relacionados con el enfoque biomédico de la medicina occidental, de orientación positivista. Estos modelos propugnan que las diferencias sexuales biológicas entre hombres y mujeres se traducen en diferencias genéticas, hormonales y fisiológicas, factores que marcarían riesgos de enfermar diferenciales.

Las desigualdades sociales en salud

2. Los modelos socioculturales, sin embargo, defienden que son las diferencias de género en comportamientos relacionados con la salud y en las condiciones de vida en áreas como el trabajo productivo (remunerado), los roles reproductivos (cuidado informal, roles conyugales) y otros factores sociales los que implican riesgos diferentes para la salud de mujeres y hombres.

Figura 4. Origen de las diferencias en el proceso de salud-enfermedad-atención



Fuente: OPS, 1997. Taller sobre Género, Salud y Desarrollo. Guía de facilitadores

Actualmente, se están proponiendo marcos explicativos que incorporan e integran los diferentes modelos y que organizan los diversos factores que pueden influir en las desigualdades de género en salud en diferentes niveles: el entorno geopolítico, el nivel de hogar y el nivel individual (Moss, 2002). Entre los factores del entorno geopolítico, se incluyen por ejemplo, las políticas y servicios de bienestar, de empleo, de transporte; los derechos legales; el tipo de organizaciones y la política económica del país o región. Entre los elementos sociales, se habla de normas y sanciones en relación a la discriminación por género, raza o edad u otras características sociodemo-

gráficas. Un nivel específico lo ocupan los roles de género en cuanto a los trabajos productivo y reproductivo (el lugar de trabajo y el hogar). Finalmente, se identifican como elementos «mediadores» factores relacionados con el apoyo social, los comportamientos relacionados con la salud o la accesibilidad a los servicios sanitarios.

En el esquema de la figura 5 se describe el modelo conceptual propuesto por la *Women and Gender Equity Knowledge Network*, en un reciente informe para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, para explicar el papel del género como determinante de la salud (*Karolinska Institutet*, 2007). De este modelo cabe destacar las siguientes características:

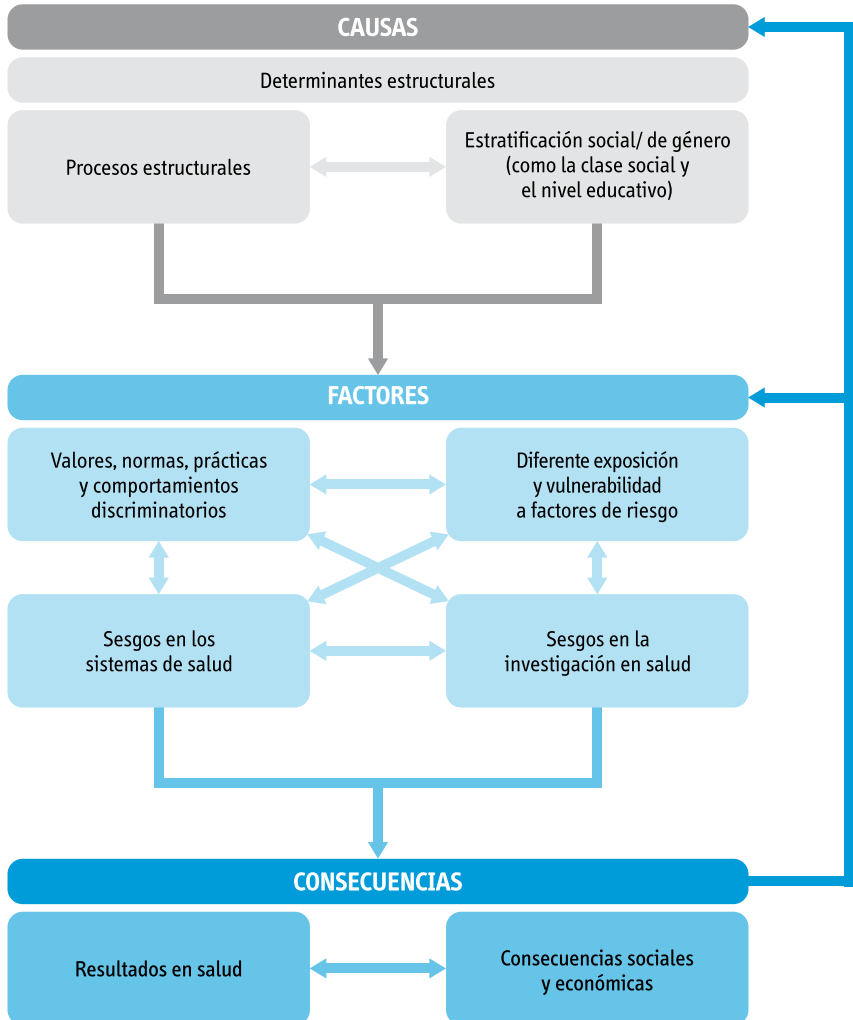
1. Vincula el género con diferentes determinantes estructurales que a corto, medio y/o largo plazo afectan la salud.
2. Incorpora el género como categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que afectan a la exposición y vulnerabilidad a diferentes factores de riesgo.
3. Tiene en cuenta cómo el ordenamiento social de lo masculino y lo femenino se refleja en unos sistemas de salud que introducen sesgos de género.

2.4. Análisis de las desigualdades de género en salud

Cada vez disponemos de más datos que ilustran el funcionamiento del modelo anterior. Conocemos que los determinantes estructurales, como la clase social o el nivel educativo, influyen en la salud de manera desigual según el género (tabla 2). Las mujeres presentan un mayor riesgo de sufrir pobreza a lo largo de sus vidas debido, entre otras razones, a los menores niveles de educación, los salarios más bajos, la mayor frecuencia de empleos temporales o a tiempo parcial, y la dependencia económica derivada de los roles sexuales adquiridos, principalmente

Las desigualdades sociales en salud

Figura 5. Modelo conceptual sobre el rol del género como determinante social de la salud



Fuente: Sen & Östlin, 2007

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

los roles de cuidado familiar (Artazcoz, 1999). Las desigualdades de género confluyen con otros factores estructurales. Así, son las mujeres de las clases sociales más desfavorecidas y con menor nivel de estudios las que se enfrentan a mayores dificultades laborales y a trabajos más estresantes, con peores garantías para su salud (Ayers, 1993; Artazcoz, 2004b). También son las mujeres de menor nivel educativo, sin empleo y de clases menos privilegiadas las que asumen la mayor parte del cuidado de personas enfermas o dependientes de la sociedad (La Parra, 2001; García-Calvente, 2004).

Tabla 2. Salud percibida deficiente*. Distribución porcentual según sexo y clase social de la persona sustentadora principal, 2006

Clase social	Hombres	Mujeres
Clase I	12,71	21,41
Clase II	18,76	26,73
Clase III	23,47	32,88
Clase IVA	27,54	37,97
Clase IVB	29,29	39,89
Clase V	32,83	42,07
Total	24,88	35,03

* Salud percibida deficiente: «regular», «mala» y «muy mala».

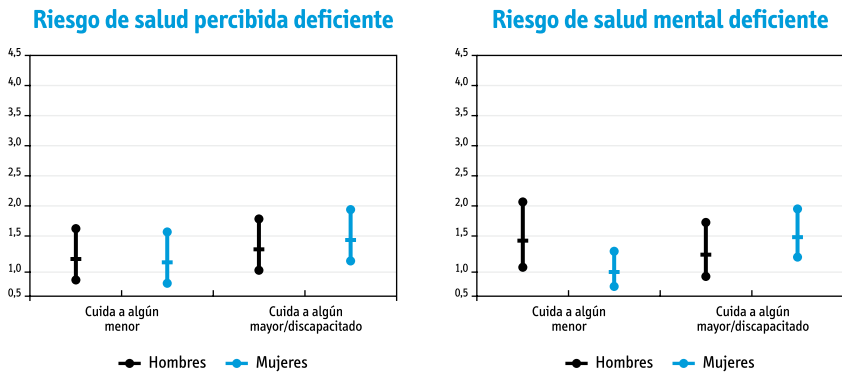
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la ENS 2006

El aumento del trabajo remunerado en las mujeres no se ha traducido en una redistribución de las cargas domésticas. Numerosos estudios de ámbito nacional e internacional han puesto de manifiesto que siguen siendo las mujeres las que asumen la mayor parte del trabajo reproductivo, es decir, el trabajo doméstico y las labores de cuidado en los hogares (García-Calvente, 1999; Larrañaga, 2004; García-Calvente, 2007a; Maroto, 2007). Así, al peso del trabajo fuera de casa, se añade el de dentro del hogar, con la consiguiente «doble carga» de trabajo y de res-

Las desigualdades sociales en salud

ponsabilidades, que tiene como resultado una peor salud. La intersección de las dos esferas (productiva y reproductiva) sitúa a las mujeres en una posición de subordinación y desventaja frente al acceso y el control de ciertos recursos (materiales y no materiales) necesarios para alcanzar un nivel alto de bienestar (Carrasco, 2001, Sugiura, 2004). Cada vez más se plantea la necesidad de estudiar el efecto de la carga reproductiva en la salud de ambos, mujeres y hombres (García-Calvente, 2007a). Como afirman algunas autoras, sólo de este modo es posible alcanzar un completo entendimiento de los determinantes de salud y las desigualdades de género (Walters, 2002).

Figura 6. Riesgo de salud percibida deficiente y de salud mental deficiente según la participación en los cuidados y sexo. Odds ratio ajustadas por edad en la población de 16 años o más (Encuesta Salud de Andalucía, 1999)



Fuente: García-Calvente, 2007a

Las normas basadas en género se manifiestan en los hogares y las sociedades en base a valores y actitudes sobre el valor relativo que se concede a las chicas frente a los chicos, a las mujeres frente a los hombres; sobre quién tiene la responsabilidad de atender las diferentes necesidades y de asumir determinados roles; sobre la

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

masculinidad y la feminidad, o sobre quién tiene el derecho de tomar determinadas decisiones (Sen & Östlin, 2002). Es en la adolescencia cuando los roles femeninos y masculinos se definen de manera más marcada, y estos valores sesgados se traducen en prácticas y comportamientos que afectan a la vida cotidiana de las personas e influyen en su estado de salud y bienestar a lo largo de todo el ciclo vital (Courtenay, 2000). Por ejemplo, las normas que imponen la división sexual del trabajo resultan en diferentes exposiciones y vulnerabilidades frente a una diversidad de factores de riesgo para la salud (Denton, 2004).

Las normas y estereotipos de género condicionan diferencias entre hombres y mujeres en la percepción y evaluación del estado de salud y de los síntomas y en su disposición a actuar para proteger su salud o prevenir la enfermedad. Los hombres acentúan la importancia de estar en forma, ser fuertes, enérgicos, físicamente activos y controlar la situación, mientras que las mujeres dan importancia a no estar enfermas ni necesitar ver al médico. Los hábitos y estilos de vida que asumen hombres y mujeres a menudo son diferentes y están fuertemente influenciados por patrones socialmente adquiridos (tabla 3). El proceso de adopción de la función masculina influye en el modo en que los hombres perciben su salud y en su comportamiento en la búsqueda de ayuda. Para conformarse a las expectativas de la sociedad relativas a los comportamientos masculinos, se frena en los hombres la expresión de sentimientos como el dolor y otros síntomas de la enfermedad (García-Calvente, 2007b).

Tabla 3. Hábitos y estilos de vida. Distribución porcentual según sexo en la población de 16 años o más

Hábitos	Hombre	Mujer
Consumo de tabaco diario ¹	31,6	21,5
Consumo alcohol con riesgo para la salud ²	3,9	0,2
Inactividad física en tiempo libre ²	41,2	52,2

(1) ENS 2006 (2) ENS 2001
Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud de España (ENS)

Las desigualdades sociales en salud

La equidad de género en la atención a la salud supone que los recursos se asignen de acuerdo a las necesidades específicas de mujeres y hombres, que los servicios se reciban según estas necesidades, y que la financiación y el pago de los servicios se ajusten a la capacidad económica y no a los riesgos propios de cada sexo (Gómez, 2002). Se sabe que, en promedio, las mujeres tienden a utilizar más los servicios sanitarios que los hombres (tabla 4), especialmente por su mayor necesidad de atención debido a su rol biológico y social en la reproducción, su peor percepción de salud y su mayor longevidad. Sin embargo, la pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud incluso en los países desarrollados. En sistemas de aseguramiento privado, basado en el riesgo, las mujeres son más costosas para las aseguradoras porque viven más tiempo, tienen más necesidades reproductivas y son más pobres. De este modo, las mujeres pagan más que los hombres para mantener su salud en sistemas de salud no solidarios (Standing, 2000). También se sabe que los gastos de bolsillo en servicios de salud son más altos para las mujeres en diversos países, como EEUU, donde este gasto es un 68% superior en las mujeres que en los hombres (Hernández, 2004).

**Tabla 4. Consulta médica en los últimos 12 meses.
Distribución porcentual, por edad y sexo, 2006**

Grupo de edad	Hombres	Mujeres
16-24	72,5	86,3
25-34	72,4	87,1
35-44	68,4	85,9
45-54	73,6	88,1
55-64	83,4	92,2
65-74	89,6	94,9
75 y más	93,4	96,1

Fuente: ENS 2006

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

A las barreras económicas, se añaden otros obstáculos culturales, sociales y educativos que limitan el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios.

Además de las desigualdades en el acceso a los servicios, existe actualmente suficiente evidencia para afirmar que mujeres y hombres no reciben una atención sanitaria similar, incluso en situaciones de igualdad de diagnóstico y gravedad (Ruiz-Cantero, 2004). Las mujeres suelen recibir cuidados menos agresivos y es menos probable que reciban servicios de alta tecnología (por ejemplo, en unidades de cuidados intensivos) para condiciones como el cáncer o las enfermedades cardíacas, y esto es así incluso en los países más desarrollados (Donner, 2003). Numerosos estudios han demostrado la desigual atención sanitaria que reciben mujeres y hombres, como se ha evidenciado en el caso de las enfermedades cardiovasculares o respiratorias (Aguado, 2006).

El sesgo de género en la atención sanitaria es «el planteamiento erróneo de igualdad o de diferencias entre hombres y mujeres —en su naturaleza, sus comportamientos o sus razonamientos—, que puede generar una conducta desigual en los servicios sanitarios (incluida la investigación) y es discriminatoria para un sexo respecto del otro» (Ruiz-Cantero, 2004). No hay que olvidar que el conocimiento científico en el que se han apoyado las prácticas sanitarias de diagnóstico y tratamiento ha estado históricamente basado en un modelo androcéntrico, que ha producido unos resultados sesgados genéricamente (García-Calvente, 2007c). De manera similar, los sistemas de información sanitaria han sido contruidos en este contexto, produciendo datos que frecuentemente no están desagregados por sexo y basándose en indicadores poco sensibles al género (Hanson, 2000).

Algunos países ya han empezado a aplicar el análisis de género para el diseño de la política sanitaria en sus sistemas de atención a la salud. Un ejemplo es el abordaje de los programas de atención a domicilio desde una perspectiva de género, incorporado a la política de salud canadiense (*Health Canada*, 2000). El cuidado de las personas dependientes y enfermas en el hogar es un trabajo no remunerado que realizan mayoritariamente las mujeres. (García-Calvente, 2004). El desarrollo de programas de atención domiciliaria ha de tener presente esta realidad para no incrementar la sobrecarga que puede suponer para las mujeres el desplazamiento del cuidado de enfermos crónicos, discapacitados o en situación terminal desde los servicios sanitarios hacia los hogares

Las desigualdades sociales en salud

(Morris, 2001), en una situación de desigualdad preexistente en las cargas del cuidado informal asumido por mujeres y hombres dentro del propio núcleo familiar.

Tener en cuenta las diferencias de género es esencial para mejorar la eficiencia y la efectividad de la provisión y la práctica de cualquier sistema de salud (White, 2003), de modo que la falta de reconocimiento de las diferentes necesidades en salud de mujeres y hombres supone una amenaza para el éxito de los objetivos en salud de cualquier gobierno.

2.5. Aplicación de herramientas para reducir las desigualdades de género en la salud

Las políticas públicas en nuestro país han ido asumiendo durante los años recientes el enfoque de género como eje transversal para eliminar las discriminaciones en función del sexo y mejorar la equidad. La Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en su art. 27, establece como inexcusable integrar el principio de igualdad en políticas de salud, y para ello, estadísticas, encuestas sanitarias, políticas, estrategias y programas de salud «integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el principio de igualdad entre mujeres y hombres, evitando que, por sus diferencias físicas o por los estereotipos sociales, se produzcan discriminaciones entre ellos en los objetivos y actuaciones sanitarias».

En Andalucía, ha entrado en vigor muy recientemente la Ley 12/2007 para la promoción de la igualdad de género en Andalucía, que tiene como objetivo *«garantizar la vinculación de los poderes públicos en todos los ámbitos, en el cumplimiento de la transversalidad como instrumento imprescindible para el ejercicio de las competencias autonómicas en clave de género»*. Como una de las medidas fundamentales para la integración de la perspectiva de género en las políticas públicas, la ley incorpora la «elaboración de estadísticas e investigaciones con perspectiva de género», instando a los poderes públicos para:

- Incorporar sistemáticamente la variable sexo en estadísticas, encuestas y recogida de datos.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- Incorporar indicadores de género en las operaciones estadísticas, «que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias en valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de mujeres y hombres».
- Realizar análisis e investigaciones sobre la situación de desigualdad por razón de sexo y difundir sus resultados.

En el ámbito específicamente sanitario, el III Plan Andaluz de Salud propone «desarrollar una política de reducción de desigualdades sociales en salud» (Objetivo 20) y como primera estrategia plantea realizar un estudio de seguimiento de las desigualdades sociales en salud, y entre ellas las de género, en el ámbito autonómico.

El análisis basado en género es una «forma sistemática de observar el impacto diferenciado de programas, proyectos, políticas y piezas legislativas sobre los hombres y las mujeres». Aplicado a la salud, examina las diferencias y desigualdades en los roles que juegan mujeres y hombres, los equilibrios de *poder* en sus relaciones, necesidades, limitaciones y oportunidades y el impacto de estas diferencias en determinar distinta exposición a riesgos, acceso a los beneficios de la tecnología, información, recursos y atención sanitaria, y la realización de derechos (*Gender and Health Group at the Liverpool School of Tropical Medicine, 2000*).

Cuadro 3. Principios básicos del análisis de género aplicado a la salud


1. La equidad de género sólo es alcanzable si se reconoce el diferente impacto de normas e intervenciones sobre mujeres y hombres, de acuerdo con sus diversas situaciones vitales.
2. El análisis de género es una parte integral de un proceso analítico y debe ser aplicado en cada etapa de este proceso.
3. El análisis de género no sólo se enfoca a los resultados, sino también a los conceptos, argumentos y lenguaje utilizados en el proceso.
4. El análisis de género debe aportar soluciones para la desigualdad.

Fuente: *Gender-Based Analysis Policy. Health Canada, 2000*

Las desigualdades sociales en salud

El análisis de género ha de aplicarse en todas las etapas de una intervención, desde el establecimiento de prioridades y recolección de datos, al diseño, implementación y evaluación de políticas o programas. Por tanto sus dos principales aplicaciones son: el análisis de la información en salud (patrones de salud-enfermedad, factores determinantes y factores que afectan a las respuestas que se ofrecen a la salud-enfermedad) y la planificación sensible al género, tanto del sistema de atención como de la investigación en salud (*Gender and Health Group at the Liverpool School of Tropical Medicine, 2000*). En la figura 7 se caracterizan los diversos grados en los que las intervenciones pueden incorporar el enfoque de género.

Figura 7. Grado de integración en enfoque de género en las intervenciones



NEGATIVO	Refuerza las desigualdades de género para conseguir los objetivos de la intervención.	Utiliza normas, roles y estereotipos que refuerzan las desigualdades de género.
NEUTRO	El enfoque de género no se considera relevante para conseguir los objetivos.	No maneja ni interviene sobre normas, roles y estereotipos.
SENSIBLE	El enfoque de género es un medio para conseguir los objetivos.	Tiene en cuenta las normas, roles y estereotipos de género y el acceso diferencial a los recursos.
POSITIVO	El enfoque de género es central para el logro de objetivos positivos.	El cambio de normas, roles y acceso a recursos es un componente importante para lograr los objetivos.
TRANSFORMADOR	El enfoque de género es central para lograr la igualdad entre mujeres y hombres y los objetivos de la intervención.	Transformación de las relaciones desiguales de género.

Fuente: Elaboración propia a partir de INSTRAW. Glosario de Género, 2004

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

Durante los últimos años se han incorporado diversas herramientas metodológicas para el diseño y la utilización de indicadores que nos permitan visibilizar la situación de equidad de género y el impacto de las políticas de igualdad en nuestro contexto. Los indicadores de género tienen la función de señalar los cambios sociales en términos de relaciones de género a lo largo del tiempo. Son de utilidad para señalar modificaciones en el estatus y rol de las mujeres y de los hombres en distintos momentos del tiempo, y por tanto, ofrecer una imagen dinámica de la situación de la equidad de género en un contexto determinado. Por tanto, uno de los requisitos exigibles a un indicador para considerarlo sensible al género será que la medida en cuestión contenga una importante «historia de equidad de género», esto es, que el fenómeno medido muestre claras variaciones (aunque innecesarias) entre mujeres y hombres (OMS, 2003).

En el ámbito de la salud y sus determinantes, los indicadores desagregados por sexo no siempre equivalen a indicadores sensibles al género, a pesar de que en ocasiones se utilizan estos términos de forma indistinta (Ruiz-Cantero, 2006; Phillips, 2008). La información desagregada por sexo indica si existen diferencias entre mujeres y hombres en una dimensión específica de la salud, mientras que los indicadores con sensibilidad de género nos muestran las consecuencias en la salud del género como construcción social y, así, ayudar a comprender si la diferencia observada entre sexos en el estado de salud es el resultado de desigualdades o inequidades de género (Ruiz-Cantero, 2006).

Asistimos en este momento a una progresiva sensibilización del sector salud hacia la situación de desigualdad de género todavía existente en nuestro contexto. Sin embargo, la incorporación del enfoque de género al discurso político y la puesta en marcha de medidas legislativas y de política sanitaria para mejorar la equidad entre mujeres y hombres, se sitúa todavía distante de la integración de la perspectiva de género en todos los niveles del sistema sanitario.

Se están realizando grandes avances en la visibilización de las diferencias en salud entre los sexos y las desigualdades de género que encierran (García-Calvente, 2007d; Observatorio de Salud de la Mujer, 2007), incluida la identificación de los sesgos de género existentes en la atención sanitaria (Ruiz-Cantero, 2004). Igualmente, se han

Las desigualdades sociales en salud

producido evidentes progresos en los sistemas de información sanitaria para incorporar el género (y no sólo el sexo) como eje fundamental (Rohlfs, 2000b). También se está incorporando de manera progresiva el análisis de género a las políticas, planes y programas sanitarios (Peiró, 2004; García-Calvente, 2007e), y se han propuesto instrumentos para que la investigación en salud produzca un conocimiento válido y no sesgado genéricamente (García-Calvente, 2007c). Pero aún queda un amplio camino por recorrer, que pasa necesariamente por estrategias de formación (más allá de la sensibilización), de todas las personas profesionales del sistema de salud en el manejo de herramientas de análisis e intervención que consigan reducir las desigualdades de género en salud y en la atención sanitaria.

2.6. Bibliografía

- Aguado María José, Márquez Soledad, Buzón María Luz. Diferencias entre mujeres y varones en el acceso a procedimientos cardiovasculares intervencionistas en los hospitales públicos de Andalucía. *Rev Esp Cardiol*. 2006; 59: 785-93.
- Artazcoz Lucía, Moya Carmela, Vanaclocha Hermelinda, Pont Pepa. La salud de las personas adultas. *Gac Sanit*. 2004a; 18 (Supl 1): 56-68.
- Artazcoz Lucía, Escribá-Agüir Vicente, Cortés Inma. Género, trabajos y salud en España. *Gac Sanit*. 2004b; (Supl 2): 24-35.
- Braveman, Paula. Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Reviews of Public Health*. 2006; 27: 167-194.
- Carrasco, Cristina. Hacia una nueva metodología para el estudio del tiempo y del trabajo. Taller Internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género. Santiago de Chile: OPS/OMC, FONASA; 2001.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. *Panorama social de América Latina 2002-2003*. Santiago de Chile: CEPAL; 2004.
- Courtenay, Will H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Soc Sci Med*. 2000; 50(10): 1385-401.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- Denton Margaret, Prus Steven, Walters Vivienne. Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Soc Sci Med.* 2004; 58: 2585-60.
- Donner Lissa. Including gender in Health Planning: a guide for Regional Health Authorities. Winnipeg: Prairie Women's Health centre of Excellence, 2003.
- Esteban Mari Luz. El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva.* 2006; 2(1): 9-20.
- García-Calvente María del Mar, Mateo Inmaculada, Gutiérrez-Cuadra Pilar. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública e Instituto Andaluz de la Mujer; 1999.
- García-Calvente María del Mar, Del Río María, Eguiguren Ana Pamela. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. Inguruak. *Revista Vasca de Sociología y Ciencia Política.* 2007a; 44: 291-308.
- García-Calvente María del Mar, Mateo Inmaculada, Maroto Gracia, Gil Eugenia, Martínez Emilia. Diferencias de género en la percepción del estado de salud y sus determinantes. Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria (Expediente PI041751) y Consejería de Salud (Expediente 04/008). Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007b.
- García-Calvente María del Mar, Jiménez María Luisa, Martínez Emilia, Del Río María. Guía para la incorporación de la perspectiva de género en la investigación en salud. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007c.
- García-Calvente María del Mar, Delgado Ana M, Mateo Inmaculada, Maroto Gracia, Bolívar Julia. El género como determinante de desigualdad en salud y utilización de los servicios sanitarios. En: *Primer Informe sobre Salud y Desigualdades sociales y de Género en Andalucía.* Granada: INDESAN; 2007d.
- García-Calvente María del Mar, Castaño Esther, Mateo Inmaculada, Maroto Gracia, Ruiz-Cantero María Teresa. A tool to analyse gender mainstreaming and care-giving models in support plans for informal care: case studies in Andalusia and the United Kingdom. *J Epidemiol Community Health.* 2007e; 61(Sup 2): 32-38.
- Gender and Health Group at the Liverpool School of Tropical Medicine. Guidelines for the analysis of Gender and Health. Liverpool: University of Liverpool, 2000. Disponible en: www.liv.ac.uk/lstm/hsr/GG-1.html (consultado el 03.09.2008).
- Gómez Elsa. Equidad, género y salud: retos para la acción. *Rev Panam Salud Pública.* 2002; 11(5/6).

Las desigualdades sociales en salud

- Gonzalo Elena, Pasarín María Isabel. La salud de las personas mayores. *Gac Sanit.* 2004; 18(Supl 1): 69-80.
- Hanson, Kara (OPS). La medición del estado de la salud. Género, carga de morbilidad y establecimiento de prioridades en el sector salud. Harvard: Harvard Center for Population and Development Studies; 2000.
- Hammarström Anne, Hårenstam Annika, Östlin Piroksa. Gender and health: concepts and explanatory models. En: Östlin Piroksa, Danielson Maria, Diderichsen Finn, Hårenstam Annika, Lindberg Gudrun (eds). *Gender inequalities in health. A Swedish Perspective.* Boston: Harvard Center for Population and International Health; 2001.
- Health Canada. Gender-Based Analysis Policy, 2000. [monografía en Internet]. Disponible en: www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/gender-sexe/policy-politique-eng.php (consultado el 10.11.2008).
- Hernández-Bello, Amparo. Equidad de género y reforma del sector salud en América Latina. Seminario internacional Equidad de género en la reforma del sector salud: Oportunidades y retos. Washington: OPS; 2004.
- INSTRAW. Glosario de Género, 2004. [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.un-instraw.org/es/index.php?option=content&task=view&id=37&Itemid=76> (consultado el 01.11.2008).
- Karolinska Institutet. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Unequal, unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequality in Health: Why it exists and how we can change it, 2007. [monografía en Internet] Disponible en: http://www.eurohealth.ie/pdf/WGEKN_FINAL_REPORT.pdf (consultado el 17.11.2008).
- Krieger, Nancy. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55:693-700.
- Krieger, Nancy. Genders, sexes, and health: what are the connections- and why does it matter? *International Journal of Epidemiology.* 2003; 32: 652-657.
- La Parra Daniel. Contribution of women and low-income households to the provision of informal home healthcare. *Gac Sanit.* 2001; 15:498-505.
- Larrañaga Isabel, Arregui Begoña, Arpal Jesús. El trabajo reproductivo o doméstico. *Gac Sanit.* 2004; 18(Supl 1): 31-37.
- Ley para la igualdad efectiva de hombres y mujeres. Boletín Oficial del Estado, nº 71, (23-03-2007). Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/pdf/Ley_de_igualdad.pdf

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- Ley para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 247, (18-12-2007). Disponible en: <http://andaluciajunta.es/portal/boletines/2007/12/aj-boja-VerPagina-2007-12/0,,bi=699177192885,00.html>
- Maroto Gracia, Castaño Esther, García-Calvente María del Mar. Indifference, demandingness and resignation regarding support for childrearing. A qualitative study with mothers from Granada, Spain. *European Journal of Women's Studies*. 2007; 14: 51-67.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2006. [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/informeAnual2006/seguimiento.pdf> (consultado el 18.11.2008).
- Morris Marika. Gender-sensitive home and community care and caregiving research: A synthesis paper. National Coordinating Group of Health Care Reform and Women. [monografía en Internet]. Canada: Health Canada 2001. Disponible en <http://www.womenandhealthcarereform.ca/publications/synthesis.pdf> (consultado el 18.11.2008).
- Moss Nancy E. Gender equity and socioeconomic inequality: a framework for the patterning of women's health. *Soc Sci Med*. 2002; 54:649-661.
- Observatorio de Salud de la Mujer. Informe Salud y Género 2006. Las edades centrales de la vida. [monografía en Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/documentos/250208informeSaludGenero2006.pdf> (consultado el 18.11.2008).
- Organización Panamericana de la Salud. Taller sobre Género, Salud y Desarrollo. Guía de Facilitadores. Washington, D.C.: OPS; 1997
- Organización Panamericana de la Salud. Proyecto Equidad de Género y Reforma de Salud. Observaciones y comentarios al documento Objetivos sanitarios y Modelo de Salud para la década 2000-2010. Chile: OPS; 2002.
- Organización Panamericana de la Salud. Género, salud y desarrollo en las Américas. Washington DC: OPS; 2003.
- Ortiz Teresa. El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer. En: Ramos, Elvira (Ed.) *La salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 2002.
- Peiró Rosana, Ramón Nieves, Álvarez-Dardet Carlos, Colomer Concha, Moya Carmela, Borrell Carme et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit*. 2004; 18(Supl.2).

Las desigualdades sociales en salud

- Rohlfs Izabella, Borrell Carme, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit.* 2000a; 14:60-71.
- Rohlfs Izabella, Borrell Carme, Anitua Cecilia, et al. La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud. *Gac Sanit.* 2000b; 14(2): 146-15.
- Ruiz-Cantero María Teresa, Verdú María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit.* 2004; 18(Supl 1): 118-125.
- Ruiz-Cantero María Teresa, Papí Natalia, Cabrera Virginia, Ruiz Ana, Álvarez-Dardet Carlos. Los sistemas de género en la Encuesta Nacional de Salud. *Gac Sanit.* 2006; 20(6):427-34.
- Sen Gitta, Östlin Pirooska. Engendering health equity: a review of research and policy. En: Sen Gitta, George Asha, Östlin Pirooska (eds.). *Engendering international health – the challenge of equity.* Cambridge: The MIT Press; 2002.
- Sen Gitta, Östlin Pirooska, George Asha. Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient. *Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health.* Bangalore: Women and Gender Equity Knowledge Network; 2007.
- Sugiura Keiko, Ito Mikiko, Mikami Hiroshi. Evaluation of gender differences of family caregivers with reference to the mode of caregiving at home and caregiver distress in Japan. *Nippon koshu Eisei Zasshi.* 2004; 51:240-51.
- Standing Hilary. El género y la reforma del sector salud. *Publicación Ocasional nº 3.* Harvard: OPS, Harvard Center for Population and Development Studies; 2000.
- Thorslund Mats, Lundberg Olle, Parker Marti G. Class and morbidity among the oldest old. a study shows a general connection. *Journal of the Swedish Medical Association.* 1993; 90(41): 3547-53.
- Verbrugge Lois M. The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior.* 1989; 30(3): 282-304.
- Walters Vivienne, McDonough Peggy, Stroschein Lisa. The influence of work, household structure, and social, personal and material resources on gender differences in health: an analysis of the 1994 Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med.* 2002; 54(5): 677-92.
- White Caroline. "Gender blindness" threatens success of government's health strategy. *BMJ.* 2003; 327:1188.

3

Las desigualdades sociales en los determinantes de la salud

Antonio Daponte Codina
Julia Bolívar Muñoz
Maria Natividad Moya Garrido

Las desigualdades sociales en los principales determinantes «intermedios» de la salud son uno de los aspectos claves de la producción de las desigualdades en salud. Se consideran en este capítulo los principales determinantes específicos relacionados con las desigualdades en salud, como son los estilos de vida, el empleo y las condiciones de trabajo, el medio ambiente, y los servicios sanitarios.

3.1. Estilos de vida

Están ampliamente evidenciadas las desigualdades en los estilos de vida y el impacto de estos en la salud y la enfermedad. Los principales determinantes de los

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

hábitos relacionados con la salud como el consumo de tabaco, de alcohol o la práctica de actividad física presentan un trasfondo socioeconómico y de inequidad. Estos factores inciden en prácticas desiguales de salud y consecuentemente, en niveles de salud desiguales.

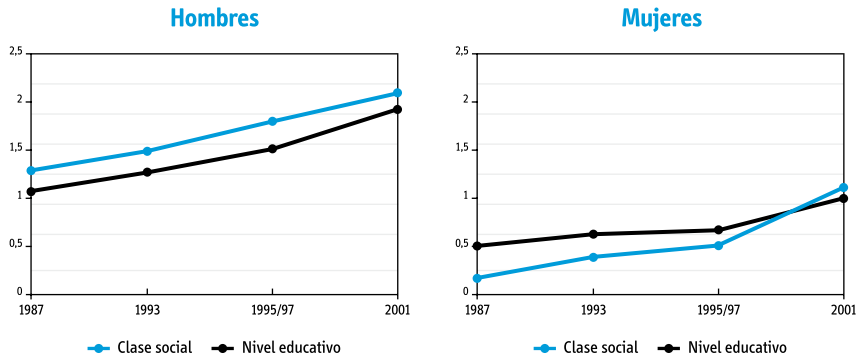
Los comportamientos observados ante el consumo de tabaco muestran un acentuado gradiente social y de género. El tabaco es una de las drogas más consumidas y su relación con diversas causas de muerte y enfermedades crónicas está ampliamente demostrada. Prevenir su consumo es uno de los principales objetivos de las políticas públicas sanitarias.

Los grupos sociales más desfavorecidos o con menos estudios muestran una prevalencia más alta de consumo de tabaco en países en un estadio avanzado (IV estadio) de la epidemia del tabaco, tales como los EEUU, Canadá, Inglaterra, o el norte de Europa. La llamada «epidemia del tabaco» distingue cuatro estadios. En un primer momento (I) su consumo es algo relativamente extraordinario, y es más frecuente en los grupos más favorecidos. En varias décadas este hábito se extiende en todos los grupos sociales (II) y en el punto más alto empieza a descender, especialmente entre los grupos más privilegiados (III). Este mismo patrón se da en las mujeres, de una a dos décadas más tarde y con una prevalencia más baja. En España, el estado actual se corresponde con el final de la fase III del modelo descriptivo de la epidemia de tabaquismo. Estudios recientes indican un aumento de las desigualdades en nuestro país en el consumo de tabaco y en la práctica de otros hábitos nocivos para la salud, se apunta a que son aquellos grupos más privilegiados quienes se benefician antes y en mayor medida de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud. Los grupos más favorecidos se inician menos y abandonan antes los hábitos no saludables, entre otras causas (Regidor et al., 2001; Fernández et al., 2001; Schiaffino et al., 2007).

En la figura 1 se observa que, mientras en el caso de los hombres el no tener estudios o ser trabajadores manuales no cualificados representa tener una mayor probabilidad de ser consumidor de tabaco, en las mujeres, hasta el año 2001 sucede lo contrario: el pertenecer a las clases más desfavorecidas aparece como protector ante el consumo de tabaco (odds ratio por debajo de 1).

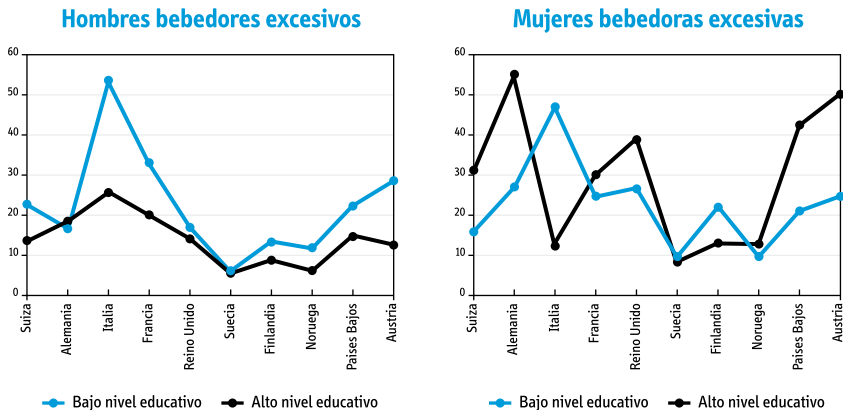
Las desigualdades sociales en salud

Figura 1. Odds ratio de consumo de tabaco según sexo, clase social y nivel educativo, España 1987-2001



Fuente: Daponte 2004

Figura 2. Consumo excesivo de alcohol en hombres y mujeres en Europa



Fuente: Bloomfield et al. 2006

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

La figura 2 muestra las prevalencias de consumo excesivo de alcohol según nivel educativo, sexo y edad (29 a 59 años) en diversos países europeos. Si bien en el caso de los hombres las prevalencias más altas se dan entre los niveles educativos más bajos, en el caso de las mujeres es lo opuesto, salvo en los países de Italia y Finlandia (Bloomfield et al., 2006).

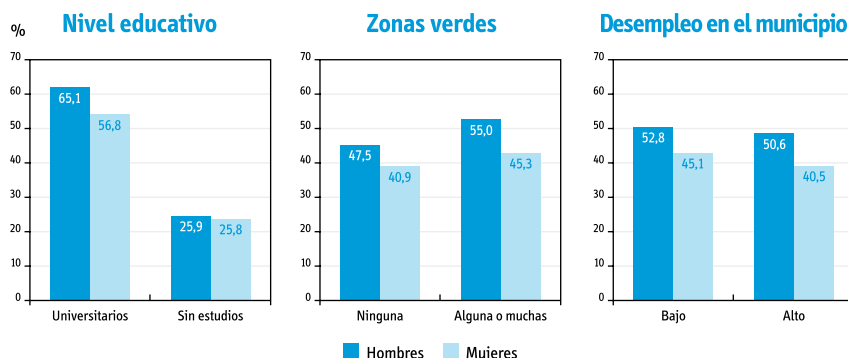
Los estudios realizados sobre actividad física indican que hay un mayor sedentarismo en las mujeres, en las personas fumadoras o con sobrepeso, en quienes perciben su salud como deficiente y también tiene un efecto negativo la edad. A excepción del tabaco, que es la principal causa de cáncer, se considera que entre el 29,3 y el 40, 6% de la incidencia de una enfermedad como el cáncer podría ser prevenible con medidas relacionadas con la dieta, el control del peso y la actividad física.

El tener un bajo estatus socioeconómico se relaciona con una menor práctica de actividad física en el tiempo libre. Por una parte, la escasez de recursos económicos pueden ser limitadoras para asistir durante el tiempo libre a centros como gimnasios, y por otra, una alta actividad física durante la jornada laboral (trabajadores/as manuales) puede ser inhibidora de la práctica de actividad física en el tiempo libre.

De algunos estudios se desprende que los grupos más desfavorecidos tienen una mayor percepción de que las áreas donde residen son poco atractivas, tienen más tráfico y son más estresantes para la realización de ejercicio físico. Los factores del entorno físico como la percepción de seguridad del barrio, su atractivo, aceras transitables, espacios públicos abiertos, centros recreativos, zonas verdes, se han configurado como importantes determinantes de la realización de actividad física en otros estudios, una vez se ha considerado también variables sociodemográficas como la edad, el nivel educativo, la etnia, etc. Por otro lado, aquellas personas que viven en áreas deprimidas tienen más probabilidad de ser inactivas físicamente que aquellas que viven en áreas más favorecidas, debido, en parte, por un menor gasto social en programas y servicios, y una serie de procesos que se generan y que inician una «espiral de deterioro» del área de residencia, teoría que explicaría la asociación entre el nivel socioeconómico del entorno y la práctica de actividad física.

Las desigualdades sociales en salud

Figura 3. Prevalencia de práctica de actividad física según nivel educativo, existencia de espacios verdes en el barrio y nivel de desempleo municipal, Andalucía 1999-2003



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud. Elaboración propia

El EPIC, Estudio Prospectivo Europeo sobre Cáncer y Nutrición, se inició con el objetivo de mejorar el conocimiento científico sobre factores nutricionales implicados en el cáncer y poder aportar así las bases científicas para intervenciones de salud pública dirigidas a promover una dieta y estilos de vida saludables. Es el estudio de cohorte prospectivo más amplio realizado en el mundo y se inició en 1993 con la recogida de datos y muestras de sangre en 23 centros de 10 países europeos. Los primeros resultados señalan el efecto protector de la fruta en determinados cánceres, como el de pulmón, colon, recto, esófago, tracto digestivo superior, o la fibra alimentaria para el cáncer de colon y recto. Así, por ejemplo, el cáncer de estómago y esófago, se ha asociado con una dieta baja en frutas y verduras, tabaquismo, obesidad, actividad física y otros hábitos. Un trabajo realizado por el EPIC indica que un alto nivel educativo se asocia a un riesgo reducido de adenocarcinoma gástrico. Los participantes de este estudio con un alto nivel educativo, eran más delgados, comían más verduras y era menos probable que fueran fumadores al ser reclutados. La consideración de estas variables y otras asociadas a una clase social baja, no explican completamente la asociación entre los factores socioeconómicos y el riesgo del cáncer (Nagel et al., 2007).

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

Tabla 1. Comparación la contribución de energía por cada grupo y subgrupos de alimentos según nivel socioeconómico

Alimentos	Bajo nivel socioeconómico			Alto nivel socioeconómico			P
Lácteos	153,3	±	166,6	214,8	±	178	0,002
Leche y yogur	100,6	±	123,9	129,4	±	112,9	0,04
helado	5,3	±	28,3	10,9	±	52,4	0,2
queso	38,7	±	95,4	68,8	±	127,6	0,02
Carnes	260,5	±	265,9	273,3	±	239,5	0,7
ternera	19	±	127,2	42,3	±	148,3	0,14
pollo	110,9	±	161,8	109,6	±	156,5	0,94
pescado	30,5	±	140,6	43,4	±	130	0,42
Legumbres, nueces	62	±	178,3	112,1	±	274,2	0,046
Cereales	504,3	±	363	581,1	±	366,5	0,07
Pan	268,3	±	241,2	236	±	237,2	0,24
Galletas y bizcochos	104,1	±	195,8	141,9	±	184,2	0,09
Cereales desayuno	8,9	±	46,1	25,3	±	66,3	0,02
Frutas	195,8	±	198,4	185,2	±	208,8	0,65
Cítricos	86,4	±	159,7	44,1	±	80,6	0,002
Verduras	146,1	±	175,5	157,9	±	135,9	0,53
Patatas	62,1	±	140,3	47,5	±	90,4	0,25
variadas	64,9	±	79,4	88,5	±	102,5	0,03
Aceites, margarina, mantequilla, mayonesa	75,8	±	125,4	46,5	±	94,7	0,03
Azúcar, café, té, bebidas y alcohol	143,3	±	169,5	120,6	±	133,8	0,21

Fuente: Shahar et al. 2005

Las desigualdades sociales en salud

Dentro del EPIC, otro estudio realizado en Norfolk, Reino Unido, indica que el pertenecer a las clases manuales, el no tener estudios y el vivir en un área deprimida, predicen significativamente de manera independiente un consumo más bajo de frutas y verduras. El efecto del área de residencia predominaba en aquellos de clase manual y sin estudios (Shohaimi et al., 2004). Bajo el mismo marco, otro trabajo realizado en Italia muestra la concordancia entre hábitos dietéticos nocivos (alto consumo de carne, grasas y alcohol y bajo consumo de aceite de oliva y pescado) con un bajo nivel educativo, especialmente en el sur (Vannoni, 2003).

Shahar et al. (2005) comprueban en Israel que la dieta entre los grupos con bajo nivel socioeconómico es significativamente baja en proteínas, grasas monoinsaturadas y la mayoría de vitaminas y minerales (tiamina, riboflavina, niacina, vitamina C, calcio, magnesio y hierro), a excepción de la vitamina E, que fue más alta en estos grupos. Aceites, grasas (mantequilla, margarina, mayonesa) y frutas cítricas fueron más consumidas en estos grupos. Los productos lácteos, cereales y legumbres fueron consumidos más por sujetos en los grupos de alto nivel socioeconómico (tabla 1, en la página anterior).

Tabla 2. Porcentaje de personas que consumen fruta, verdura y cereales diariamente y legumbres una o dos veces por semana por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003

	Consumo diario de fruta		Consumo diario de verdura	
	Hombres* %	Mujeres* %	Hombres* %	Mujeres* %
Clase social				
Clase I	73,4	69,0	45,3	46,9
Clase II	70,2	69,7	41,2	56,0
Clase III	60,9	70,9	33,2	35,8
Nivel educativo				
Universitarios	65,6	72,4	44,5	53,4
Secundarios	64,7	70,5	44,3	43,2
Primarios y sin estudios	59,5	67,3	31,4	40,6
Total	63,6	70,4	34,1	43,6

Tabla 2. Porcentaje de personas que consumen fruta, verdura y cereales diariamente y legumbres una o dos veces por semana por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003 (continuación)

	Consumo diario de fruta		Consumo diario de verdura	
	Hombres* %	Mujeres* %	Hombres* %	Mujeres* %
Clase social				
Clase I	51,2	52,4	87,2	88,8
Clase II	49,2	44,8	86,6	83,4
Clase III	47,5	46,3	86,5	80,2
Nivel educativo				
Universitarios	49,8	49,9	89,9	80,7
Secundarios	53,4	49,0	88,6	79,8
Primarios y sin estudios	43,0	44,6	87,3	84,1
Total	48,4	46,8	86,0	83,5

* Test de contraste de hipótesis para hombres y para mujeres: Estadísticamente significativo ($p < 0,01$). Clase Social: Clase I (Directivos/as o profesionales universitarios/as), Clase II (Administrativos/as, servicios personales, por cuenta propia, supervisores) Clase III (Manuales cualificados/as, semicualificados/as, no cualificados/as). Realizada a partir de la Clasificación basada en las ocupaciones de la Sociedad Española de Epidemiología.

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración propia

La tabla 2 presenta datos de Andalucía y se observa un claro patrón de desigualdad en los hombres en función de la clase social y el nivel de estudios. Entre las mujeres, el patrón de desigualdad se observa especialmente al considerar el nivel de estudios.

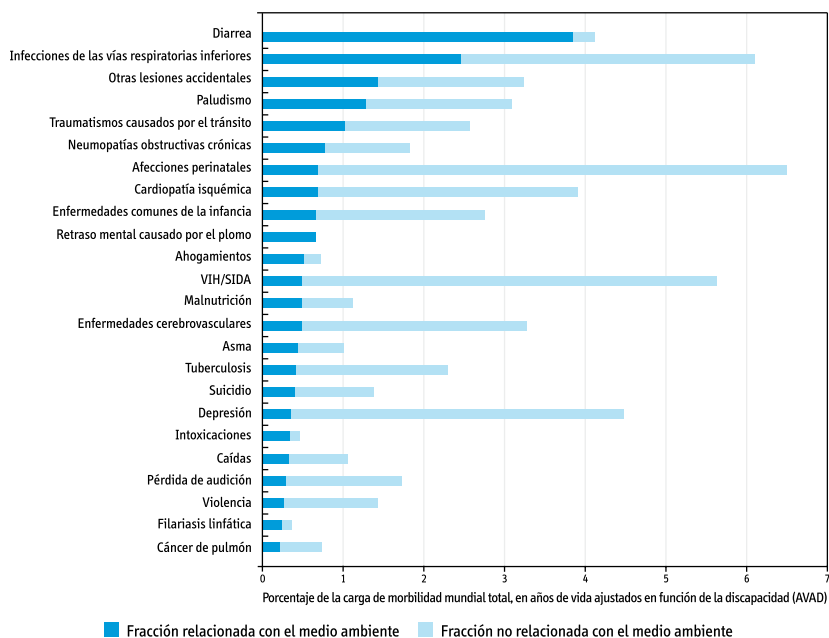
3.2. Medio ambiente

Se calcula que el 24% de la carga de morbilidad mundial y el 23% de todos los fallecimientos pueden atribuirse a factores ambientales. Estos son los datos aportados por un estudio de la OMS en el año 2006 sobre la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. De este Informe también se desprende que de las 102 principales enferme-

Las desigualdades sociales en salud

dades, grupos de enfermedades y traumatismos que cubre el Informe de la OMS sobre la salud en el mundo de 2004, los factores de riesgo ambientales contribuyeron a la carga de morbilidad en 85 categorías. En la siguiente figura, número 4, la barra azul oscura más la barra azul clara del diagrama representan la carga de morbilidad total. AVAD es una medida ponderada de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad.

Figura 4. Enfermedades con la mayor contribución causal del medio ambiente



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006

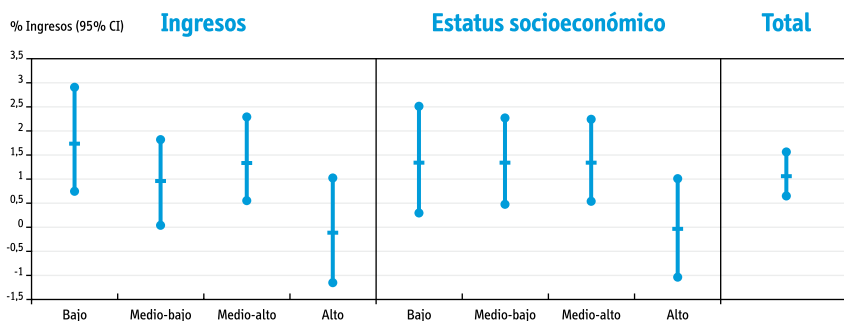
Existe un importante gradiente socioeconómico en el impacto del medio ambiente en la salud de la población. Es en los países llamados «en desarrollo» donde la carga de morbilidad por causas ambientales es mayor, si bien en el caso de algunas enfer-

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

medades como las cardiovasculares o los cánceres la carga de morbilidad per cápita es superior en los países del denominado «primer mundo».

En este «primer mundo» se ha evidenciado que las personas con niveles socioeconómicos más bajos tienen una mayor probabilidad de vivir en áreas más afectadas por el tráfico y la contaminación y que es en los grupos más desfavorecidos en quienes la contaminación puede tener un impacto mayor (Hoffmann et al., 2003). Asimismo, en estudios en núcleos urbanos, por ejemplo, en un estudio realizado en Roma (Forastiere et al., 2005), se ha observado que el efecto de la contaminación atmosférica (medida como partículas) sobre la mortalidad es mayor en las personas de clase social más baja o de menor renta, confirmándose un mayor efecto de las partículas en personas en una posición social de mayor desventaja. Una explicación probable es que las personas que viven con mayor desventaja social son más susceptibles a la contaminación atmosférica debido a que padecen también los efectos de otras condiciones crónicas asociadas a su posición social (figura 5).

Figura 5. Efecto de la contaminación en la mortalidad según ingresos y estatus socioeconómico en la ciudad de Roma 1998-2001



Efecto de las partículas PM 10 en la mortalidad, según ingresos y estatus socioeconómico (a nivel de área de residencia, la distribución de la mediana según el censo). Se refiere a personas de 35 y más años.

Incremento por cien, calculado como odds ratio, en el riesgo de morir (e intervalo de confianza del 95%) para 10 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ incremento en PM_{10} .

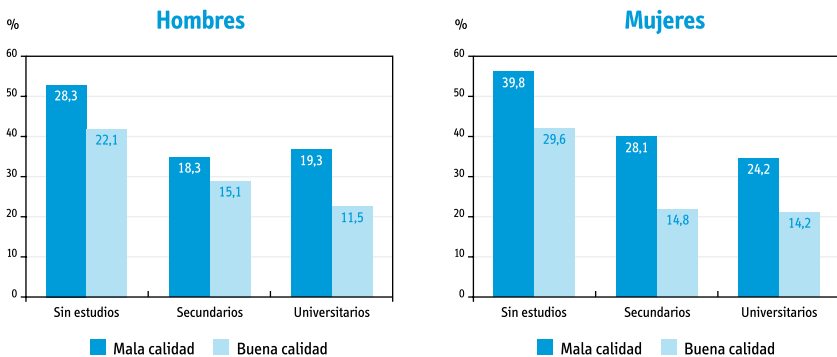
Fuente: Forastiere et al. 2005

Las desigualdades sociales en salud

Los estudios realizados sobre el efecto modificador de la clase social en el impacto de la contaminación en la salud señalan diversas explicaciones para estos resultados. Estos grupos sociales pueden encontrarse más expuestos a contaminantes también en sus trabajos que, combinado con las exposiciones ambientales externas al trabajo, pueden producir efectos mayores en la salud. Otras condiciones vinculadas a su privación material y deficientes condiciones de vida incrementarían su susceptibilidad a la exposición a la contaminación ambiental (Jerrett et al., 2004).

La figura 6 muestra la prevalencia de salud percibida deficiente según el nivel educativo de hombres y mujeres en Andalucía y la percepción que tienen de la calidad del medio ambiente del barrio donde residen. Son las personas con estudios universitarios que residen en barrios con una buena calidad medio ambiental, quienes presentan los niveles más bajos de salud deficiente.

Figura 6. Prevalencias ajustadas por edad, de salud deficiente según nivel educativo y calidad del medio ambiente, Andalucía 2003



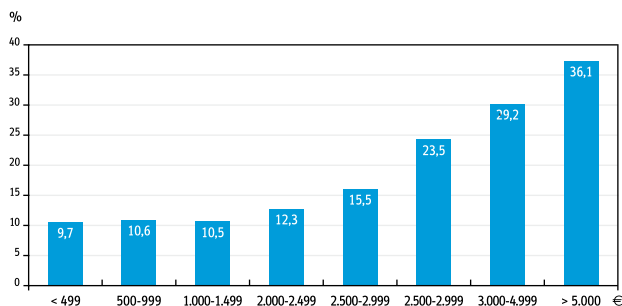
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración propia

La figura 7 muestra la relación existente entre los ingresos netos del hogar y la percepción de las personas sobre la existencia de zonas verdes en su barrio, obser-

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

vándose la enorme diferencia según el nivel de renta, entre un 36,1% de los hogares de mayor renta frente al 9,7% de los hogares con la menor renta.

Figura 7. Percepción de la existencia de muchas zonas verdes, según el nivel de renta en euros, Andalucía 2003



Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración propia

3.3. Empleo y condiciones de trabajo

El trabajo juega un papel fundamental en la vida de las personas. Supone una gran parte de nuestro tiempo, provee de ingresos, da sentido a la vida y es fuente de apoyo social y de diversas formas de participación social (Artazcoz et al., 2003).

Durante las dos últimas décadas, se ha observado una profunda transformación en los modelos de empleo y las condiciones de trabajo en nuestra sociedad. Mientras en los países más pobres y en desarrollo la centralidad la tiene el desempleo o la explotación en el trabajo (especialmente la infantil), en sociedades como la nuestra se destaca por un lado los altos índices de desempleo entre la población, que constituyen uno de los problemas de mayor importancia para la ciudadanía y, por otro lado la precariedad laboral existente a consecuencia de la emergencia de modelos de empleo flexibles, caracterizados por la temporalidad contractual, la vulnerabilidad del trabajador, bajos niveles salariales, y escasa protección social (Amable et al., 2001).

Las desigualdades sociales en salud

Existe una amplia evidencia científica sobre los efectos de las condiciones de empleo y de trabajo en la salud de las personas. El desempleo, la precariedad laboral o la exposición a factores de riesgo físicos, químicos, biológicos, mecánicos, psicosociales, etc. en el lugar de trabajo impactan de diferente manera con la salud de las personas (Artazcoz et al., 2004; Varela, 1999; Wilson, 1993; Benavides et al., 2000; Kivimaki et al., 2003).

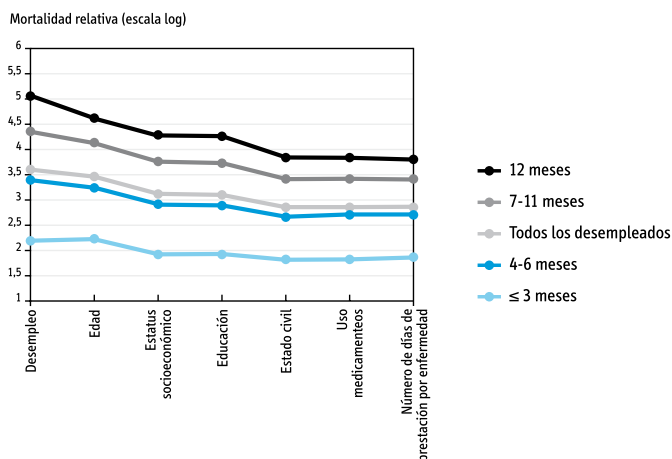
Así por ejemplo, la pérdida de empleo conlleva un peor estado de salud, está asociado con la hipertensión, influyendo en la aparición de trastornos cardiovasculares, en el padecimiento de bronquitis crónica o los síntomas derivados de ella. Asimismo, en sujetos de mediana edad se ha manifestado un deterioro en la salud en patologías de tipo artrítico, dolores de espalda, dermatosis, y dolores de cabeza. (Garrido et al., 1994; Studnica et al., 1991; Kogevinas et al., 1998).

Buena parte de la bibliografía existente confirma una relación directa entre la ausencia o la pérdida de empleo y el desequilibrio mental. Ansiedad, depresión, nerviosismo, miedo, trastornos del sueño y otros problemas de salud mental están estrechamente relacionados con el desempleo, y el desempleo de larga duración. Estos efectos no se distribuyen de la misma manera en hombres y mujeres, y clases sociales, ya que intervienen elementos mediadores como las responsabilidades familiares y el trabajo doméstico (Artazcoz et al., 2004; Del Llano et al., 1996), que hacen que el impacto que pueda causar el estar parado sea diferente entre hombres y mujeres en función de su clase social de pertenencia.

Un estudio de seguimiento realizado en Suecia, de base individual, mostró como el desempleo aumenta significativamente el riesgo de morir (a excepción de mortalidad por cáncer, cardiovasculares y accidentes), habiéndose considerado otras variables sociodemográficas que pudieran relacionarse (Gerdtham, Johannesson, 2003). La figura 8 muestra el exceso de mortalidad relativa por todas las causas en los desempleados respecto a los empleados, considerando la duración del desempleo y cómo se reduce a medida que se van considerando otras variables, ajustando los análisis por ellas (edad, estatus socioeconómico, nivel educativo, estado civil, consumo de medicamentos, número de días de baja por enfermedad con pres-

tación). Destaca el enorme impacto de la duración del desempleo en la mortalidad, puesto que la mortalidad total de los hombres con más de 12 meses de desempleo es 4,3 veces mayor que los que tienen empleo, y aunque esta diferencia es atenuada por los otros factores, aquellos que han sufrido más de 12 meses de desempleo tienen cerca del triple de probabilidad de morir que los empleados, y más del doble en comparación a los que han sufrido menos de 3 meses de desempleo (Martikainen, 1990).

Figura 8. Exceso de mortalidad en hombres desempleados según la duración del desempleo y considerando variables relacionadas, Finlandia 1981-1985

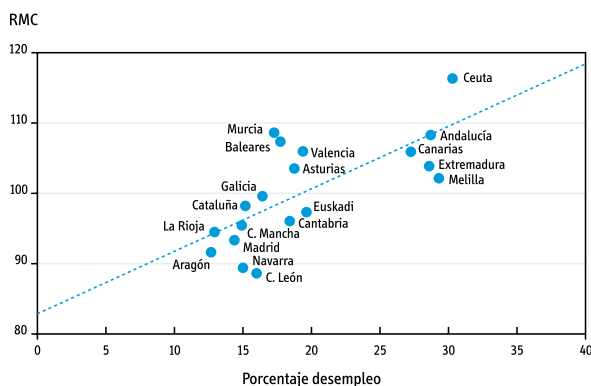


Fuente: Martikainen 1990

La figura 9 con datos sobre España, muestra una Razón de Mortalidad Comparativa (RMC) más alta en aquellas Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de personas en desempleo, observándose una relación lineal entre ambas variables. Los mismos resultados aparecen si se relaciona la mortalidad con el analfabetismo o la privación material.

Las desigualdades sociales en salud

Figura 9. Desempleo y mortalidad por todas las causas y por Comunidad Autónoma, España 1991



Fuente: Navarro V, et al. 1996

La exposición a factores de riesgo psicosocial en el lugar de trabajo está asociada con múltiples efectos perjudiciales para la salud, y aumentan el riesgo de mortalidad, particularmente por causas cardiovasculares. Los puestos de trabajo con una alta demanda y una baja capacidad de decisión, junto con poco apoyo social en el trabajo, son los principales factores de riesgo psicosocial considerados (Kuper, 2003; Ghaddar, 2008).

Aspectos como la carga de trabajo, el apoyo social recibido, las expectativas de promoción, y especialmente el miedo de los trabajadores ante la amenaza potencial de la pérdida de su empleo (inseguridad en el trabajo) se han asociado con una salud deficiente (Borrell et al., 2004) o con depresión (Ferrie et al., 1998).

La precariedad laboral entendida desde el estudio de los tipos de contrato, hace referencia a la situación laboral real de las personas y no a su percepción de la misma. Algunas investigaciones sobre condiciones de empleo se han centrado en los tipos de contrato, centrándose en la temporalidad y el tipo de relación contractual (por ejemplo si son empleados o autónomos), como dimensiones del concepto de preca-

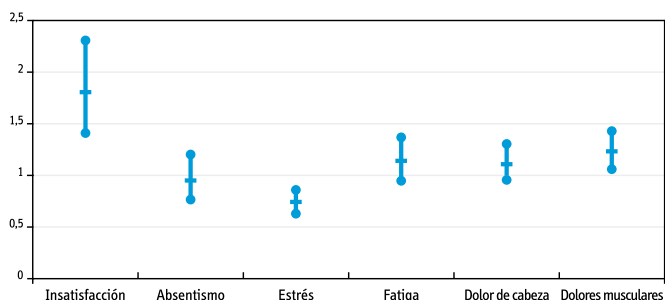
NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

riedad laboral, vinculando de este modo una dimensión social, ya que hace referencia a la situación laboral real de los sujetos (Amable et al., 2001).

Estas investigaciones han evidenciado una mayor mortalidad por todas las causas, especialmente las relacionadas con el alcohol y el tabaco, en los trabajadores temporales respecto a los trabajadores indefinidos (Kivimaki et al., 2003). También se han puesto de manifiesto importantes asociaciones entre las distintas formas de contrato, e indicadores de salud como el agotamiento, la accidentabilidad, el dolor de cabeza y dolores musculares (Benavides et al., 2000). Un estudio realizado en Valencia confirma una mayor morbilidad psíquica entre los empleados inestables y desempleados frente a los trabajadores estables (Garrido et al., 1994).

La figura 10 muestra las odds ratio (OR) de trabajo temporal respecto a al trabajo estable para distintos indicadores de salud. El trabajo temporal se asocia con insatisfacción laboral, y está negativamente asociado con el estrés y el absentismo. La fatiga, el dolor de espalda y los dolores musculares son más comunes en personas con trabajo temporal. Estas asociaciones persisten una vez se ha ajustado por variables individuales y ecológicas (Benavides et al., 2000).

Figura 10. Temporalidad y su impacto en salud en 15 países europeos



Fuente: Benavides et al. 2000

Las desigualdades sociales en salud

3.4. Los servicios de salud y las prácticas preventivas

Los servicios sanitarios constituyen un importante determinante social de la salud. Su acceso, calidad y su cobertura constituyen uno de los ejes del estado de bienestar. El hecho de que esta cobertura sea universal o sea de financiación privada va a condicionar la menor o mayor presencia de desigualdades en el acceso y la atención sanitaria. En el primer caso, el sistema es más equitativo, en el segundo menos, ya que el acceso a la atención sanitaria en caso de enfermedad queda reservada a quienes disponen de los recursos necesarios para pagar esa cobertura.

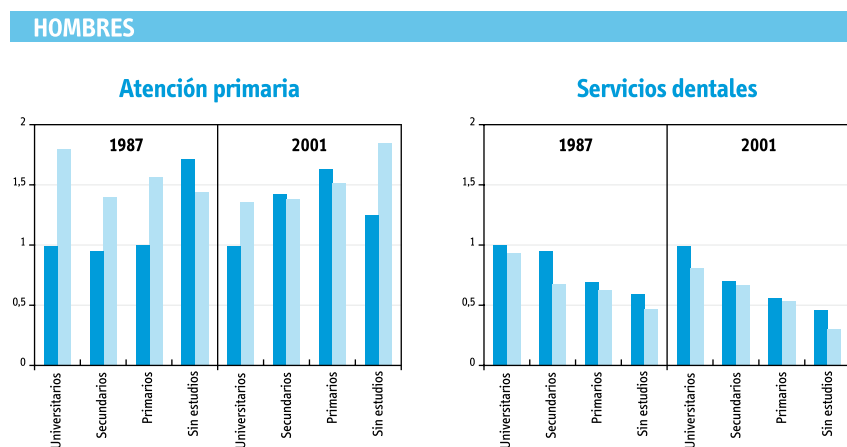
En nuestro contexto, donde predominan los Sistemas Nacionales de Salud, con cobertura universal, se ha constatado una reducción de las desigualdades en el acceso a atención primaria, si bien todavía existe un importante gradiente de clase en las visitas al especialista, en visitas al dentista, en la asistencia hospitalaria, en la realización de actividades preventivas, diagnósticos o tratamientos.

Con la Ley General de Sanidad del año 1986 se produce una reforma importante, se pretende la igualdad de acceso a los servicios de salud (independientemente de la posición social de las personas), con cobertura universal y la ausencia de cualquier tipo de restricciones, económicas o de otro tipo. Asimismo se pretendía la descentralización de los servicios de salud y establecer mecanismos de financiación similares en todas las regiones con el fin de eliminar posibles desigualdades en el acceso a los servicios de salud en zonas geográficas caracterizadas de mejores o peores los niveles socioeconómicos. Una parte importante de la reforma se basa en un nuevo modelo de la atención primaria de salud, definiéndose como el primer contacto con la población, y jugando un papel central en el sistema sanitario, basado en el principio de la equidad. Sin embargo, en esta reforma se excluyen determinados servicios, como la asistencia bucodental (salvo extracciones y control de infecciones), que debe realizarse a partir de clínicas privadas, basándose por tanto en los principios del mercado.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

La figura 11 muestra las odds ratio para uso de atención primaria y servicios dentales en hombres y mujeres según nivel educativo y niveles económicos del municipio de residencia (renta del municipio) en España, 1987-2001. La probabilidad de acudir al dentista es menor en las personas con niveles educativos más bajos, y en las personas que habitan en los municipios con renta más baja, en comparación con aquellos con estudios universitarios y aquellos que viven en los municipios más ricos respectivamente. Este patrón de desigualdad se observa en todo el periodo para los servicios dentales, no así para atención primaria.

Figura 11. Odds ratio para uso de atención primaria y servicios dentales, según sexo, nivel educativo y niveles de renta de los municipios, España 1987 y 2001

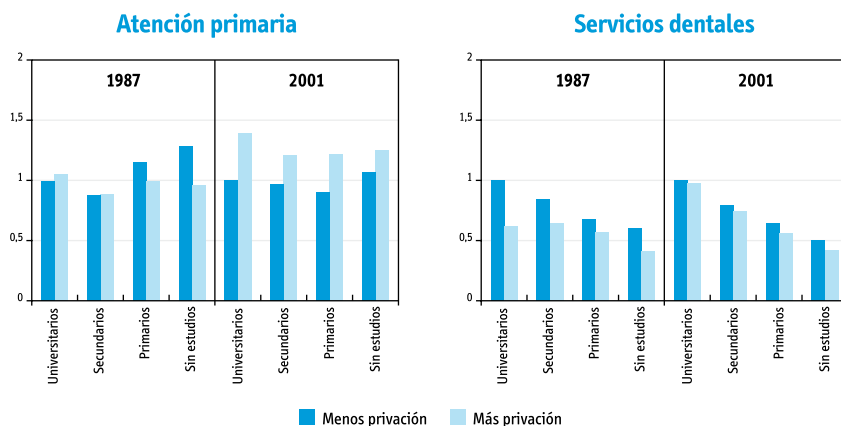


Las personas con nivel universitario en los municipios con mayor nivel de renta es la clase de referencia ($OR = 1$) para cada año. Los modelos de uso de servicios dentales incluyen nivel educativo, edad, situación laboral, tipo de seguro sanitario, salud percibida, consumo de tabaco, realización de actividad física y salud bucodental a nivel individual, y el nivel de renta a nivel municipal. Los modelos de uso atención primaria incluyen nivel educativo, edad, situación laboral, tipo de seguro sanitario, salud percibida, consumo de alcohol y tamaño municipal a nivel individual, y el nivel de renta a nivel municipal.

Las desigualdades sociales en salud

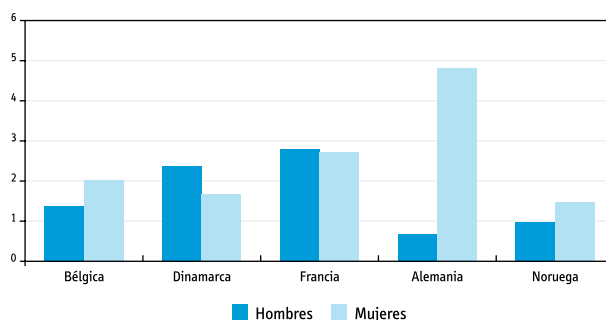
Figura 11. Odds ratio para uso de atención primaria y servicios dentales, según sexo, nivel educativo y niveles de renta de los municipios, España 1987 y 2001 (continuación)

MUJERES



Fuente: Daponte 2004

Figura 12. Odds ratio de visita al especialista en personas con alto nivel educativo, con alguna enfermedad crónica, en comparación a quienes no tienen estudios

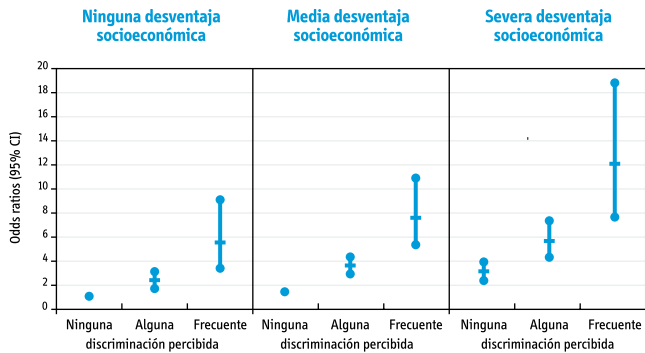


Fuente: Mielck et al. 2007

NUEVASALUDPÚBLICA | 3

La figura 12 muestra que la utilización de especialistas es mayor en los grupos con niveles educativos altos (excepto para los hombres en Alemania). Así, por ejemplo en Bélgica, las mujeres con estudios universitarios tienen el doble de probabilidad de acudir al especialista respecto a la que tienen las mujeres sin estudios (odd ratio: 2,07). Se trata de personas que tienen alguna enfermedad crónica, y se ha controlado por grado de necesidad (a igual estado de salud) y por edad (Mielck et al., 2007). En esta figura, la categoría de referencia son los hombres y mujeres sin estudios.

Figura 13. Odds ratio del efecto de la interacción entre discriminación percibida y desigualdad socioeconómica en el no buscar tratamiento médico, ajustado por edad



Fuente: Wamala et al. 2007

Existe abundante literatura a cerca de la utilización de recursos sanitarios hospitalarios y de los servicios de urgencia por parte de la población, identificando diferencias en el acceso, uso y asistencia de los recursos entre grupos con diversas características socioeconómicas. Se han encontrado desigualdades en la utilización de los servicios de urgencia, a favor de la población con menor nivel socioeconómico, aunque los de mayor nivel ingresan más (Braun et al., 2002). Asimismo, se

Las desigualdades sociales en salud

observan variaciones entre niveles educativos en atención hospitalaria, mostrando una menor utilización por parte de los niveles más bajos, y un mayor tiempo de espera, reflejando la persistencia de barreras que limitan la accesibilidad y la utilización de estos servicios (Regidor, Gutiérrez-Fisac, 1996; Urbanos, 2001). Otros estudios analizan las diferencias a nivel regional (Gutiérrez-Fisac, Fletcher, 1997; Sarria, Sendra, 1993).

También se han evidenciado desigualdades en la calidad de la atención y en los tratamientos. Un estudio realizado en Suecia que analiza la asociación entre la discriminación percibida y el no buscar tratamiento médico y la contribución de la desigualdad económica a esta relación, muestra que el experimentar frecuentemente discriminación se asoció fuertemente con no solicitar tratamiento médico, incluso en la ausencia de desigualdades. Experimentar discriminación frecuentemente y una severa desventaja socioeconómica muestra un claro impacto en hombres (OR: 12 ; IC 95%: 7,7-18,7) y en mujeres (OR: 11,6 ; IC 95%: 8,1-16,6) (Wamala et al., 2007).

En el acceso a determinadas actividades preventivas también se visibilizan desigualdades socioeconómicas. Las tablas que se presentan a continuación muestran datos referidos a Andalucía, respecto a prácticas como la asistencia al ginecólogo o ginecóloga, la realización de mamografías, recibir consejo médico para dejar de fumar o para hacer ejercicio físico y el uso del preservativo.

Consultas a ginecología

Las mujeres de clase social alta son las que presentan mayores porcentajes en cuanto a haber acudido en alguna ocasión a este tipo de consultas (79,15%). También se observan desigualdades en función del nivel educativo siendo más frecuentes las consultas a los y las profesionales de ginecología cuanto más alto es el nivel de estudios alcanzados (82,0% en mujeres universitarias).

Tabla 3. Porcentaje de mujeres que han acudido a una consulta ginecológica y motivo de consulta por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003

	Mujeres que alguna vez han acudido a una consulta ginecológica* (%)	MOTIVO DE CONSULTA		
		Revisiones periódicas* (%)	Detección de cáncer de mama* (%)	Detección de cáncer de útero* (%)
CLASE SOCIAL				
Alta	79,1	68,9	3,1	0,7
Media	75,4	67,6	2,5	1,2
Baja	74,5	60,7	2,0	1,7
NIVEL EDUCATIVO				
Hasta estudios primarios	76,1	66,4	2,9	1,1
Secundarios	76,6	73,9	0,7	0,1
Universitarios	82,0	66,1	0,6	1,3
TOTAL	76,2	68,1	2,6	1,0

* Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ($p < 0,01$).
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración propia

Las desigualdades sociales en salud

Realización de mamografías

Las mujeres de las clases sociales más favorecidas son las que en mayor número se han realizado alguna vez la prueba, 48,5% en la clase social «alta», vs. el 35,0% en la clase social «baja». El porcentaje es mayor si consideramos el nivel educativo (55,0% en mujeres con estudios universitarios y 35,1% en mujeres con nivel de estudios primarios o inferiores).

Tabla 4. Porcentaje de mujeres que se han realizado en alguna ocasión una mamografía y tiempo desde la realización de la última por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003

	Mujeres que han realizado en alguna ocasión una mamografía* (%)	TIEMPO DESDE LA ÚLTIMA MAMOGRAFÍA			
		Hace menos de seis meses* (%)	Entre seis meses y un año*(%)	Entre uno y tres años* (%)	Hace tres o más años* (%)
CLASE SOCIAL					
Alta	48,5	18,5	32,0	32,6	16,9
Media	39,6	17,0	21,2	41,3	20,5
Baja	35,0	20,7	26,1	36,1	17,1
NIVEL EDUCATIVO					
Hasta estudios primarios	35,1	20,9	28,1	34,0	17,0
Secundarios	39,2	14,7	28,3	33,9	23,1
Universitarios	55,0	16,4	41,6	38,1	3,9
TOTAL	37,1	18,9	27,2	34,9	19,0

* Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo (p < 0,01).
Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003. Elaboración propia

Consejo médico para dejar de fumar

El consejo médico para el abandono del tabaco a quienes fuman se ofrece más a los hombres (30,9%) que a las mujeres (23,4%) (Tabla 5). Es más habitual ofrecer consejo para dejar de fumar a los y las fumadoras de clase social menos favorecida (31,3% y 31,0% respectivamente). La tendencia es la misma al considerar el nivel educativo, pero solo en el caso de los hombres. En las mujeres se aconseja más dejar de fumar, cuanto más alta es la formación de éstas (23,0% en mujeres con estudios primarios o inferiores y 35,9% en mujeres con estudios universitarios).

Tabla 5. Porcentaje de población fumadora que ha recibido consejo médico para dejar de fumar por clase social, y nivel educativo, Andalucía 2003

	HOMBRES* (%)	MUJERES* (%)
CLASE SOCIAL		
Alta	29,7	24,7
Media	30,3	20,0
Baja	30,7	31,0
NIVEL EDUCATIVO		
Hasta estudios primarios	30,8	23,0
Secundarios	28,6	23,2
Universitarios	25,7	35,9
TOTAL	30,9	23,4

* Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ($p < 0,01$).

Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración propia

Las desigualdades sociales en salud

Consejo médico para la realización de ejercicio físico

Por otra parte, se recomienda más a las mujeres (27,4%) que a los hombres (22,5%) la realización de ejercicio físico. Entre las mujeres el consejo se da en mayor proporción cuanto mayor es el nivel de estudios, 27,3% en mujeres con estudios primarios o inferiores y 29,7% en mujeres con estudios universitarios, o más alta es su clase social, 29,0% entre las mujeres de clase alta y 27,3% entre las de clase baja.

En los hombres el consejo se ofrece más entre los que tienen estudios secundarios (28,6%), mientras que se hace por igual tanto a la población con nivel educativo más bajo (22,5%), como al más alto (22,4%).

Tabla 6. Porcentaje de población que ha recibido consejo médico para realizar ejercicio físico por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003

	HOMBRES* (%)	MUJERES* (%)
CLASE SOCIAL		
Alta	23,5	29,0
Media	21,3	26,5
Baja	23,5	27,3
NIVEL EDUCATIVO		
Hasta estudios primarios	22,5	27,3
Secundarios	20,8	28,6
Universitarios	22,4	29,7
TOTAL	22,5	27,4

* Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo (p < 0,01).
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración propia

Uso del preservativo

Ante la pregunta de si «usted o su pareja utilizan el preservativo como método anticonceptivo», la respuesta fue afirmativa en el 30% de los casos cuando el encuestado era hombre, frente al 19,7% entre las mujeres.

Entre los hombres, el uso del preservativo es más frecuente entre los grupos más favorecidos oscilando los porcentajes entre el 30,9% en la clase social alta y el 27,9% en la clase social baja. En el caso de las mujeres el uso es mayor entre las de clase social media (20,3%).

En función del nivel educativo, se observa un mayor uso entre los hombres que tienen estudios universitarios (34,6%) y entre las mujeres con estudios secundarios (20,6%).

Tabla 7. Porcentaje de personas que utilizan preservativo como método anticonceptivo en sus relaciones sexuales por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003

	HOMBRES* (%)	MUJERES* (%)	TOTAL* (%)
CLASE SOCIAL			
Alta	30,9	19,9	25,4
Media	30,6	20,3	25,5
Baja	27,9	17,4	22,6
NIVEL EDUCATIVO			
Hasta estudios primarios	29,3	19,5	24,4
Secundarios	29,2	20,6	25,0
Universitarios	34,6	19,7	27,2
TOTAL	30,0	19,7	25,0

* Test de contraste de hipótesis: Estadísticamente significativo ($p < 0,01$).
Fuente: Encuesta Andaluza de Salud 2003. Elaboración propia

Las desigualdades sociales en salud

3.5. Bibliografía

- Amable Marcelo, Benach Joan, González S. La precariedad laboral y su repercusión sobre la salud: conceptos y resultados preliminares de un estudio multimétodos. *Arc Prev Riesgos Labor.* 2001; 4(4): 169-184.
- Artazcoz Lucía, Benach Joan, Borrell Carme, Cortes Inmaculada, 2004. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health.* 94 (1): 82-88.
- Benavides Fernando G, Benach Joan, Díez-Roux Ana V, Roman C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions. *J Epidemiol Community Health.* 2000; 54: 494-501.
- Benavides Fernando G, Benach Joan, Muntaner Carles. Psychosocial risk factors in work place: Is it enough evidence to establish reference values? *J Epidemiol Community Health.* 2002; 56(4): 244-246.
- Bloomfield K, Grittner U, Kramer S, Gmel G. Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study. *J Stud Alcohol Suppl.* 2006; 41(1):i26-i36.
- Borrell Carme, Muntaner Carles, Benach Joan, Artazcoz Lucía. Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour. *Soc Sci Med.* 2004; 58: 1869-87.
- Braun T, García L, Krafft T, Díaz VG. Use of emergency medical service and sociodemographic factors. *Gac Sanit.* 2002; 16(2): 139-144.
- Del Llano Juan, Aracil E, del Llano M, González JL, Fernández F, Roman B, Esquivias M. Una enfermedad llamada paro: la trastienda del desempleo de larga duración, *Gac Sanit.* 1996; 10(53): 73-80.
- EPIC. Estudio prospectivo europeo sobre dieta y cáncer. [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.epic-spain.com/> (consultado el 14.11.2008).
- Fernández Esteve, Schiaffino Anna, García M, Borrás JM. Widening social inequalities in smoking cessation in Spain, 1987-1997. *J Epidemiol Community Health.* 2001; 55(10): 729-730.
- Ferrie JE, Shipley MJ, Marmot Michael G, Stansfeld SA, Davey Smith G. An uncertain future: the health effects of threats to employment security in White-Collared Men and Women. *American Journal of Public Health.* 1998; 88(7): 1030.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- Forastiere F, Stafoggia M, Tasco C, Picciotto S, Agabiti N, Cesaroni G, Perucci CA. Socioeconomic status, particulate air pollution, and daily mortality: differential exposure or differential susceptibility, *Am J Ind Med*. 2007; 50(3): 208-216.
- Ghaddar A, Mateo I, Sánchez P. Occupational stress and mental health among correctional officers: a cross-sectional study. *J Occup Health*. 2008 Jan; 50(1): 92-8.
- Garrido P, Castillo I, Benavides Fernando G, Ruiz I. Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal, *Gac Sanit* 1994; 42(8): 128-132.
- Gerdtham UG, Johannesson M. A note on the effect of unemployment on mortality, *J Health Econ*. 2003; 22(3): 505-518.
- Gutiérrez J, Fletcher AE. Regional differences in hospital use by adults in Spain. *Eur J Public Health*. 1997; 7: 254-260.
- Hoffmann B, Robra BP, Swart E. Social inequality and noise pollution by traffic in the living environment: an analysis by the German Federal Health Survey. *Gesundheitswesen*. 2003; 65(6): 393-401.
- Jerrett M, Burnett RT, Brook J, Kanaroglou P, Giovis C, Finkelstein N, Hutchison B. Do socioeconomic characteristics modify the short term association between air pollution and mortality? Evidence from a zonal time series in Hamilton, Canada. *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(1): 31-40.
- Kivimaki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE. Temporary employment and risk of overall and cause-specific mortality. *Am J Epidemiol*. 2003; 158(7): 663-668.
- Kogevinas M, Anto JM, Tobias A, Alonso J, Soriano J, et al. Respiratory symptoms, lung function and use of health services among unemployed young adults in Spain. Spanish Group of the European Community Respiratory Health Survey. *European Respiratory Journal*. 1998; 11(6): 1363-8.
- Kuper H and Marmot M. Job strain, job demands, decision latitude, and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health*. 2003 February; 57(2): 147-153.
- Mielck A, Kiess R, Stirbu I, Kunst A. Educational level and the utilization of specialist. Results from nine european countries. En: Eurothine final report. [monografía en Internet]. Rotterdam: Department of Public Health, University Medical Centre, 2007. Disponible en <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine/index.php?id=112,0,0,1,0,0> (consultado el 02.11.2008).

Las desigualdades sociales en salud

- Nagel G, Linseisen J, Boshuizen HC, Pera G, Del Giudice G, Westert GP, et al. Socioeconomic position and the risk of gastric and oesophageal cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC-EURGAST). *Int J Epidemiol*. 2007; 36(1): 66-76.
- Prüss-Üstün A, Corvalán C. Ambientes Saludables y prevención de enfermedades. Hacia una estimación de la carga de morbilidad atribuible al medio ambiente. Resumen de orientación. [monografía en Internet]. Ginebra:Organización Mundial de la Salud (OMS), 2006. Disponible en: http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/publications/previdisexecsumsp.pdf (consultado el 17.11.2008).
- Regidor Enrique, de Mateo S, Gutiérrez-Fisac Juan Luis, Fernández H, Rodríguez C. Socioeconomic differences in the use and accessibility of health care services in Spain. *Med Clin (Barc)*. 1996; 107(8): 285-288.
- Regidor Enrique, Gutiérrez-Fisac Juan Luis, Calle ME, Navarro P, Domínguez V. Trends in cigarette smoking in Spain by social class. *Prev Med*. 2001; 33(4): 241-248.
- Sarriá A, Sendra G. Diferencias Regionales en la Utilización Hospitalaria. *Gac Sanit*. 1993; 7(35): 63-69.
- Shahar D, Shai I, Vardi H, Shahar A, Fraser D. Diet and eating habits in high and low socioeconomic groups. *Nutrition*. 2005; 21(5): 559-566.
- Schiaffino A, Fernández E, Kunst A, Borrell C, García M, Borras JM, et al. Time trends and educational differences in the incidence of quitting smoking in Spain (1965-2000). *Prev Med*. 2007; 45(2-3): 226-232.
- Shohaimi S, Welch A, Bingham S, Luben R, Day N, Wareham N, et al. Residential area deprivation predicts fruit and vegetable consumption independently of individual educational level and occupational social class: a cross sectional population study in the Norfolk cohort of the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC-Norfolk). *J Epidemiol Community Health*. 2004; 58(8): 686-691.
- Studnicka M, Studnicka B, Woegerbauer G, Rastetter D, et al. Psychological health, self-reported physical health and health service use: Risk differential observed after one year of unemployment. *Social Psychiatry Epidemiology*. 1991; 26(2):86-91.
- Urbanos Rosa M^a. Explaining inequality in the use of public health care services: evidence from Spain. *Health Care Manag Sci*. 2001; 4(2): 143-157.
- Vannoni F, Spadea T, Frasca G, Tumino R, Demaria M, Sacerdote C, et al. Association between social class and food consumption in the Italian EPIC population. *Tumori*. 2003; 89(6): 669-678.
- Wamala S, Merlo J, Bostrom G, Hogstedt C. Perceived discrimination, socioeconomic disadvantage and refraining from seeking medical treatment in Sweden. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(5): 409-415.

4

Las desigualdades sociales en la salud, la morbilidad y la mortalidad

Antonio Daponte Codina
Julia Bolívar Muñoz

El impacto de las desigualdades sociales en la salud de la población está ampliamente documentado. De forma simple, tres son los ámbitos principales de dicho impacto: salud, morbilidad, y mortalidad.

4.1. Salud

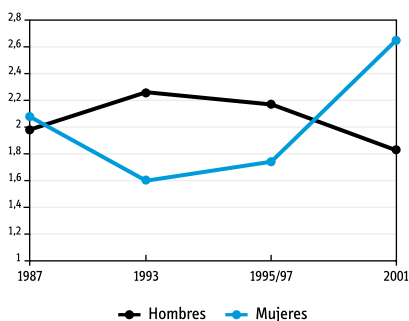
Aunque hay muchos indicadores utilizables para evaluar la salud, quizás el más utilizado en los estudios sobre desigualdades es la salud auto percibida. Es la autoevaluación de la persona sobre su propia salud y es particularmente útil cuando no existen evaluaciones clínicas. Recoge la percepción de la persona acerca de su salud y bienestar tanto físico como psicosocial, y es un fuerte predictor de la mortalidad (Idler & Benyamini,

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

1997). Las personas que declaran tener una salud regular, mala o muy mala tienen un riesgo de mortalidad varias veces superior a los individuos que declaran tener una buena salud. Asimismo, la salud percibida también está asociada a una mayor utilización de servicios sanitarios, a la morbilidad por enfermedades crónicas y a la discapacidad.

Numerosos trabajos han puesto de manifiesto desigualdades en la percepción de salud. Las personas con más nivel educativo alcanzado, mayor renta, o clase social más privilegiada declaran tener una mejor salud, a todas las edades y para ambos sexos. Además, se ha evidenciado que el nivel socioeconómico de un área geográfica puede modificar la asociación entre salud percibida y los indicadores socioeconómicos a nivel individual, de forma que en áreas geográficas de mayor privación es más deficiente la salud percibida de su población (Daponte et al., 2008).

Figura 1. Odds ratio de salud deficiente, en hombres y mujeres, para las personas de clase social más baja, en comparación con la clase más alta, España 1987-2001



Odds Ratios (OR) ajustadas por edad, situación laboral, consumo de tabaco, actividad física, consumo de alcohol y obesidad. Probabilidad de salud deficiente entre quienes pertenecen a la clase más desfavorecida vs la más favorecida (OR=1).

Fuente: Daponte et al. 2008

La figura 1 presenta las tendencias a nivel individual en salud percibida en hombres y mujeres de 1987 a 2001 en España. Las personas en la posición más desfavorecida (trabajadores/as manuales no cualificados/as) presentan una probabilidad más

Las desigualdades sociales en salud

alta de tener una salud deficiente durante todo el período respecto a quienes pertenecen a las clases más privilegiadas. Se observa un aumento de las desigualdades en el caso de las mujeres en la última parte del periodo estudiado. Las mujeres pertenecientes a clases manuales no cualificadas presentan, en el año 2001, 2,64 veces más la probabilidad de tener salud deficiente que la que tienen las mujeres en la clase I, compuesta por directivos/as o profesiones asociadas a titulaciones universitarias (OR: 2,64 ; IC 95%: 2,16-3,23).

4.2. Morbilidad

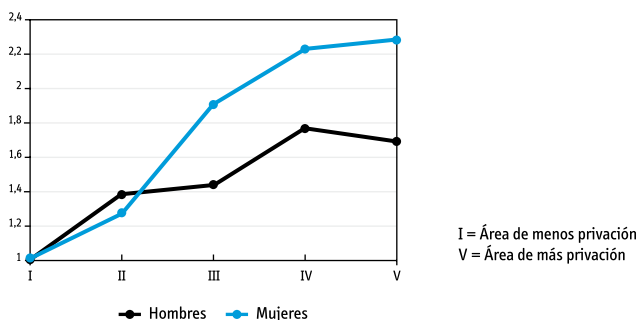
El impacto de las desigualdades sociales en la morbilidad ha sido documentado para numerosas patologías. Por su relevancia en nuestro contexto y a modo de ejemplo, seleccionamos para incluir al cáncer de pulmón y cáncer de mama, la diabetes, y el infarto.

La diabetes mellitus (DM) es un proceso crónico que afecta a un gran número de personas, y constituye un problema personal y de salud pública de enormes proporciones. Constituye una de las principales causas de invalidez y muerte prematura en la mayoría de los países desarrollados y es motivo de un importante deterioro en la calidad de vida de las personas afectadas. Los distintos estudios realizados en España indican un importante incremento en la prevalencia de DM2 en los últimos años, y se puede estimar actualmente en un 10-15%. En Andalucía, se calcula que tienen diabetes unas 450.000 personas, de las cuales, aproximadamente 150.000 no saben que la tienen (Consejería de Salud, 2008).

La literatura científica ha evidenciado gradientes de clase tanto en su incidencia y prevalencia, como en los factores de riesgo de la diabetes y su atención sanitaria (Ruiz et al., 2006). Así, por ejemplo, el estudio Whitehall-II ha mostrado que la incidencia de Diabetes Mellitus tipo 2 es hasta 2,93 veces superior en varones y 1,72 veces en mujeres entre los funcionarios de más baja categoría en referencia a los de categoría más alta (Kumari et al., 2004).

En nuestro contexto, un estudio realizado en el País Vasco evidencia una prevalencia muy superior en las áreas de mayor privación (Larrañaga et al., 2005). Para este estudio se elaboró un índice de privación a partir de la tasa de desempleo, la proporción de trabajadores manuales no cualificados, con estudios primarios o inferiores y los hogares con un bajo nivel de vida. El grupo de referencia es el área de menor privación material. Los hombres que viven en áreas más deprimidas (V) tienen una probabilidad superior de tener diabetes a la que tienen los que viven en áreas de menor privación (I) (69%). Esta probabilidad es más del doble en el caso de las mujeres en áreas de mayor privación. (OR: 1,69 ; IC 95%: 1,41-2,03 ; y OR: 2,28 ; IC 95%: 1,91-2,73 respectivamente).

Figura 2. Odds ratio de diabetes mellitus tipo 2, según el nivel de privación en áreas geográficas para hombres y mujeres, ajustado por edad, País Vasco, año 2000



Fuente: Larrañaga et al. 2005

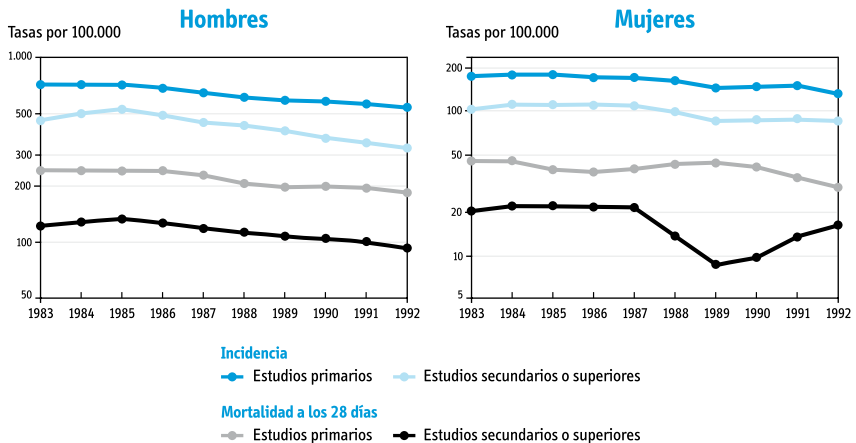
El nivel educativo, los ingresos y la clase social se han identificado como factores de riesgo en la incidencia del infarto agudo de miocardio. Las personas pertenecientes a grupos sociales más desfavorecidas o con menor nivel de estudios presentan una tasa más alta de infarto agudo de miocardio, y una menor supervivencia al mismo. Además de una mayor incidencia, se ha mostrado en estos grupos que presentan una mayor demora prehospitalaria, una ma-

Las desigualdades sociales en salud

yor severidad, una mayor recurrencia y un peor pronóstico (Latour et al., 1996; Sheifer et al., 2000).

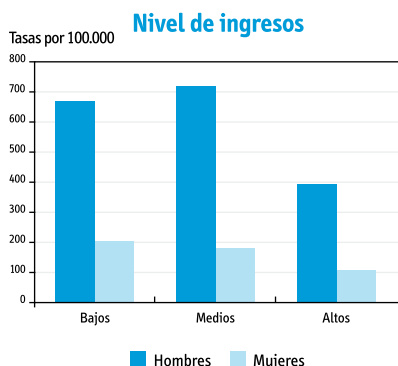
La figura 3 muestra la tendencia de una mayor incidencia y una mayor mortalidad a los 28 días por infarto, tanto en hombres como en mujeres, en los niveles educativos más bajos en Finlandia. Se trata de tasas x 100.000 habitantes ajustadas por edad y residencia rural/urbana. Estos datos provienen del *FINMONICA IM Register Study*, la contribución finlandesa al WHO MONICA, proyecto multinacional de monitoreo de tendencias y determinantes de las enfermedades cardiovasculares, que se inició a principios de los años 80 para monitorear a la población durante diez años. En total han participado 21 países, y más de diez millones de hombres y mujeres (Salomaa et al., 2000).

Figura 3. Tendencias de las tasas de incidencia por 100.000 habitantes estandarizadas por edad y tasas de mortalidad a los 28 días del incidente de Infarto Agudo del Miocardio (IAM), según nivel educativo en hombres y mujeres de 35 a 64 años en el estudio FINMONICA Registro IAM del estudio durante 1983 a 1992



Fuente: Salomaa et al. 2000

Figura 4. Tasas estandarizadas por edad de casos incidentes de IAM, según nivel de ingresos, en hombres y mujeres de 35 a 64 años en el estudio FINMONICA
Registro IAM del estudio durante 1983 a 1992



Fuente: Salomaa et al. 2000

Existe amplia evidencia en estudios internacionales de una mayor incidencia para un gran número de tipos de cáncer en las personas con menores niveles socioeconómicos y educativos, así como estudios de áreas geográficas, indicando tasas más altas en las zonas más deprimidas (Conway et al., 2007). Además de una mayor incidencia, se ha evidenciado un peor pronóstico y una peor supervivencia (Mittra & Rache, 2006), un peor acceso a los tratamientos (Jack et al., 2006), y una peor calidad de vida después del tratamiento en estos grupos.

Así por ejemplo, un estudio publicado en el año 2007 en Inglaterra sobre cáncer de mama muestra cómo, habiendo ajustado por edad, el vivir en áreas más deprimidas se asocia con ser diagnosticado en un estadio III o IV de la enfermedad (OR: 1,13 ; IC 95%: 1,08-1,18). Habiendo ajustado por edad y estadio del tumor, aparecen desigualdades en aquellas mujeres que recibieron cirugía, ya que disminuye la probabilidad de recibir cirugía conservadora, y aumenta la de que se les realice una mastectomía. Asimismo aumenta la probabilidad de demora en la cita y en el tratamiento. Entre las pacientes que recibieron cirugía, aquellas que

Las desigualdades sociales en salud

viven en áreas más deprimidas presentan odds ratio más bajas de cirugía conservadora (odds ratio ajustadas por edad y por estadio. OR: 0,92 ; IC 95%: 0,89-0,95) (Doping et al., 2007).

Tabla 1. Asociación entre estatus socioeconómico y factores de la paciente y del tratamiento del cáncer de mama

	OR sin ajustar (95% CI)	OR ajustada por edad (95% CI)	OR ajustada por edad y estadio (95% CI)
Edad < 64 años	1,13 (1,10-1,16)	-	-
Estadio III/IV	1,14 (1,10-1,19)	1,13 (1,08-1,18)	-
Tratamiento quirúrgico	0,82 (0,79-0,85)	0,83 (0,80-0,87)	0,85 (0,80-0,91)
Cirugía conservadora de la mama¹	0,89 (0,87-0,92)	0,92 (0,89-0,95)	0,92 (0,89-0,95)
Mastectomía¹	1,09 (1,06-1,12)	1,09 (1,06-1,12)	1,08 (1,05-1,12)
Radioterapia	0,88 (0,86-0,91)	0,90 (0,88-0,93)	0,91 (0,88-0,94)
CCM y radioterapia²	0,95 (0,90-1,02)	0,96 (0,89-1,02)	0,97 (0,90-1,03)
Quimioterapia	0,96 (0,93-0,99)	1,01 (0,97-1,04)	0,97 (0,93-1,01)
Terapia hormonal	1,04 (1,00-1,08)	1,02 (0,99-1,06)	1,04 (1,00-1,08)
Demora cita > 14 días	1,06 (1,02-1,09)	1,06 (1,03-1,10)	1,07 (1,03-1,11)
Demora tratamiento > 14 días	1,02 (1,00-1,05)	1,03 (1,00-1,06)	1,05 (1,02-1,08)

OR: Odds Ratio, CCM: Cirugía Conservadora de la Mama, CI: Intervalo de Confianza

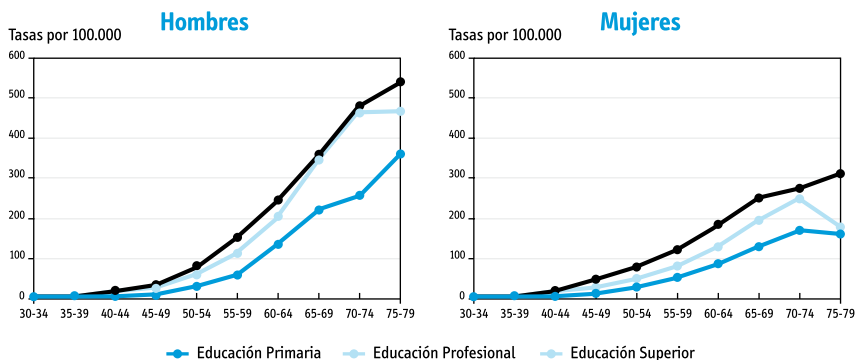
(1) Los análisis incluyen solo pacientes con cirugía. (2) Los análisis incluyen solo a pacientes con BCS.

Fuente: Doping et al. 2007

Las OR representan el cambio en el resultado por cada aumento de un cuartil en el índice de privación).

Asimismo, un estudio realizado en Dinamarca en más de 3 millones de personas pone de manifiesto que la incidencia de este cáncer tanto entre hombres como entre las mujeres es mayor cuanto menor es el nivel educativo. La supervivencia a corto plazo es también superior en los grupos más aventajados de hombres y mujeres (Dalton, 2008).

Figura 5. Tasas de incidencia ajustadas por edad por 100.000 personas año para el cáncer de pulmón según el nivel educativo entre las personas nacidas en 1925-1973, Dinamarca 1994-2003



Fuente: Dalton et al. 2008

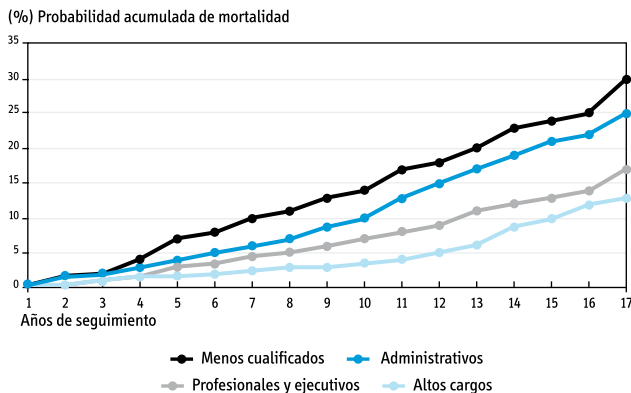
4.3. Mortalidad

El descenso de la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida han sido los fenómenos demográficos y sanitarios más importantes del pasado siglo en sociedades como la nuestra, sin embargo, la enfermedad y la muerte no se distribuyen por igual en los distintos grupos sociales. En la actualidad existe abundante literatura que evidencia la relación entre mortalidad y distintos ejes de desigualdad desde perspectivas ocupacionales, ambientales, socioeconómicas, etc.

Las desigualdades sociales en salud

En Europa un estudio clave sobre mortalidad y desigualdades sociales fue el desarrollado en los años sesenta sobre los funcionarios de Whitehall, Londres. El estudio de Whitehall examinó las tasas de mortalidad durante más de 10 años (entre los hombres funcionarios británicos de 20 a 64 años). Los resultados mostraron una relación inversa entre la categoría profesional y la mortalidad por enfermedades coronarias, de forma que las categorías más bajas presentaban una mortalidad superior que aquellas más altas, dando muestra del «gradiente» de las desigualdades, ya que se extienden a lo largo de toda la escala social en base a la distinta vulnerabilidad social que poseen las clases sociales. Un aspecto significativo de este estudio es que su población son funcionarios, que son un colectivo relativamente homogéneo en muchos aspectos, que tienen una alta seguridad en el empleo, y en general mejores condiciones de trabajo que una mayoría de colectivos laborales; asimismo, en este estudio no hay profesiones de alto riesgo laboral sometidas a trabajos penosos. En los 17 años de seguimiento de Whitehall, son las escalas más bajas las que acumulan una probabilidad mayor de mortalidad, respecto al resto de escalas.

Figura 6. Mortalidad por todas las causas por año de seguimiento y categoría.
Cohorte de hombres funcionarios Whitehall (Londres), entre 40-64 años

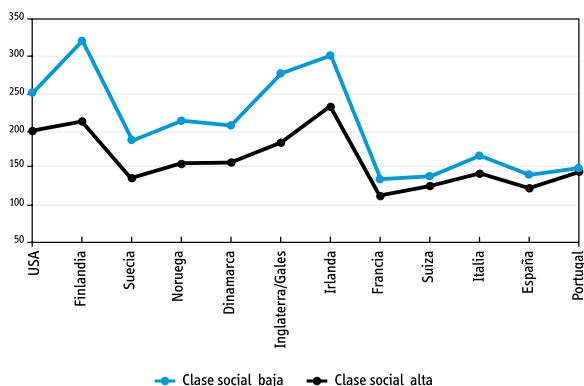


NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

A partir del estudio Whitehall se han desarrollado otros importantes trabajos sobre desigualdades sociales en distintas causas de mortalidad, especialmente en cardiovasculares y cáncer, y en los principales factores de riesgo, evidenciándose un importante gradiente social, no solo a partir de indicadores individuales de posición socioeconómica (clase social, nivel educativo, ingresos, etc.), sino también indicadores agregados de privación (renta del municipio, etc.).

Las desigualdades en mortalidad por estas dos causas son mayores en los países en los que las desigualdades en los factores de riesgo (tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, etc.) han sido mayores (Mackenbach et al., 2000; Osler et al., 2000). Los trabajos realizados considerando los factores de riesgo asociados a la mortalidad por las principales causas señalan la necesidad de intervenir en los grupos menos favorecidos con el objetivo de minimizar o eliminar hábitos poco saludables, ya que las desigualdades en los estilos de vida contribuyen a las desigualdades en la mortalidad total, si bien diversos estudios han mostrado que el tabaquismo, por ejemplo, puede contribuir solo en una pequeña parte en la incidencia del cáncer de pulmón en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos (Mackenbach et al., 2004).

Figura 7. Tasas de mortalidad cardiovascular, hombres de 30 a 59 años por clase social, 1983 (muertes por 100.000 personas año) CIE 9: 390-159



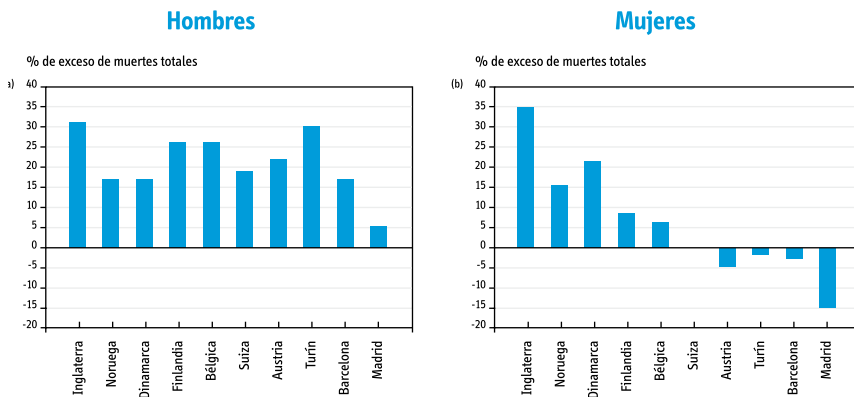
Fuente: Mackenbach et al., 2000

Las desigualdades sociales en salud

En la figura 7 se observan las tasas de mortalidad cardiovascular en Europa según clase social y nivel educativo. En todos los países la mortalidad es mayor entre las personas pertenecientes a grupos más desfavorecidos o niveles educativos más bajos, tanto para hombres como para mujeres (Mackenbach et al., 2000). La menor desigualdad relativa que se observa en los países mediterráneos se ha explicado en relación a factores relacionados con la dieta: la dieta mediterránea, más saludable que otras dietas, ha sido durante décadas la más asequible, y por tanto, el acceso a una dieta saludable serían equitativo entre las clases sociales en estos países.

El cáncer constituye la primera causa de muerte en hombres y la segunda, tras las enfermedades cardiovasculares, entre las mujeres en nuestro país. El cáncer de pulmón concretamente se sitúa como la primera causa de muerte por carcinoma en los hombres y la cuarta causa en las mujeres en nuestro país. La mortalidad por este tipo de cáncer aumenta en las mujeres rápidamente, debido al creciente número de fumadoras en España. Son diversos los trabajos que evidencian un importante gradiente socioeconómico en la mortalidad por cáncer de pulmón, considerando las desigualdades en su principal factor de riesgo: el tabaco.

Figura 8. Exceso total de muertes por cáncer de pulmón en los grupos con menor nivel educativo atribuible al tabaco



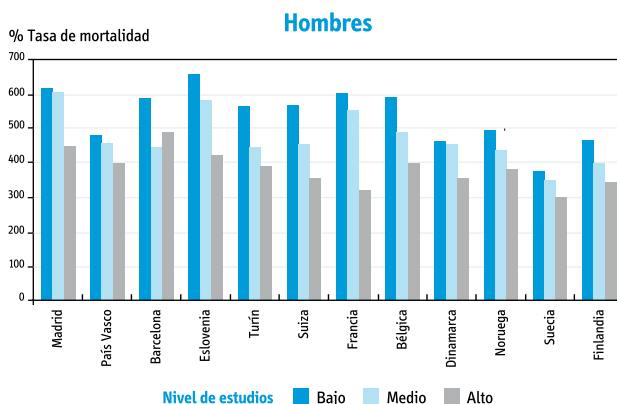
Fuente: Mackenbach et al. 2004

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

La figura 8 muestra la estimación indirecta de la contribución del tabaquismo al exceso de mortalidad en los grupos con niveles educativos más bajos. En países como España, en los años 90 no se observa de manera tan fuerte una mayor mortalidad por cáncer de pulmón entre los grupos con menor educación en comparación a países como Inglaterra, Finlandia o Bélgica. En el caso de las mujeres, en los países del sur de Europa no hay exceso de mortalidad porque el patrón de tabaquismo no era de desigualdad (Mackenbach et al., 2004).

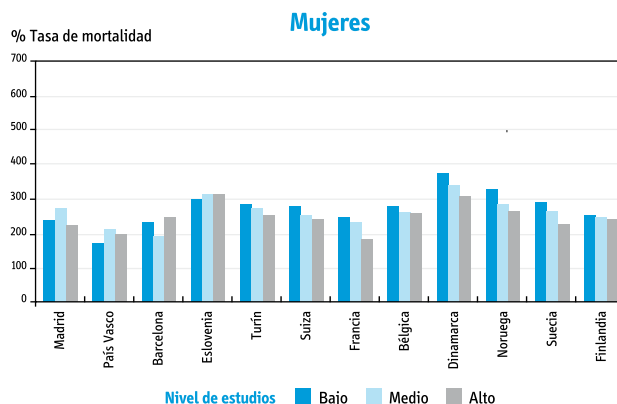
El proyecto europeo *Eurothine*, en su informe del año 2007, destaca importantes variaciones entre países europeos y según sexo, en las desigualdades en la mortalidad por cáncer. La figura 9 presenta las tasas de mortalidad por cáncer por nivel educativo en hombres y mujeres en distintos países europeos. La tasa de mortalidad entre mujeres con los niveles educativos más bajos fue más baja que la encontrada entre los hombres en los niveles educativos más bajos en todos los países menos en Dinamarca. La mortalidad fue mayor entre los hombres con niveles educativos más bajos, sin embargo, en el caso de las mujeres el gradiente es mucho menor, y no se observa en países como España. En nuestro país se observan las tasas más bajas de mortalidad por cáncer en las mujeres.

Figura 9. Razón de mortalidad por todas las causas (por 100.000 personas año) según nivel educativo en mujeres y hombres, por población



Las desigualdades sociales en salud

Figura 9. Razón de mortalidad por todas las causas (por 100.000 personas año) según nivel educativo en mujeres y hombres, por población (continuación)



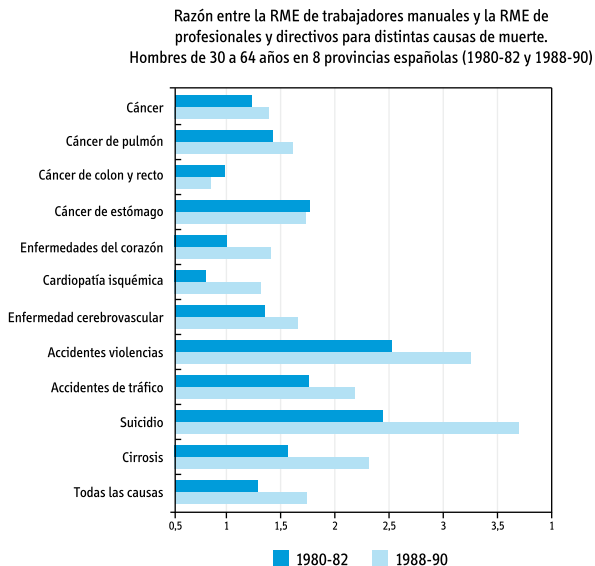
Fuente: Menvielle et al. 2007

En España también se han desarrollado trabajos en este sentido. La figura 10 muestra las diferencias en la mortalidad de los trabajadores manuales y la de directivos en España, para distintas causas, en hombres de 30 a 64 años (Regidor et al., 1995).

La razón de mortalidad estandarizada para todas las causas de muerte en el grupo de trabajadores no manuales fue de 1,27 en el primer periodo (1980-82), y de 1,72 en el segundo (1988-1990), produciéndose por los tanto un aumento de las desigualdades en mortalidad entre los dos periodos. En el periodo 1988-1990, para todas las causas de muerte, excepto para el cáncer de colon, la mortalidad fue mayor entre las clases manuales. Por otra parte la relación entre el nivel socioeconómico y la mortalidad para la cardiopatía isquémica se ha revertido, un fenómeno similar al que tuvo lugar en los años 60 y 70 en los países desarrollados.

Estas diferencias socioeconómicas en mortalidad están probablemente subestimadas ya que la utilización de la población económicamente activa (personas sanas) excluye aquellas personas que pertenecen a los grupos poblacionales con mayor mortalidad.

Figura 10. Desigualdades en la mortalidad por distintas causas según clase social en España



Fuente: Regidor et al. 2005

4.4. Bibliografía

- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Noticias 2008. [monografía en Internet]. Disponible en: <http://www.csalud.junta-andalucia.es/principal/noticias.asp?codcontenido=1227> (consultado el 14.11.2008).
- Conway DI, Brewster DH, McKinney PA, Stark J, McMahon AD, Macpherson LM. Widening socio-economic inequalities in oral cancer incidence in Scotland, 1976-2002. Br J Cancer. 2007; 96(5): 818-820.
- Dalton SO, Steding-Jessen M, Engholm G, Schuz J, Olsen JH. Social inequality and incidence of and survival from lung cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. European Journal of Cancer. 2008; 44(14).

Las desigualdades sociales en salud

- Daponte Antonio, Bolívar Julia, Toro Silvia, Ocaña Ricardo, Benach Joan, Navarro Vicente. Area deprivation and trends in inequalities in self-rated health in Spain, 1987-2001. *Scand J Public Health*. 2008; 36(5): 504-15.
- Downing A, Prakash K, Gilthorpe MS, Mikeljevic JS, Forman D. Socioeconomic background in relation to stage at diagnosis, treatment and survival in women with breast cancer. *Br J Cancer*. 2007; 96(5): 836-840.
- Idler E, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*, 1997; 38(1): 21-37.
- Jack RH, Gulliford MC, Ferguson J, Moller H. Explaining inequalities in access to treatment in lung cancer, *J Eval Clin Pract*. 2006; 12(5): 573-582.
- Kumari M, Head J, Marmot Michael. Prospective study of social and other risk factors for incidence of type 2 diabetes in the Whitehall II study, *Arch Intern Med*. 2004; 164(17): 1873-1880.
- Larrañaga Isabel, Arteagoitia José M^a, Rodríguez José Luis, González F, Esnaola Santiago, Pinies José Antonio. Socio-economic inequalities in the prevalence of Type 2 diabetes, cardiovascular risk factors and chronic diabetic complications in the Basque Country, Spain. *Diabet Med*. 2005; 22(8): 1047-1053.
- Latour-Pérez Jaime, Gutiérrez-Vicen Teresa, López-Camps Vicente, Bonastre-Mora Juan, Giner-Boix JS, Rodríguez-Serra M, et al. Socioeconomic status and severity of illness on admission in acute myocardial infarction patients. *Soc Sci Med*. 1996; 43(6): 1025-1029.
- Mackenbach Johann P, Cavelaars AE, Kunst Anton E, Groenhouf F. Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality; an international study. *Eur Heart J*. 2000; 21(14): 1141-1151.
- Mackenbach Johann P, Huisman M, Andersen O, Bopp M, Borgan JK, Borrell Carme, et al. Inequalities in lung cancer mortality by the educational level in 10 European populations. *Eur J Cancer*. 2004; 40(1): 126-135.
- Mitry E, Rachet B. Prognosis of colorectal cancer and socio-economic inequalities, *Gastroenterol Clin Biol*, 2006; 30(4): 598-603.
- Osler M, Gerdes LU, Davidsen M, Bronnum-Hansen H, Madsen M, Jorgensen T, et al. Socioeconomic status and trends in risk factors for cardiovascular diseases in the Danish MONICA population, 1982-1992. *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54(2): 108-113.
- Regidor Enrique, Gutiérrez-Fisac Juan Luis, Rodríguez Carmen. Increased socioeconomic differences in mortality in eight Spanish provinces. *Soc Sci Med*. 1995; 41(6):801-807.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- Ruiz Miguel, Escolar Antonio, Mayoral Eduardo, Corral Florentino, Fernandez Isabel. Mellitus diabetes in Spain: death rates, prevalence, impact, costs and inequalities, Gac Sanit. 2006; 20 (Supl 1): 15-24.
- Salomaa V, Niemela M, Miettinen H, Ketonen M, Immonen-Raiha P, Koskinen S, et al. Relationship of socioeconomic status to the incidence and prehospital, 28-day, and 1-year mortality rates of acute coronary events in the FINMONICA myocardial infarction register study. Circulation. 2000; 101(16): 1913-1918.
- Sheifer SE, Rathore SS, Gersh BJ, Weinfurt KP, Oetgen WJ, Breall JA, et al. Time to presentation with acute myocardial infarction in the elderly: associations with race, sex, and socioeconomic characteristics. Circulation 2000; 102(14): 1651-1656.

5

Las recomendaciones orientadas a la reducción de desigualdades

Julia Bolívar Muñoz
Antonio Daponte Codina

Desde las distintas instancias que han realizado comisiones, investigaciones, informes, etc., abordando las desigualdades sociales en salud, se han elaborado recomendaciones políticas e intervenciones orientadas a su reducción. En este capítulo se realiza una síntesis de las recomendaciones realizadas en el *Informe Black* (1982), el *Informe independiente británico sobre desigualdades Acheson* (1998), el proyecto europeo *Tackling Inequalities in Health* de la Unión Europea (2007), el *Informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* de la Organización Mundial para la Salud (2008), el *Informe sobre las Desigualdades Sociales en Salud* realizado en España (1996) y el *I Informe sobre Desigualdades en Salud en Andalucía* (2007).

El *Informe Black* establece una serie de recomendaciones partiendo de la importancia de las condiciones materiales de vida. La mayor parte de la evidencia en las des-

igualdades sociales en salud se entienden desde las características específicas del entorno socioeconómico, y también destaca la importancia de los servicios sanitarios, especialmente los preventivos.

Las principales recomendaciones:

- La mejora de las estadísticas sanitarias en la escuela, incorporando variables que permitan recoger la clase social.
- La mejora de la información sobre accidentes en la infancia desde distintas instancias gubernamentales.
- La realización de encuestas sobre hábitos alimentarios y la mejora de los indicadores en la encuestas sociales.
- También proponen aumentar las investigaciones.
- Recomiendan mejorar la calidad y la cobertura de la atención primaria, y la salud comunitaria, especialmente en las áreas de mayor prevalencia de enfermedad y pobreza.
- Un incremento de los recursos de atención materno-infantiles, de atención domiciliaria, de atención a personas discapacitadas y en la salud escolar.
- La mejora de las condiciones de vida de las personas, como los ingresos, vivienda o condiciones de trabajo, así como la prestación de servicios de cuidados como guarderías, etc.
- Priorizar a la infancia, a las personas ancianas y a las discapacitadas como ejes de actuación.
- También destacan la intervención en áreas específicas, identificando las que tienen peores resultados de salud, apuntando la necesidad de evaluar y monitorizar los resultados en salud de esas intervenciones.

Otro informe clave en el que se recomiendan una serie de políticas encaminadas a la reducción de desigualdades, es el realizado en Inglaterra a finales de la década de los noventa. En el año 1997 el gobierno británico encargó una investigación independiente sobre desigualdades en salud, a cargo de Donald Acheson. La investigación Acheson examinó los factores determinantes de la salud a partir de las «capas de influencia», modelo propuesto por primera vez por Whitehead y Dahlgren (1991) (figura 1). En el informe se formularon 39 recomendaciones (con

Las desigualdades sociales en salud

puntos concretos en cada una de ellas), y orientaciones políticas previstas para abordar las desigualdades en salud (Acheson, 1998).

Este informe reconoce que en la lucha contra las desigualdades en salud se requieren acciones a todos los niveles de influencia, así como garantizar que el acceso y utilización de los servicios de salud mejore entre las personas con menor acceso.

Las áreas consideradas en este informe para el desarrollo de políticas orientadas a la reducción de las desigualdades son:

- La pobreza, los ingresos, los impuestos y las prestaciones.
- La educación.
- El empleo.
- La vivienda y medio ambiente.
- La movilidad, el transporte y la contaminación.
- La nutrición y la Política Agraria Común (PAC).
- Las madres, la infancia y las familias.
- Las personas jóvenes y adultas en edad de trabajar.
- Las personas mayores.
- El género.
- La etnia.
- El Servicio Nacional de Salud.

Para cada una de estas áreas se establecen recomendaciones muy concretas y específicas.

Algunos ejemplos:

- El aumento de la cuantía de prestaciones y pensiones dirigidas a determinados colectivos.
- Un mayor control sobre la alimentación en las escuelas (la promoción de políticas de alimentación escolar, la elaboración de presupuestos y competencias de cocina, la preservación de comidas gratuitas en las escuelas, la libre disposición en la escuela de fruta, y la restricción de comida menos saludable).

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- Las medidas para promover la actividad física y entornos más saludables (recomendamos políticas que promuevan el ejercicio de intensidad moderada: mayor disposición de los desplazamientos en bicicleta y rutas a pie a la escuela, y otras modificaciones ambientales destinadas a la separación segura de los peatones y los ciclistas de los vehículos de motor, y más oportunidades seguras para el ocio).

Figura 1. Niveles políticos en el abordaje de las desigualdades



Fuente: *Policy Levels for tackling inequalities in health* (Whitehead)

El *Eurothine* es un proyecto que recoge y analiza información sobre desigualdades socioeconómicas en salud en la Europa de los 25, para proporcionar evidencia y ayuda a las intervenciones y políticas estratégicas que abordan las desigualdades en salud. Sus principales objetivos son el desarrollo y la recogida de indicadores sobre desigualdades en salud y el estudio de intervenciones y políticas que permitan redu-

Las desigualdades sociales en salud

cir las desigualdades en salud en la Europa de los 25. En el año 2007 se ha publicado el informe final de su proyecto *Tackling Inequalities in Health*, abordando las desigualdades en salud (Eurothine, 2007). En él se señalan algunas estrategias para reducir las desigualdades en salud en Europa.

Destacan la necesidad de la responsabilidad política, independientemente de la posición ideológica; la determinación de objetivos alcanzables y cuantificables; implementaciones efectivas y una evaluación y monitorización de las intervenciones y las políticas. Como conclusiones generales establece que:

- Las desigualdades socioeconómicas en salud son importantes en toda Europa y representan uno de los principales retos para las políticas de salud pública. Su reducción, mejorando la salud de las personas con niveles más bajos de educación, ocupación o ingresos, mejorará la salud de la población total.
- Las variaciones en la magnitud de las desigualdades entre países sugiere de manera importante que la reducción de las mismas es factible. Al mismo tiempo, la presencia de desigualdades en países con un buen desarrollo social y políticas de atención a la salud, nos advierte contra el optimismo. Serán necesarias políticas innovadoras y una gran determinación para conseguir este objetivo.
- Para reducir las desigualdades las estrategias deben ser sostenidas, sistemáticas y potentes. Va a requerir objetivos abarcables, políticas, intervenciones e implementaciones efectivas, así como su monitorización y evaluación.
- Las políticas e intervenciones para reducir las desigualdades deberían dirigirse al patrón específico de desigualdad prevalente en un país, ya que los países se diferencian fuertemente en las enfermedades que contribuyen en mayor medida a la desigualdad en la salud total. Debería haber especial prioridad en países con desigualdades relativamente grandes, como la Europa del Este.
- Son necesarias las políticas «desde arriba», hacia la raíz de los determinantes de las desigualdades, incluyendo ingresos y educación, pero no son suficientes

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

para eliminarlas, por lo que son también necesarias las medidas o políticas dirigidas a los niveles «meso» y «micro».

- Los estilos de vida (particularmente el consumo de tabaco y consumo excesivo de alcohol) son importantes factores intermediarios en la relación entre un bajo nivel socioeconómico y la enfermedad en muchos países, y representan un importante eje de actuación en políticas e intervenciones para reducir las desigualdades en salud. Hay que abordar los determinantes de estos comportamientos, adoptando métodos innovadores aún por desarrollar.
- La falta de acceso a servicios de salud de calidad también es un factor intermedio importante en muchos países, particularmente en la Europa del Este. También debe ser abordado, y requiere medidas que mejoren el acceso a los grupos más desfavorecidos y un bajo coste directo para los consumidores.
- Los objetivos cuantitativos son un instrumento útil para guiar las políticas y apoyar la evaluación de estrategias para reducir las desigualdades.
- La monitorización debe ser mejorada en muchos países. Los países europeos deberían ser capaces de monitorizar las desigualdades en mortalidad, morbilidad y los determinantes de la salud, siguiendo directrices aceptadas. En la Unión Europea se debería promover la inclusión de la dimensión socioeconómica en sus directrices de recogida de datos en salud y debería crearse un banco de datos que permita comparaciones de desigualdades en salud entre países y a través del tiempo.
- Son necesarias más investigaciones para aumentar el conocimiento orientado a políticas e intervenciones para reducir las desigualdades, y evaluar las políticas e intervenciones vigentes y las emergentes. Si bien la mayor parte de estas investigaciones necesitarán ser financiadas por agencias nacionales, su importancia justifica inversiones importantes a nivel europeo también. Debería establecerse una cámara de compensación para identificar y evaluar la evidencia en la efectividad de las políticas e intervenciones para reducir las desigualdades.

Las desigualdades sociales en salud

Figura 2. Niveles de intervención para abordar los determinantes sociales de la salud



Fuente: Commission on Social Determinants of Health. Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health DRAFT 5 May 2005

En el capítulo I se ha hecho referencia al reciente informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, sobre la equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud. En este informe se establecen recomendaciones para subsanar las desigualdades en una generación, principalmente en tres áreas:

1. Mejorar las condiciones de vida. Recomendaciones relativas a la consecución de una equidad desde el principio, entornos salubres para una población sana, prácticas justas en materia de empleo y trabajo digno, protección social a lo largo de la vida, atención de salud universal.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

2. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos ya que la inequidad es el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a éstos. La Comisión restablece 11 recomendaciones en este sentido.
3. Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones. Destacan la importancia de los indicadores, los registros y la sensibilización y la formación en materia de determinantes sociales de la salud.

En nuestro país, el Informe sobre las Desigualdades Sociales en Salud en España (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996) establece una serie de recomendaciones que se centran en la elaboración de una política explícita de reducción de las desigualdades, que asuma al menos:

- Que la enfermedad tiene causas biológicas y sociales,
- Que asegure la información necesaria para la identificación, vigilancia e investigación de los factores y mecanismos que las causan,
- Que introduzca las desigualdades como criterio relevante para la adjudicación de financiación,
- Que considere la introducción de acciones para reducir desigualdades en las actividades asistenciales, preventivas y de promoción de salud,
- Que lidere la atención hacia el impacto de las desigualdades de las políticas diseñadas por sectores ajenos al ámbito sanitario.

En el I Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía (Indesan, 2008) se desarrollan 34 recomendaciones relativas a:

- Al Compromiso Político, especialmente en lo que al refuerzo de políticas sociales se refiere.
- Los Sistemas de Información, en la incorporación de variables referidas a la posición socioeconómica de la población andaluza, para una mejor desagregación de la información.

Las desigualdades sociales en salud

- El sistema sanitario, es necesario una mayor orientación a la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y una planificación de los recursos en función de las necesidades diversas de la población.
- El trabajo, medioambiente y los estilos de vida, sobre el desarrollo de estrategias públicas y programas intersectoriales.
- La investigación de las desigualdades, sobre su magnitud, causas, evolución y sobre las eventuales intervenciones para reducirlas.
- Las políticas generales del Sistema Nacional de Salud y a las políticas sociales y económicas del gobierno de España.

5.1. Bibliografía

- Acheson. Independent Inquiry into Inequalities in Health Report. London: International Centre for Health and Society at University College, 1998. Disponible en: <http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm> (consultado el 17.11.2008).
- Eurothine. Tackling Health Inequalities in Europe: An Integrated Approach. Eurothine Final Report. Rotterdam: Departament of Public Health, University Medical Centre, 2007. Disponible en: <http://survey.erasmusmc.nl/eurothine/index.php?id=112,0,0,1,0,0> (consultado el 17.11.2008).
- FADSP. I Informe sobre Desigualdades Sociales en Salud en Andalucía. [monografía en Internet]. Federación de asociación para la defensa de la Salud Pública en Andalucía, 2007. Disponible en: http://www.fadsp.org/pdf/INDESAN_1.pdf (consultado el 18.11.2008).
- Navarro Vicente, Benach Joan, la Comisión Científica para el estudio de las desigualdades sociales en salud. Desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1996.
- Townsend Philip, Davidson N (eds). The Black report. Whitehead Margaret. The health divide. Inequalities in Health. London: Penguin Books; 1992.
- WHO Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008. Disponible en www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html (consultado el 20.10.2008).



Anexo I

Páginas Web y documentos de interés sobre desigualdades en salud

Ámbito internacional

- www.health-inequalities.org/?uid=8bfc4dd255e1d516f5b9b8344b9ef374&id=home
Portal europeo sobre desigualdades en salud.
- www.env-health.org
Es una ONG internacional que defiende una mayor protección del medio ambiente como medida para mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos europeos.
- www.socialwatch.org/es/portada.htm
Control ciudadano es una red internacional de organizaciones ciudadanas que lucha por la erradicación de la pobreza y sus causas con el fin de asegurar la distribución equitativa de la riqueza y la realización de los derechos humanos.
- <http://listserv.paho.org/Archives/equidad.html>
Archivos de equidad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- www.paho.org/Project.asp?SEL=TP&LNG=SPA&ID=131
Desigualdades sociales en la OPS.

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.html
Organización Mundial de la Salud (OMS) Comisión sobre los determinantes sociales en salud. Su objetivo es crear un movimiento mundial para la equidad en la salud arraigado en las creencias compartidas de justicia social y derechos humanos (son 19 comisionados).
- www.ilo.org/global/About_the_ILO/lang-es/index.htm
Organización Internacional del Trabajo.
- http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/healthdeterminants_es.htm
Unión Europea. Salud Pública. Factores determinantes de la salud.
- http://www.iseqh.org/index_sp.htm
Sociedad Internacional por la equidad en salud
- <http://www.health-inequalities.eu/>
Portal europeo por la acción en la equidad en salud
- <http://www.observatoryla.org/observatoryla/spanish/home>
Observatorio por la desigualdad en América Latina
- <http://www.vnavarro.org/>
Vicenç Navarro es Catedrático de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Pompeu Fabra (Barcelona, España), Profesor de Políticas Públicas, The Johns Hopkins University (Baltimore, USA) y Director del Programa en Políticas Públicas y Sociales (Universidad Pompeu Fabra- The Johns Hopkins University). En su página web hay acceso a todas sus publicaciones a texto completo.

Ámbito nacional

- <http://www.fadsp.org/>
Página de la federación de asociaciones para la defensa de la sanidad pública.
- http://weblogs.madrimasd.org/salud_publica/category/754.aspx
Curso de Desigualdades Sociales en Salud en blog a cargo del médico salubrista Javier Segura del Pozo.



Anexo II

Listado de páginas web donde se puede obtener información relevante sobre género y salud

Ámbito internacional

- <http://www.unifem.org/>
Naciones Unidas – UNIFEM
- <http://www.undp.org/gender/>
United Nations Development Program. Women Watch UN Information and Resources on Gender Equality and Empowerment of Women
- www.unesco.org/women/
UNESCO- Gender Mainstreaming
- http://www.fao.org/sd/seaga/4_en.htm
FAO – Socioeconomic and Gender Analysis Program
- www.worldbank.org/gender/
World Bank
- <http://www.ilo.org/public/english/gender.htm>
International Labour Organization

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

- http://www.oecd.org/document/34/0,2340,en_2649_34541_1896290_1_1_1_1,00.html
OECD
- <http://www.who.int/topics/gender/en/>
World Health Organization
- <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/gensalud.htm>
Organización Panamericana de la Salud
- <http://www.eclac.cl/mujer/>
CEPAL. Comisión Económica para América Latina y Caribe. Unidad de Mujer y Desarrollo
- http://www.fao.org/sd/seaga/index_en.htm
Socioeconomic and Gender Analysis Program (SEAGA)

Recursos de la Unión Europea

- http://europa.eu.int/comm/europeaid/projects/gender/index_en.htm
Sección Oficina de Cooperación
- http://europa.eu.int/comm/employment_social/equal/index_en.cfm
EUROPA-Equal

Centros y redes de investigación

- <http://www.crwh.org>
Centre for Research in Women's Health
- <http://www.cihr-irsc.gc.ca>
Institute of Gender and Health (IGH). Canadá
- <http://orwh.od.nih.gov/>
Office of Research Women's Health (NIH). EE.UU.
- <http://www.bridge.ids.ac.uk/>
BRIDGE, Institute of Development Studies, University of Sussex

Las desigualdades sociales en salud

- <http://www.crwht.org/>
Centre for Research in Women's Health (CRWH). University of Toronto
- <http://www.witec.net/>
Asociación europea de mujeres en la ciencia, la ingeniería y la tecnología

Ámbito nacional

Organismos de igualdad

- <http://www.mtas.es/mujer/>
Instituto de la Mujer
- <http://www.iam.junta-andalucia.es/>
Instituto Andaluz de la Mujer
- <http://www.iam.junta-andalucia.es/>
Junta de Andalucía. Unidad de Igualdad y Género

Centros y redes de investigación

- <http://genero.sespas.es>
Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Grupo de Género y Salud Pública
- <http://www.easp.es/redgenero/web/esp/quees.asp>
Red de Investigación en Salud y Género (RISG)
- <http://www.amit-es.org/>
AMIT: Asociación de Mujeres Investigadoras y Tecnólogas
- <http://www.unizar.es/mutem/>
Asociación de mujeres científicas y técnicas
- <http://www.ls.fi.upm.es/wie-spain/index.html>
Asociación de mujeres españolas en la ciencia y en la tecnología
- <http://www.audem.com>
Asociación Universitaria de Estudios de las Mujeres



Listado de cuadros, figuras y tablas

Capítulo 1

Figuras

- 13 Figura 1. Esperanza de vida mundial, da cuenta de las diferencias entre países ricos y pobres
- 15 Figura 2. Índice de pobreza y mortalidad estandarizada, Londres 1986-1991
- 22 Figura 3. Modelos sobre mecanismos de producción de desigualdades
- 28 Figura 4. El impacto de diferentes tradiciones políticas en las desigualdades de clase social en la salud percibida de la población europea
- 34 Figura 5. Mortalidad a edades tempranas. Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil (IMR), neonatal (NMR), postneonatal (PMR) y perinatal (PEMR) en dos grupos de Comunidades Autónomas de España con niveles económicos extremos (1981-1991)
- 37 Figura 6. Desigualdades según clase social en ambos sexos en salud física y mental por grupos de edad: el estudio Whitehall
- 43 Figura 7. Atlas Interactivo de mortalidad en Andalucía (AIMA)

Cuadros

30	Cuadro 1. Clase social exhaustiva SEE, basada en la Clasificación de Goldthorpe
30	Cuadro 2. Localizaciones de clase social de Wright
31	Cuadro 3. Mayor nivel de estudios alcanzados
31	Cuadro 4. Importe mensual de ingresos netos totales en el hogar

Capítulo 2

Figuras

57	Figura 1. Salud percibida deficiente según sexo y edad en Andalucía (ESA 2003)
57	Figura 2. Porcentaje de personas según la percepción de su estado de salud por sexo, 2006
58	Figura 3. Porcentaje de defunciones, por edad y sexo, 2005
59	Figura 4. Origen de las diferencias en el proceso de salud-enfermedad-atención
61	Figura 5. Modelo conceptual sobre el rol del género como determinante social de la salud
63	Figura 6. Riesgo de salud percibida deficiente y de salud mental deficiente según la participación en los cuidados y sexo. Odds ratio ajustadas por edad en la población de 16 años o más (Encuesta Salud de Andalucía, 1999)
69	Figura 7. Grado de integración en enfoque de género en las intervenciones

Cuadros

53	Cuadro 1. Características del concepto de «género»
54	Cuadro 2. Usos inapropiados del término «género»
68	Cuadro 3. Principios básicos del análisis de género aplicado a la Salud

Las desigualdades sociales en salud

Tablas

56	Tabla 1. Enfermedades crónicas diagnosticadas por el/la médico/a en personas adultas. Distribución porcentual según sexo en la población de 16 años o más, 2006
62	Tabla 2. Salud percibida deficiente. Distribución porcentual según sexo y clase social de la persona sustentadora principal, 2006
64	Tabla 3. Hábitos y estilos de vida. Distribución porcentual según sexo en la población de 16 años o más
65	Tabla 4. Consulta médica en los últimos 12 meses. Distribución porcentual, por edad y sexo, 2006

Capítulo 3

Figuras

79	Figura 1. Odds ratio de consumo de tabaco según sexo, clase social y nivel educativo, España 1987-2001
79	Figura 2. Consumo excesivo de alcohol en hombres y mujeres en Europa
81	Figura 3. Prevalencia de práctica de actividad física según nivel educativo, existencia de espacios verdes en el barrio y nivel de desempleo municipal, Andalucía 1999-2003
85	Figura 4. Enfermedades con la mayor contribución causal del medio ambiente
86	Figura 5. Efecto de la contaminación en la mortalidad según ingresos y estatus socioeconómico en la ciudad de Roma 1998-2001
87	Figura 6. Prevalencias ajustadas por edad, de salud deficiente según nivel educativo y calidad del medio ambiente, Andalucía 2003
88	Figura 7. Percepción de la existencia de muchas zonas verdes, según el nivel de renta en euros, Andalucía 2003
90	Figura 8. Exceso de mortalidad en hombres desempleados según la duración del desempleo y considerando variables relacionadas, Finlandia 1981-1985

NUEVA SALUD PÚBLICA | 3

91	Figura 9. Desempleo y mortalidad por todas las causas y por Comunidad Autónoma, España 1991
92	Figura 10. Temporalidad y su impacto en salud en 15 países europeos
94	Figura 11. Odds ratio para uso de atención primaria y servicios dentales, según sexo, nivel educativo y niveles de renta de los municipios, España 1987 y 2001
95	Figura 12. Odds ratio de visita al especialista en personas con alto nivel educativo, con alguna enfermedad crónica, en comparación a quienes no tienen estudios
96	Figura 13. Odds Ratio del efecto de la interacción entre discriminación percibida y desigualdad socioeconómica en el no buscar tratamiento médico, ajustado por edad

Tablas

82	Tabla 1. Comparación la contribución de energía por cada grupo y subgrupos de alimentos según nivel socioeconómico
83	Tabla 2. Porcentaje de personas que consumen fruta, verdura y cereales diariamente y legumbres una o dos veces por semana por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003
98	Tabla 3. Porcentaje de mujeres que han acudido a una consulta ginecológica y motivo de consulta por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003
99	Tabla 4. Porcentaje de mujeres que se han realizado en alguna ocasión una mamografía y tiempo desde la realización de la última por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003
100	Tabla 5. Porcentaje de población fumadora que ha recibido consejo médico para dejar de fumar por clase social, y nivel educativo, Andalucía 2003
101	Tabla 6. Porcentaje de población que ha recibido consejo médico para realizar ejercicio físico por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003
102	Tabla 7. Porcentaje de personas que utilizan preservativo como método anticonceptivo en sus relaciones sexuales por clase social y nivel educativo, Andalucía 2003

Las desigualdades sociales en salud

Capítulo 4

Figuras

- 108 Figura 1. Odds ratio de salud deficiente, en hombres y mujeres, para las per-
sonas de clase social más baja, en comparación con la clase más
alta, España 1987-2001
- 110 Figura 2. Odds ratio de diabetes mellitus tipo 2, según el nivel de privación
en áreas geográficas para hombres y mujeres, ajustado por edad,
País Vasco, año 2000
- 111 Figura 3. Tendencias de las tasas de incidencia por 100.000 habitantes es-
tandarizadas por edad y tasas de mortalidad a los 28 días del in-
cidente de Infarto Agudo del Miocardio (IAM), según nivel edu-
cativo en hombres y mujeres de 35 a 64 años en el estudio FIN-
MONICA Registro IAM del estudio durante 1983 a 1992
- 112 Figura 4. Tasas estandarizadas por edad de casos incidentes de IAM, según
nivel de ingresos, en hombres y mujeres de 35 a 64 años en el es-
tudio FINMONICA Registro IAM del estudio durante 1983 a 1992
- 114 Figura 5. Tasas de incidencia ajustadas por edad por 100.000 persona
años para el cáncer de pulmón según el nivel educativo entre las
personas nacidas en 1925-1973, Dinamarca 1994-2003
- 115 Figura 6. Mortalidad por todas las causas por año de seguimiento y ca-
tegoría. Cohorte de hombres funcionarios Whitehall (Londres),
entre 40-64 años
- 116 Figura 7. Tasas de mortalidad cardiovascular, hombres de 30 a 59 años
por clase social, 1983 (muertes por 100.000 personas año) CIE 9:
390-159
- 117 Figura 8. Exceso total de muertes por cáncer de pulmón en los grupos con
menor nivel educativo atribuible al tabaco
- 118 Figura 9. Razón de mortalidad por todas las causas (por 100.000 personas
año) según nivel educativo en mujeres y hombres, por población
- 120 Figura 10. Desigualdades en la mortalidad por distintas causas según clase
social en España

Tablas

113	Tabla 1. Asociación entre estatus socioeconómico y factores de la paciente y del tratamiento del cáncer de mama
-----	---

Capítulo 5

128	Figura 1. Niveles políticos en el abordaje de las desigualdades
131	Figura 2. Niveles de intervención para abordar los determinantes sociales de la salud



NUEVASALUDPÚBLICA | 3

Las desigualdades sociales en salud

La **Serie Nueva Salud Pública** es editada por la EASP con el objetivo de ofrecer ideas, reflexiones, análisis y métodos en el campo de la salud pública. Cada Monografía es una revisión sobre algún tema relevante y la autoría corre a cargo de una autoridad reconocida en la materia. La financiación es aportada por la Secretaría General de Salud Pública y Participación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Este volumen número 3 recoge una visión actualizada de las teorías sobre desigualdades, los principales determinantes de las mismas en nuestro entorno, tanto personales como estructurales, y sus relaciones con la salud de la población. Finalmente se realizan recomendaciones orientadas a la reducción de desigualdades.

Nueva Salud Pública está dirigida a los y las profesionales del Sistema Sanitario Público y aspira a ser un referente en la formación y especialización dentro del mundo sanitario.