

Amaia Bacigalupe de la Hera
Unai Martín Roncero

DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

La clase social y el género como determinantes de la salud



Colección Derechos Humanos
"Juan San Martín"



**DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD
DE LA POBLACIÓN DE LA COMUNIDAD
AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO**

**LA CLASE SOCIAL Y EL GÉNERO
COMO DETERMINANTES DE LA SALUD**

**Amaia Bacigalupe de la Hera
Unai Martín Roncero**

© ARARTEKO

© Autores: Amaia Bacigalupe, Unai Martín

Traducción: Hori-Hori. S.A.L.

Fotocomposición e impresión: Gráficas Santamaría, S.A., Vitoria-Gasteiz

Ilustración de cubierta: EPS, S.L., Vitoria-Gasteiz

Papel ecológico.

ISBN: 978-84-89776-18-0

D.L: VI-304/07

*La desigualdad en la salud es la peor de las desigualdades.
No hay peor desigualdad que saber que morirás antes porque eres pobre.*

Frank Dobson

*A ama, aita y Natalia, por su fortaleza ante las dificultades
y por quererme, apoyarme y enseñarme tanto, tanto.*

Amaia

A mi familia, por estar siempre ahí.

Unai

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer al Ararteko el apoyo y confianza que ha hecho posible el trabajo que aquí se presenta y, sobre todo, su apuesta por la investigación como herramienta para poner en evidencia tantas situaciones de injusticia social en nuestra sociedad. Eskerrik asko, Fermín, por tu paciencia, tu confianza en que esto llegaría algún día a buen puerto y, especialmente, por todo lo que nos has aportado durante este tiempo que, sin duda, va más allá de lo que finalmente ha quedado reflejado en estas páginas.

Queremos también agradecer a todas las personas que nos han apoyado, enseñado y motivado durante este tiempo. Gracias, especialmente a Santi Esnaola, por todas las zanahorias que nos han ido alimentando en el camino y a Elena Aldasoro por todas esas conversaciones y reflexiones compartidas. Trabajar en el servicio es un lujo que nos ha hecho disfrutar, aprender y crecer profesionalmente. Mila esker. Asimismo, a Maribel Larrañaga y Begoña Arregi, por vuestro apoyo y ayuda para iniciar el apasionante camino de la investigación y por hacer de la universidad un lugar más agradable para ello.

A toda la gente que ha facilitado con su trabajo que finalmente este libro haya visto la luz, proporcionándonos las bases de datos (Departamento de Sanidad y Eustat), ayudándonos en el duro trabajo de la edición (eskerrik asko, Marti!) y prestándose a echar una mano en los momentos de desesperación...

Gracias también a Edu Garate, de quien oímos por primera vez el interés y la importancia de las desigualdades sociales en salud, y a José Manuel Freire, sin cuyo empujón desde Barcelona nada de esto hubiera ocurrido.

A todos/as los/as amigos/as y compañeros/as que se han interesado por el trabajo, que lo han leído pacientemente, nos han orientado (¡menos mal!) y opinado. Sin vuestra ayuda, sin duda, el resultado no hubiera sido tan gratificante. Y sobre todo, a todos/as los/as que habéis sufrido nuestras ausencias tantos días, suponiendo que el esfuerzo valdría algún día la pena.

Y, cómo no, a nuestras familias, que nos han enseñado el valor del esfuerzo y el trabajo y a quienes debemos todo lo que hoy somos.

Finalmente, a toda la gente que con su trabajo diario contribuye a que vivir en esta sociedad sea un poco más fácil para todos/as.

Mila esker guztioi eta muxu bana,
Amaia eta Unai

Índice general	9
Índice de gráficos, tablas y figuras	12
Presentación	19
Capítulo I: Marco teórico del estudio de las desigualdades sociales en salud	21
1.1. Introducción	21
1.2. Estructura social, desigualdad y desigualdad en la salud	23
1.2.1. El concepto de clase social en el estudio de las desigualdades sociales en salud	24
1.3. Marcos explicativos de las desigualdades sociales en salud	28
1.3.1. La selección social	28
1.3.2. Los factores materiales o estructurales	29
1.3.3. Los factores psicosociales	30
1.3.3.1. Apoyo social, capital social y salud	31
1.3.4. Los hábitos o conductas relacionadas con la salud	32
1.3.5. Los servicios sanitarios	33
1.3.6. El curso de vida o perspectiva vital	33
1.3.7. Modelos explicativos integrales	34
1.4. El estudio de las desigualdades sociales en salud: revisión de la bibliografía	35
1.4.1. Revisión internacional de estudios sobre las desigualdades sociales en salud	35
1.4.2. Revisión de estudios sobre desigualdades sociales en salud en el Estado español	39
1.4.2.1. La investigación sobre las desigualdades sociales en salud anterior a 1980	41
1.4.2.2. Los inicios de la investigación sobre las desigualdades sociales en salud: 1980-1986	41
1.4.2.3. El crecimiento de los estudios sobre las desigualdades sociales en salud: 1987-1993	42
1.4.2.4. Consolidación de la investigación sobre las desigualdades sociales en salud en el Estado: 1994-2005	43
1.4.3. Revisión de estudios de las desigualdades sociales en salud en la CAPV	49
Capítulo II: Desigualdades sociales en la salud, la enfermedad y la mortalidad	51
2.1. Desigualdades sociales en la salud y la enfermedad de la población general de la CAPV: resultados del análisis de la ESCAV'02	52
2.1.1. Autovaloración de la salud	52
2.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)	55
2.1.3. Problemas crónicos	59
2.1.4. Limitación crónica de la actividad	61
2.1.5. Restricción temporal de la actividad	63

2.1.6. Salud social: apoyo afectivo y confidencial.....	65
2.1.7. Los estilos de vida relacionados con la salud.....	67
2.1.7.1. Prevalencia de sedentarismo.....	68
2.1.7.2. Prevalencia de obesidad.....	69
2.1.7.3. Consumo de alcohol.....	71
2.1.7.4. Consumo de tabaco.....	75
2.1.8. El consejo médico preventivo.....	79
2.2. Desigualdades sociales en la mortalidad y las esperanzas de salud en la CAPV.....	80
2.2.1. Desigualdades sociales en la mortalidad.....	80
2.2.2. Desigualdades en las esperanzas de salud.....	84
2.3. Desigualdades sociales en salud al inicio de la vida, adolescencia y juventud en la CAPV: la herencia de las desigualdades.....	86
2.3.1. Desigualdades en la salud perinatal y la mortalidad infantil.....	86
2.3.2. El estado de salud de la población de 4 a 18 años.....	88
2.3.3. El estado de salud de los/as hijos/as adolescentes y adultos/as de 16 a 34 años.....	91
2.4 SÍNTESIS DE RESULTADOS CAPÍTULO II.....	94
Capítulo III: Las desigualdades de género en la salud.....	95
3.1. Algunas consideraciones e hipótesis en torno a las desigualdades de género en la salud.....	95
3.1.1. El binomio sexo-género en el estudio de la salud.....	95
3.1.2. Más longevas pero en peor salud: ¿una visión demasiado simple de las desigualdades de género en salud?.....	99
3.1.3. Los roles familiares y laborales: ¿cuál es su influencia en la salud de las mujeres?.....	100
3.2. Las desigualdades de género en la salud de la población de la CAPV.....	102
3.2.1. Desigualdades de género en la mortalidad, el estado de salud y la enfermedad.....	103
3.2.1.1. La mayor longevidad de las mujeres: ¿un fenómeno en cambio?.....	103
3.2.1.2. Más longevas pero menos sanas.....	106
3.2.2. Relativizando la paradoja de la mayor longevidad pero peor salud de las mujeres: el papel de los roles familiares y laborales en las desigualdades de género en la salud.....	112
3.2.2.1. Situación laboral y salud: un patrón diferente en hombres y mujeres.....	113
3.2.2.2. Compaginación del trabajo doméstico y remunerado: desigualdad en el hogar y su impacto en la salud de las mujeres ocupadas de la CAPV.....	119
3.2.2.2.1. Desigualdad en la distribución del trabajo doméstico y remunerado.....	119
3.2.2.2.2. El impacto sobre la salud de las mujeres ocupadas.....	122
3.2.2.3. Una visión de conjunto: reinterpretando la relación entre la situación laboral y la salud de las mujeres a partir de la desigualdad en el hogar.....	134
3.3 SÍNTESIS DE RESULTADOS CAPÍTULO III.....	137
Capítulo IV: Conclusiones y propuestas.....	139

Anexo metodológico	143
1. Metodología del estudio.....	143
2. Guía para la lectura: clarificación de conceptos.....	146
3. Encuesta de Salud de la C.A. del País Vasco 2002 (ESCAV'02).....	151
4. Limitaciones del estudio.....	152
Bibliografía	155
Glosario de términos	185

ÍNDICE DE GRÁFICOS, TABLAS Y FIGURAS

GRÁFICOS:

Gráfico 1: Mortalidad por tuberculosis en Inglaterra y Gales durante los siglos XIX y XX, e innovaciones terapéuticas.....	37
Gráfico 2: Contribución potencial de diversos factores en la reducción de la mortalidad.....	38
Gráfico 3: Evolución de los artículos publicados en revistas nacionales e internacionales en el periodo 1981-2004.....	40
Gráfico 4: Prevalencia de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por sexo y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	53
Gráfico 5: Prevalencia de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	54
Gráfico 6: Prevalencia de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	54
Gráfico 7: Puntuaciones en las dimensiones del SF-36, por sexo y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	56
Gráfico 8: Puntuaciones en las dimensiones del SF-36, por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	56
Gráfico 9: Puntuaciones en las dimensiones del SF-36, por sexo y lugar de nacimiento. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	57
Gráfico 10: Puntuaciones en Componente Sumario Física (SF-36), por sexo y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	57
Gráfico 11: Puntuaciones en Componente Sumario Física (SF-36), por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	58
Gráfico 12: Puntuaciones en Componente Sumario Mental (SF-36), por sexo y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	58
Gráfico 13: Puntuaciones en Componente Sumario Mental (SF-36), por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	59
Gráfico 14: Prevalencia de problemas crónicos, por sexo y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	59
Gráfico 15: Prevalencia de problemas crónicos, por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	60
Gráfico 16: Prevalencia de problemas crónicos, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	60
Gráfico 17: Prevalencia de limitación crónica de la actividad, por sexo y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	62
Gráfico 18: Prevalencia de limitación crónica de la actividad, por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	62
Gráfico 19: Prevalencia de limitación crónica de la actividad, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	63
Gráfico 20: Prevalencia de limitación temporal de la actividad, por sexo y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	63
Gráfico 21: Prevalencia de limitación temporal de la actividad, por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	64

Gráfico 22: Prevalencia de limitación temporal de la actividad, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	64
Gráfico 23: Puntuaciones en el índice de apoyo confidencial, por sexo y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	65
Gráfico 24: Puntuaciones en el índice de apoyo afectivo, por sexo y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	65
Gráfico 25: Puntuaciones en el índice de apoyo confidencial, por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	66
Gráfico 26: Puntuaciones en el índice de apoyo afectivo, por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	66
Gráfico 27: Puntuaciones en el índice de apoyo confidencial, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	67
Gráfico 28: Puntuaciones en el índice de apoyo afectivo, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	67
Gráfico 29: Prevalencia de sedentarismo, por sexo y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	68
Gráfico 30: Prevalencia de sedentarismo, por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	69
Gráfico 31: Prevalencia de sedentarismo, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	69
Gráfico 32: Prevalencia de obesidad, por sexo y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	70
Gráfico 33: Prevalencia de obesidad, por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	71
Gráfico 34: Prevalencia de obesidad, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	71
Gráfico 35: Prevalencia de bebedores/as habituales, por sexo y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	72
Gráfico 36: Prevalencia de bebedores/as habituales, por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	73
Gráfico 37: Prevalencia de bebedores/as habituales, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	73
Gráfico 38: Prevalencia de sospechosos/as de alcoholismo, por sexo y nivel socioeconómico. CAPV, 2002.....	74
Gráfico 39: Prevalencia de fumadores/as habituales, por sexo y nivel socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	76
Gráfico 40: Prevalencia de fumadores/as habituales, por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	77
Gráfico 41: Prevalencia de fumadoras habituales, por nivel socioeconómico en los diferentes grupos de edad. Mujeres. CAPV, 2002.....	77
Gráfico 42: Prevalencia de fumadoras habituales, por nivel de estudios en los diferentes grupos de edad. Mujeres. CAPV, 2002.....	78
Gráfico 43: Prevalencia de fumadores/as habituales, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	78

Gráfico 44: % de personas que han sido preguntadas sobre ciertos hábitos de vida, por sexo y grupo socioeconómico. CAPV, 2002.....	79
Gráfico 45: % de personas que han recibido consejo médico, por sexo y grupo socioeconómico. CAPV, 2002.....	80
Gráfico 46: Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres, según las condiciones socioeconómicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1999.....	84
Gráfico 47: Autovaloración de la salud, por sexo y grupo socioeconómico. Población de 12-18 años. CAPV, 2005.....	89
Gráfico 48: Prevalencia de obesidad, por sexo y grupo socioeconómico. Población de 14-18 años. CAPV, 2005.....	89
Gráfico 49: Prevalencia de hipercolesterolemia, por grupo socioeconómico. Población de 7-18 años. CAPV, 2005.....	89
Gráfico 50: Prevalencia de fumadores/as, por sexo y grupo socioeconómico. Población de 12-18 años. CAPV, 2005.....	90
Gráfico 51: Prevalencia de bebedores/as habituales, por sexo y grupo socioeconómico. Población de 15-18 años. CAPV, 2005.....	90
Gráfico 52: Prevalencia de activos/as físicamente, por sexo y grupo socioeconómico. Población de 4-18 años. CAPV, 2005.....	91
Gráfico 53: Prevalencia de muy buena salud percibida, por sexo y nivel socioeconómico del hogar. Hijos/as 15-34 años. CAPV, 2002.....	92
Gráfico 54: Prevalencia de muy buena salud percibida, por sexo y nivel de estudios de los/as progenitores/as. Hijos/as 15-34 años. CAPV, 2002.....	92
Gráfico 55: Prevalencia de muy buena salud percibida, por sexo y lugar de nacimiento de los/as progenitores/as. Hijos/as 20-34 años. CAPV, 2002.....	93
Gráfico 56: Tasas de mortalidad por causas externas, por sexo y edad. CAPV, 2002-2004.....	104
Gráfico 57: Prevalencia de población fumadora habitual, por sexo. Grupo de edad 16-24 y total. CAPV, 2002-2004.....	106
Gráfico 58: Prevalencia de mala/muy mala salud percibida, por sexo y grupos de edad. CAPV, 2002.....	107
Gráfico 59: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36, por sexo. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002.....	107
Gráfico 60: Prevalencia de limitación temporal y crónica de la actividad, por sexo. CAPV, 2002....	108
Gráfico 61: Prevalencia de problemas crónicos, por sexo. Población de 45 a 64 años. CAPV, 2002.....	108
Gráfico 62: Prevalencia de problemas crónicos, por sexo. Población de 65 y más años. CAPV, 2002.....	109
Gráfico 63: % de personas que han sido preguntadas sobre ciertos hábitos de vida, por sexo. CAPV, 2002.....	110
Gráfico 64: % de personas que han recibido consejo médico, por sexo. CAPV, 2002.....	111
Gráfico 65: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36, por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Hombres. CAPV, 2002.....	116
Gráfico 66: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36, por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Hombres de clase social manual. CAPV, 2002.....	116
Gráfico 67: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36, por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Hombres de clase social no manual. CAPV, 2002.....	117

Gráfico 68: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36, por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Mujeres. CAPV, 2002.....	117
Gráfico 69: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36, por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Mujeres de clase social manual. CAPV, 2002.....	118
Gráfico 70: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36, por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Mujeres de clase social no manual. CAPV, 2002.....	118
Gráfico 71: Horas semanales de carga global del trabajo (trabajo remunerado, doméstico y cuidado de niños/as y personas adultas), por sexo y edad. Personas que viven en pareja. CAPV, 2003.....	120
Gráfico 72: Horas semanales de trabajo remunerado, doméstico, cuidado de niños/as (menos juegos e instrucción) y cuidado de niños/as (juegos e instrucción) según exista en la familia un/a menor de 5, de 10 y de 15 años. Personas que viven en pareja de 25 a 44 años. CAPV, 2003.....	121
Gráfico 73: Horas semanales dedicadas al ocio y la vida social, por sexo y edad. Personas que viven en pareja. CAPV, 2003.....	122
Gráfico 74: Puntuaciones en dolor corporal (BP), salud mental (MH), salud general (GH) y vitalidad (VT), según la distribución de tareas domésticas. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	124
Gráfico 75: Puntuaciones en rol emocional (RE), función física (PF), función social (SF) y rol físico (RP), según la distribución de tareas domésticas. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	125
Gráfico 76: Puntuaciones en salud general (GH), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	126
Gráfico 77: Puntuaciones en función física (PF), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	126
Gráfico 78: Puntuaciones en rol físico (RF), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	126
Gráfico 79: Puntuaciones en salud mental (MH), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	127
Gráfico 80: Puntuaciones en vitalidad (VT), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	127
Gráfico 81: Puntuaciones en dolor corporal (BP), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	127
Gráfico 82: Puntuaciones en rol emocional (RE), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	128
Gráfico 83: Puntuaciones en función social (SF), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	128
Gráfico 84: Tipo de reparto de tareas domésticas, por clase social (manual y no manual). Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	133
Gráfico 85: Puntuaciones en dolor corporal (BP), salud general (GH), salud mental (MH) y función física (PF), según la situación laboral y distribución de tareas domésticas. Medias estandarizadas por edad. Mujeres. CAPV, 2002.....	136
Gráfico 86: Puntuaciones en rol emocional (RE), función física (PF), función social (SF) y rol físico (RP), según la situación laboral y distribución de tareas domésticas. Medias estandarizadas por edad. Mujeres. CAPV, 2002.....	136

TABLAS:

Tabla 1:	Contenido de las dimensiones del SF-36.....	55
Tabla 2:	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad y riesgos relativos (RR), según las condiciones socioeconómicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1999.....	82
Tabla 3:	Tasas de mortalidad estandarizadas por edad, según nivel de estudios, grupo socioeconómico, situación laboral y nivel de confort de la vivienda. CAPV, 1996-2001...	83
Tabla 4:	Mortalidad atribuible a las desigualdades socioeconómicas. CAPV, 1996-2001.....	83
Tabla 5:	Tasas de pobreza grave, porcentaje de prematuridad y de bajo de peso al nacer en las diferentes comarcas. CAPV, 1995-2001.....	87
Tabla 6:	Tasas de mortalidad infantil, por comarcas sanitarias. CAPV, 2000-2004.....	88
Tabla 7:	Esperanza de vida (EV) a diferentes edades, por sexo. CAPV, 2002-2004.....	103
Tabla 8:	Prevalencia de determinados hábitos de vida relacionados con la salud, por sexo. % estandarizados por edad. CAPV, 2002.....	103
Tabla 9:	Evolución de varios indicadores de mortalidad, por sexo. % de cambio en 2003 respecto a 1991. CAPV.....	105
Tabla 10:	Prevalencia de peso insuficiente y obesidad en mujeres de 16 a 34 años, por clase social. CAPV, 2002.....	110
Tabla 11:	Esperanza de vida (EV), esperanza de vida en buena salud (EVBS) y esperanza en mala salud (total de años y % sobre la EV). CAPV, 2002-2004.....	112
Tabla 12:	Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral, ajustado por edad y clase social. Hombres. CAPV, 2002.....	114
Tabla 13:	Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral según clase social. Hombres. CAPV, 2002.....	114
Tabla 14:	Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral, ajustado por edad y clase social. Mujeres. CAPV, 2002.....	115
Tabla 15:	Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral según clase social. Mujeres. CAPV, 2002.....	115
Tabla 16:	Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	123
Tabla 17:	Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala y muy mala), por tipo de reparto de tareas domésticas y clase social, ajustado por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	124
Tabla 18:	Razón de Prevalencias (RP) de problemas crónicos, por tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	129
Tabla 19:	Razón de Prevalencias (RP) de ser activas, por tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	130
Tabla 20:	Razón de Prevalencias (RP) de ser activas, por tipo de reparto de tareas domésticas y clase social, ajustado por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	130
Tabla 21:	Razón de Prevalencias (RP) de ser fumadoras habituales por tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002....	131
Tabla 22:	Razón de Prevalencias (RP) de ser fumadoras habituales, por tipo de reparto de tareas domésticas y clase social, ajustado por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	132

Tabla 23:	Razón de Prevalencias (RP) de dormir <7h diarias, por tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	132
Tabla 24:	Razón de Prevalencias (RP) dormir <7h diarias, por tipo de reparto de tareas domésticas y clase social, ajustado por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002.....	133
Tabla 25:	Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral y tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por varias variables. Mujeres. CAPV, 2002.....	134
Tabla 26:	Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral y tipo de reparto de tareas domésticas y clase social, ajustado por edad. Mujeres. CAPV, 2002.....	135

FIGURAS:

Figura 1:	Modelo explicativo de las desigualdades sociales en salud propuesto por la Red Europea sobre Desigualdades Sociales y Salud.....	30
Figura 2:	Modelo de los determinantes de la salud.....	35
Figura 3:	Relaciones entre el género y la salud percibida.....	99



PRESENTACIÓN

El trabajo que aquí se presenta es fruto de una beca convocada y concedida por la institución del Ararteko el año 2005.

Aborda un tema de enorme trascendencia para el conjunto de la población: las desigualdades sociales en la salud; la incidencia que determinadas variables -especialmente las ligadas a la clase social y al género- tienen sobre la salud de las personas, creando diferencias evitables e injustas. Como se podrá comprobar, las desigualdades en la salud no sólo existen entre nosotros, sino que son muy significativas e incluso se heredan de generación en generación. Además, no son una cosa de ricos y pobres, sino que afectan a toda la sociedad, en el sentido de que a medida que la clase social es más baja la salud es peor. Pone, pues, su atención sobre un tema poco trabajado entre nosotros, y lo hace con enorme rigor y utilizando una metodología que aprovecha bases de datos muy ricas y recientes.

¿Influye en la salud el hecho de ser hombre o mujer, el tener un empleo remunerado o no tenerlo, el haber nacido en uno u otro lugar, el tener un trabajo de tipo manual o no manual, el hecho de tener que compaginar el trabajo remunerado con otras cargas domésticas...? Y si influye, ¿en qué sentido lo hace?, ¿en qué grado?, ¿con qué relación entre unos factores y otros?, ¿en qué aspectos de la salud?... El estudio analiza la incidencia de estos y otros factores en aspectos de la vida tan valorados como la probabilidad de vivir más o menos años, o de vivir esos años con mejor o peor salud, o de padecer algún tipo de limitación temporal o crónica, o de tener unos estilos de vida más o menos saludables...

Posiblemente seríamos capaces de dar algún tipo de respuesta, intuitiva o basada en nuestra propia experiencia, a alguna de las preguntas arriba formu-

ladas. El estudio lo hace de un modo riguroso, y aplicándolo al conjunto de la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Confirma, seguramente, algunas de nuestras respuestas pero, al mismo tiempo, pone en evidencia que las respuestas simples con frecuencia no valen: no siempre el hecho de que una mujer tenga un trabajo remunerado supone una mejor salud. Depende. Depende, por ejemplo, de cuál sea este trabajo y, sobre todo, de qué cargas familiares tenga que soportar o pueda compartir con su pareja, en el caso de que la tenga.

De hecho, el estudio pone en cuestión muchos de nuestros estereotipos sobre la igualdad, la salud, la importancia del sistema sanitario como corrector de desigualdades o la evolución positiva de nuestra sociedad hacia una mayor equidad.

En este trabajo ha resultado difícil compaginar el rigor metodológico con la claridad de exposición. Quien lo lea se encontrará con algunas partes más complicadas, por ejemplo, por el uso de términos estadísticos que suponen cierta especialización, pero encontrará también apartados de síntesis o de conclusiones redactados con un afán más divulgativo. Encontrará también algunas “ayudas” (como el anexo metodológico o el glosario de siglas) que le facilitarán la comprensión de términos o fórmulas poco usuales.

Este libro arranca con una cita lúcida y provocativa de Frank Dobson: *“La desigualdad en la salud es la peor de las desigualdades. No hay peor desigualdad que saber que morirás antes por ser pobre.”* No será la única que quien lo lea encontrará en el texto y que le haga reflexionar sobre lo justo o injusto de nuestra sociedad.

Iñigo Lamarca Iturbe
Ararteko

Vitoria-Gasteiz, agosto de 2007

Capítulo I: MARCO TEÓRICO DEL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

Hoy en día, al tiempo que se descubre la toxicidad para la salud de nuevos productos o sustancias, estamos redescubriendo la “toxicidad” de las circunstancias sociales y los modos de organización social sobre la salud. Sin embargo, como ha comentado Wilkinson, si los enormes riesgos para la salud hallados en los estudios de las desigualdades sociales en salud fueran el resultado de la exposición a productos tóxicos, las fábricas serían automáticamente cerradas o los materiales tóxicos retirados del mercado.

Benaich, 1997

1.1. INTRODUCCIÓN

Posiblemente, la salud de la humanidad haya mejorado más durante los últimos cincuenta años que en los tres milenios anteriores y todo parece indicar que seguirá mejorando en los próximos años, al menos en buena parte del mundo. Se trata de un proceso de extraordinaria importancia, mediante el cual se ha mejorado la calidad de vida de las personas y su relación con el medio, de tal forma que, en general, somos hoy menos vulnerables a determinados riesgos externos de lo que éramos en el pasado.

Sin embargo, tal esbozo de la salud humana se empaña al comprobar que aquellas personas con menos recursos sufren peor salud que las más ricas. Los datos son explícitos al respecto: basta con señalar que la diferencia en la esperanza de vida entre Japón y Zimbabwe es de cuarenta y seis años (WHO, 2006), y de veinte años entre las clases sociales en Estados Unidos (Murray y col, 1998). Lo mismo ocurre con otros aspectos como el sexo, la etnia o el lugar de residencia, que definen grupos sociales con mejores y peores indicadores de salud.

El estudio de esta serie de condicionamientos sociales ha despertado interés desde antiguo. Sin embargo, no ha sido hasta los años ochenta cuando, a partir de la publicación de las primeras investigaciones en el Reino Unido, hemos asistido a la publicación de estudios específicos en esta área. Fundamentalmente, las conclusiones que han sido extraídas al respecto indican que las personas de

clases sociales más desfavorecidas muestran peores indicadores de salud que aquéllas pertenecientes a estratos más altos, independientemente de la forma en que haya sido medida la variable socioeconómica (renta, educación, profesión...) o la variable de salud (mortalidad, morbilidad¹...).

Es importante destacar que esta relación no se limita a los grupos sociales extremos (más pobres y más ricos) sino que afecta al conjunto de la sociedad, de manera que existe un gradiente social en la salud, por el que conforme se baja en la escala social la salud y el bienestar de las personas también empeora.

Curiosamente, en cambio, diversas investigaciones han puesto de relieve que, en mayor o menor medida, las personas pertenecientes a las clases sociales más bajas o residentes en los barrios más pobres reconocen con menor facilidad que las clases más favorecidas tienen mejor salud y mayor esperanza de vida (Macintyre y col, 2005; Popay y col, 2003; Blaxter, 1997). De la misma manera, la percepción de los factores que influyen en el estado de salud también varía en función de las características sociodemográficas (sexo, nivel de estudios, clase social, área de residencia, estado civil y número de hijos/as) de las personas (Durán, 1983; Martín y col, 1999).

Como pilar esencial de la calidad de vida de una población, la salud se considera un área de intervención prioritaria en las agendas de aquellos gobiernos que tratan de garantizar el bienestar individual y colectivo de una sociedad. Sin embargo, la esfera política ha partido tradicionalmente de una concepción de la salud y de sus determinantes como producto casi exclusivo de la actuación de los servicios sanitarios, confiando casi ciegamente la mejora del estado de salud de la población a los avances de la medicina científica y a la introducción de las tecnologías sanitarias más avanzadas. Por ello, los debates sobre política sanitaria en la mayoría de los países giran principalmente en torno a la gestión, la financiación y la estructura del sistema sanitario, sin que exista la convicción de que la naturaleza de la asistencia sanitaria constituye un factor más entre la multiplicidad de variables que influyen en el estado de salud de las personas (Regidor, 2002).

Sin embargo, multitud de estudios han demostrado que el papel de la asistencia sanitaria en la mejora de la salud de la población ha sido limitado mientras que otros condicionantes de la salud como las mejoras en la salud pública, el nivel socioeconómico y educativo, así como los cambios en los estilos de vida han sido aspectos con un mayor impacto en el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la mortalidad por varias causas a lo largo del pasado siglo. Como ya mostró Thomas McKeown en la década de los setenta, las tasas de mortalidad por tuberculosis en Inglaterra y Gales disminuyeron a lo largo del siglo XX con independencia de las innovaciones terapéuticas que iban produciéndose durante ese mismo periodo (McKeown, 1976). Tal aseveración fortaleció las tesis biopsicosociales² en la explicación de la aparición y evolución de las enfermedades, poniendo en entredicho las explicaciones más biologicistas³ que habían dominado el espectro de la producción científica hasta el momento.

De hecho, tal y como veremos a lo largo del presente estudio, la salud constituye un fenómeno complejo y multicausal que, al tener raíces de carácter social, excede, por definición, las explicaciones biologicistas circunscritas a la actuación de nuestros sistemas sanitarios. Por ello, este trabajo parte de la definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud, que la entiende como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad (WHO,

¹ La morbilidad hace referencia a las enfermedades y dolencias en una población. También se define como la proporción de personas que enferman en un sitio y tiempo determinado.

² El enfoque biopsicosocial entiende que las variables de carácter social y psicológico son importantes a la hora de entender la salud y el proceso de la enfermedad. Se trata de establecer puentes entre lo biológico y lo psicosocial, explicando la complejidad de enfermar y de sanar.

³ El modelo biologicista entiende la salud y la enfermedad a partir de variables biológicas (somáticas) medibles, sin considerar los aspectos psicológicos y sociales asociados.

1946). De esta forma, se pone en entredicho la visión tradicional de la enfermedad como un hecho eminentemente biológico, para adoptar una postura que integra aspectos esenciales relacionados con el medio social.

1.2. ESTRUCTURA SOCIAL, DESIGUALDAD Y DESIGUALDAD EN LA SALUD

Quizás no exista en la disciplina sociológica un concepto más difuso que el de *estructura social*. Definido por la práctica totalidad de enfoques y perspectivas de la Sociología, el antecedente en su utilización como concepto teórico y categoría de análisis de la realidad social se remonta a Montesquieu y Spencer durante los siglos XVIII y XIX, si bien ya se hacía mención en los escritos de Abén Jaldún en 1377 (Giner y col, 1998).

De manera sintética, diríamos que se trata del ambiente social que envuelve a las personas, precediéndolas antes de su nacimiento y persistiendo después de su muerte. Comprendería, concretamente, las instituciones económicas (que producen y distribuyen los bienes y servicios para el sustento de las personas), las creencias ideológicas (religión, cultura, política...), los códigos lingüísticos y las instituciones sociales (matrimonio, familia, educación...) que regulan, en última instancia, las relaciones entre las personas (Álvarez-Dardet y col, 1995).

El estudio de la estructura social ha sido abordado por distintos enfoques teóricos, que han puesto mayor o menor énfasis en el predominio de lo social sobre el individuo y su capacidad de acción, siendo común a todos ellos la importancia que conceden a la estructura social como modeladora de las condiciones de existencia de las propias personas que la construyen.

De cualquier manera, es decir, adoptemos un enfoque más estructural-funcionalista (común a Marx, Durkheim y Parsons, que enfatiza el predominio e incluso la constricción de la estructura sobre el individuo), u otro más centrado en el actor como generador de estructuras (cerca del interaccionismo simbólico, la fenomenología y la etnomotodología), lo interesante es subrayar la existencia de una desigualdad inherente a la organización de la estructura social, que clasifica y jerarquiza a las personas en función de las categorías sociales a las que pertenecen.

En cuanto al concepto de *desigualdad social*, éste hace referencia a las diferencias existentes en el acceso de las personas a los recursos, en términos de calidad y cantidad, en el contexto de una estructura social determinada. Por su parte, cuando nos referimos específicamente a la salud, la desigualdad hace referencia a las diferencias de oportunidades y recursos ligados a la salud entre personas de diferente clase social, sexo, etnia o territorio, lo que conlleva que los colectivos más favorecidos presenten un estado de salud mejor que el resto. Es decir, nos estamos refiriendo al impacto que tienen sobre la distribución de la salud y la enfermedad factores como la riqueza, la educación, la ocupación, el grupo étnico, el sexo, la residencia urbana o rural y las condiciones sociales del lugar en el que se vive o se trabaja (Díez y Peiró, 2004).

Este concepto de desigualdad o inequidad posee una dimensión ética, ya que hace referencia a las diferencias que son innecesarias y evitables, así como injustas⁴ (Whitehead, 1990). En este sentido, es importante establecer el límite a partir del cual las diferencias en los niveles de salud se convierten

⁴ Según esta autora, para poder describir una situación como desigual (y por lo tanto, no equitativa), su causa debe ser juzgada como injusta en relación a lo que está ocurriendo en el resto del contexto social de referencia. En jerga anglosajona, la literatura diferencia los conceptos de desigualdad (*inequality*) e inequidad (*inequity*) para referirse a nuestros equivalentes diferencia y desigualdad (o inequidad), aunque realmente ha tendido a establecerse una correspondencia entre el concepto de *inequality* (diferencia) con las desigualdades que se consideran injustas (*inequity*) (Leon y col, 2005).

en desiguales ya que dos personas con diferentes estados de salud no constituyen necesariamente una situación no equitativa. De hecho, Whitehead afirma que cuando las diferencias son el resultado de variaciones biológicas naturales o incluso de elecciones dañinas o en términos de salud libremente adoptadas, no estaremos ante un hecho “injusto”, por lo cual, no hablaremos de desigualdad. Por el contrario, cuando las conductas perjudiciales no hayan sido consecuencia de una elección libre o cuando nos hallemos ante exposiciones a factores de riesgo en el contexto físico o ante un acceso inadecuado a los servicios de salud, la situación será “injusta” y, por lo tanto, potencialmente evitable (Whitehead, 1990). La equidad en términos de salud implicaría, por lo tanto, una situación en la que cada persona tuviera la capacidad de desarrollar con plenitud su potencial de salud y que, consecuentemente, nadie se encontrara en situación de desventaja a la hora de lograrlo.

Algunos/as autores/as subrayan la dificultad de establecer tal límite ya que ello implica emitir juicios de valor que imposibilitan una única definición de la desigualdad social en salud. Quizás por ello, la mayor parte de los estudios no han venido precedidos de una descripción clara, ni acerca del concepto de equidad, ni del tipo de desigualdad que se quiere medir (Regidor y col, 1994; Murray y col, 1999). Y ello, porque tal definición requiere una posición concreta que enfatiza bien la responsabilidad individual o bien la estructura social como factores principales en la explicación de las diferencias en el estado de salud.

Por tanto, ¿son las conductas de salud una cuestión de mera elección personal o están mediadas por un contexto social que impide su control por parte de las personas? ¿Es el mal estado de salud producto de la ausencia de posibilidades para elegir un determinado estilo de vida o, en cambio, es la consecuencia de riesgos asumidos voluntariamente?

Al margen de estas discusiones conceptuales y del contenido que le demos al concepto de equidad, lo que es evidente es que al comienzo de este nuevo siglo XXI, todos los países se enfrentan a la existencia de importantes desigualdades sociales en salud. En este sentido, cabe decir que estas desigualdades se han reducido sustancialmente a lo largo del siglo XX en términos absolutos (debido al descenso generalizado de las tasas de mortalidad tanto en los grupos socioeconómicos más como menos favorecidos), pero parecen haber aumentado en términos relativos. Así lo demuestran diversos estudios realizados recientemente en Europa basados en la utilización de diferentes indicadores como la esperanza de vida, la percepción subjetiva del estado de salud o el acceso a los servicios sanitarios, los cuales subrayan que las desigualdades sociales en salud entre las zonas más y menos favorecidas se han incrementado en países como Gran Bretaña, Italia o España, así como en Holanda y Suecia, éstos últimos con un modelo de Estado de Bienestar más protector y políticas redistributivas más intensas (Fernández y col, 2005; Shaw y col, 2005; Kunst y col, 2005; Whitehead y col, 1997; Navarro, 1997). De la misma manera, las desigualdades entre países también están aumentando, con lo que muchos no dudan ya en apuntar este fenómeno como la problemática más importante de salud pública del siglo XXI (Benach, 1997).

1.2.1. El concepto de clase social en el estudio de las desigualdades sociales en salud

La clase social, cualquiera que sea la forma en que se mida, constituye una variable esencial en el estudio de las desigualdades sociales en salud. A pesar de que, a menudo, la utilización de estas medidas de posición socioeconómica no constituye más que una variable de control y no explícitamente una variable explicativa, el número de estudios que incorpora esta perspectiva de clase social se ha incrementado notablemente a lo largo del tiempo.

El concepto de clase social surge con el pensamiento social y económico de la modernidad europea, y expresa una de las dimensiones fundamentales en la dinámica de la sociedad capitalista surgida de la

descomposición de la sociedad feudal. Desde su teorización por Marx, ha sido uno de los conceptos más intensamente debatidos hasta nuestros días⁵.

La Sociología moderna ha prestado especial interés al desarrollo de medidas de clase social capaces de detectar adecuadamente la posición relativa de las personas en las sociedades. A la hora de describir este concepto es preciso retomar los planteamientos clásicos de dos teóricos sociales de referencia, Karl Marx y Max Weber, representantes de la teoría de clases que se ha desarrollado en la Sociología contemporánea. De hecho, buena parte del debate actual de las clases sociales se desarrolla en términos de neomarxistas y neweberianos.

Karl Marx, quien realizó un análisis global de la sociedad capitalista, entendió las relaciones de clase como inscritas en las relaciones de producción y en la propiedad o no de los medios de producción. Fruto de este planteamiento teórico, Marx identificó dos clases sociales en los primeros estadios de la sociedad capitalista: la burguesía y el proletariado. Mientras que la primera explotaba y dominaba a la segunda, ésta, que sólo poseía su fuerza de trabajo, debía venderla para poder sobrevivir.

Para Max Weber, sin embargo, la posición social de los individuos no se definía únicamente en términos de posesión de los medios de producción, sino que se basaba en la conjunción de tres dimensiones: la clase, el estatus y el partido (o poder). La clase hacía referencia a la propiedad y control de los recursos, reflejada mediante la renta de las personas. El estatus se definía por el prestigio u honor del individuo en la comunidad, derivado de factores culturales y sociales tales como el contexto familiar, el estilo de vida y las redes sociales. Por último, el poder estaba relacionado con el contexto político. Como consecuencia, las situaciones de clase reflejaban para Weber diferentes oportunidades vitales en el mercado que no estaban abocadas, a diferencia de la visión marxista, a la lucha de clases.

Debido a la enorme transformación que han vivido las sociedades industrializadas hasta nuestros días, estas dos teorías no son capaces de interpretar la realidad de las relaciones de clase actuales. La estructura social actual poco se asemeja a aquélla sobre la que teorizaron Marx y Weber, por lo que sus marcos teóricos han sido revisados por diferentes autores, dando lugar a interpretaciones neomarxistas, como la de Erik O. Wright, o neweberianas, como en John Goldthorpe.

En el estudio de las desigualdades sociales en salud, la publicación del Informe Black (Townsend y Black, 1982) abrió un intenso debate sobre los mejores indicadores de clase social para medir tales desigualdades. Tal y como ocurre con otros fenómenos, identificar un solo indicador de nivel socioeconómico con suficiente justificación teórica y metodológica resulta complicado. A menudo, las clasificaciones de la posición socioeconómica que se utilizan carecen de la suficiente conceptualización teórica para validarlas así como de las comparaciones suficientes con otras clasificaciones que garanticen su fiabilidad (Liberatos y col, 1988). Asimismo, y desde el momento en el que la clase social trata de captar un fenómeno dinámico y cambiante (de la misma manera que las sociedades cambian, las clases sociales también se transforman), éste debe someterse a continua revisión metodológica.

Considerando este conjunto de limitaciones, podríamos resumir en cinco los indicadores más frecuentemente utilizados para definir la posición socioeconómica de las personas en el estudio de las desigualdades sociales en salud:

- 1) La **clase ocupacional**, que se basa en la ocupación de las personas para definir su posición de clase, ha sido una medida ampliamente utilizada en la epidemiología social, siendo la más frecuente, de hecho, en países como el Reino Unido donde se ha recogido sistemáticamente en las estadísticas vitales. *El British Registrar General*, desarrollado en 1911, fue el primero y más utilizado sistema

⁵ Fuente: Diccionario crítico de las Ciencias Sociales, Universidad Complutense de Madrid. Disponible en <http://www.ucm.es/info/eurotheo/diccionario>.

de clasificación de la clase social ocupacional en este país, extendiéndose, posteriormente, a otros contextos geográficos. La agrupación de ocupaciones que describe esta escala es la siguiente:

- Clase I: Profesionales
- Clase II: Ocupaciones medias
- Clase III N: Trabajadores/as no manuales cualificados/as
- Clase III M: Trabajadores/as manuales cualificados/as
- Clase IV: Trabajadores/as semi-cualificados/as
- Clase V: Trabajadores/as no cualificados/as
- Clase VI: Ocupaciones descritas inadecuadamente

La escala del *British Registrar General* fue creada sin clarificar si se tomaba como referencia alguna teoría social en concreto para graduar jerárquicamente las ocupaciones (a partir de la clasificación nacional de ocupaciones británica), de forma que, con ánimo de superar ésta y otras de sus limitaciones, diferentes autores han elaborado otras escalas (Liberatos y col, 1988).

Sin embargo, la utilización de la escala británica posee las ventajas de comparar grupos con tamaños razonables, demostrar la existencia de claras desigualdades en la mortalidad, la morbilidad y la utilización de los servicios sanitarios, y que la ocupación se asocie con otras medidas de desigualdad (Borrell, 1996).

Muchas han sido las clasificaciones que han tomado como referencia la escala del *British Registrar General* para medir la clase social ocupacional. En el Estado español, Domingo y Marcos (Domingo y Marcos, 1989) realizaron una adaptación de la escala británica a partir de la clasificación nacional de ocupaciones (CNO) de 1979. Posteriormente, en 1995, un grupo de trabajo de expertos/as de la Sociedad Española de Epidemiología (Grupo de Trabajo de la SEE, 1995) tomó como base la clasificación de Domingo y Marcos y el modelo de clase social propuesto por John Goldthorpe (Goldthorpe, 1980) para proponer una nueva escala. A partir de la CNO-94, las ocupaciones se asignaron a las mismas clases sociales que en 1979, aunque, en este caso, la CNO-94 ofrecía mayor grado de detalle. Debido a que no se realizan especificaciones en relación a las condiciones laborales (como la duración del contrato) este modelo no permite hacer categorizaciones de tipo neomarxista (Grupo de Trabajo de la SEE, 2000).

La elección de la ocupación para la definición de la clase social tiene ciertas desventajas que es necesario tener en cuenta:

- La asignación de la ocupación es complicada en aquellas personas que quedan fuera del mercado laboral, como las mujeres que trabajan en el hogar, estudiantes o jubilados/as, en cuyo caso la clase social asignada es de carácter indirecto, a partir del cónyuge, pareja, padre, madre...
- Generalmente, la clase ocupacional no tiene en cuenta ciertas características de la ocupación, como el número de horas trabajadas (tiempo parcial/tiempo completo) o la duración del mismo (temporal/indefinido).
- El tamaño y el significado de las clases ocupacionales está influido por el contexto de cada país y de cada momento histórico, lo que dificulta las comparaciones internacionales y en diferentes periodos de tiempo (estudios longitudinales).
- Asignar la última ocupación como posición de clase a aquellas personas que llevan un periodo de tiempo prolongado en desempleo o inactivas puede no ser muy apropiado, especialmente en el momento actual de desarrollo del sistema capitalista, en el que muchas personas son expulsadas

del mercado laboral y sus vidas laborales se acortan por una entrada más tardía y una salida más temprana del mismo.

- Las medidas de clase social ocupacional han sido creadas a partir de un perfil de trabajador varón, por lo que el trabajo que realizan las mujeres (concentrado en sectores del mercado de trabajo concretos) no queda debidamente recogido y especificado, y se ha tendido a atribuirles la clase social obtenida a partir de la ocupación de su pareja.
- 2) El **nivel educativo**: Ante esta serie de inconvenientes del uso de la clase social ocupacional como indicador del nivel socioeconómico, se han planteado otras medidas que puedan ser asignadas a cada persona independientemente de otras características y que, además, sean más sencillas de recoger. En este sentido, el nivel educativo supera estas limitaciones y muestra, además, gran asociación con la clase ocupacional (Alonso y col, 1997), los ingresos y el nivel de vida (Liberatos y col, 1988).

Al igual que ocurre con la ocupación, la utilización del nivel de estudios como indicador de posición socioeconómica muestra ventajas e inconvenientes. Por una parte, la educación se recoge como una escala ordinal fácilmente comparable entre países. Se trata, además, de un atributo que se mantiene más estable a lo largo de la vida de las personas que la clase ocupacional, aunque esto no debe necesariamente constituir una ventaja ya que, en situaciones de intensa movilidad social, la clasificación por el nivel máximo de estudios alcanzado puede no reflejar adecuadamente las variaciones en el estado de salud provocadas por un cambio de posición social (trabajadores/as que queden en paro o se conviertan en pensionistas, jubilados/as...).

El nivel de estudios se ha utilizado, fundamentalmente, fuera del Reino Unido (Holanda, EEUU, Finlandia...) ya que en este país se ha asumido que los años de escolarización recogían, al menos hasta el momento, poca variabilidad, debido a que gran parte de la población tenía baja o nula cualificación y, por lo tanto, no diferenciaba adecuadamente (Macintyre, 1997). De la misma manera, el establecimiento actual de una edad mínima de escolarización obligatoria (16 años en el caso español) homogeniza los niveles más bajos en el nivel educativo y elimina, casi totalmente, el analfabetismo. El nivel educativo lleva asociado, por tanto, un efecto “cohorte de edad” que es necesario considerar a la hora de ver su influencia en el estado de salud y la enfermedad, y realizar comparaciones entre generaciones (Liberatos y col, 1988).

Asimismo, es necesario tener en cuenta que las diferencias territoriales en los niveles educativos (entre Comunidades Autónomas, por ejemplo) pueden establecer diferencias en el efecto que la educación tiene sobre la renta o la ocupación, llevando a equívocos si no consideramos el valor desigual que puede tener en uno u otro lugar el poseer un nivel educativo concreto.

- 3) Los **indicadores de renta** y las posesiones materiales (coche, vivienda...) han sido tradicionalmente utilizados en EEUU, aunque también en diferentes países europeos como el Reino Unido, como complemento de la clase ocupacional. Con ello, se salva la dificultad de asignar una clase ocupacional a mujeres amas de casa o jubilados/as pero, en cambio, es complicada de interpretar, está sujeta a una elevada tasa de no respuesta, es inestable en el tiempo y no explica claramente cuál es la dirección de causalidad⁶ entre las posesiones materiales y la salud. Además, también está relacionada con la edad de la persona, con lo que nos hallamos ante otro indicador susceptible del “efecto cohorte de edad”.
- 4) La **posición** dentro de una organización también ha sido utilizada como marcador socioeconómico, al mostrarse útil para comprobar la influencia de los diferentes escalafones dentro de una jerarquía en la salud de las personas (Marmot y col, 1978).

⁶ La dirección de causalidad establece qué factor es la causa y cuál la consecuencia en la explicación de un fenómeno.

- 5) Los **indicadores de área o ecológicos** son medidas agregadas que describen la composición social del área en la que reside un conjunto de personas. Son especialmente interesantes porque pueden ser aplicados a aquellas personas sobre las que no existen datos individuales. No obstante, la utilización de este tipo de indicadores debe ser cuidadosa para no cometer errores metodológicos como la “*falacia ecológica*”, que consiste en inferir conclusiones a escala individual (es decir, sobre las relaciones entre variables individuales) a partir de datos grupales o de área. Es decir, dar por sentado que los resultados encontrados en las poblaciones (agregados) se reproducen por igual en los individuos. No obstante, su gran ventaja consiste en tener en cuenta factores sociales, geográficos y comunitarios de tipo contextual que no pueden ser analizados en los estudios individuales (Schneider y col, 2004).

Como ejemplo de este tipo de sesgo, podríamos imaginar el caso de un estudio ecológico en el que se detecta una relación positiva entre el porcentaje de población protestante y las tasas de suicidio en varias comunidades. En base a esta realidad, que fue descrita en *El Suicidio* de Emile Durkheim (Durkheim, 1928), la inferencia de que ser protestante puede constituir un factor de riesgo de suicidio puede ser completamente errónea (una falacia ecológica) ya que es posible que la mayor parte de los suicidios dentro de estas comunidades sean llevados a cabo por personas católicas que, en minoría (es decir, cuando la proporción de protestantes es alta) tienden a estar más aislados socialmente, y, por lo tanto, muestran mayor riesgo de suicidio (Szklo y Nieto, 2003).

1.3. MARCOS EXPLICATIVOS DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

El establecimiento de la cadena causal entre el contexto social y la salud entraña varias dificultades de carácter conceptual y metodológico debido a la multitud de factores que intervienen en tal relación (Singh-Manoux, 2005; Popay y col, 2003). A partir de la publicación del Informe Black (Towsend y Black, 1982), en el que se describían cuatro explicaciones posibles sobre el origen de las desigualdades sociales en salud, estudios posteriores han realizado sus propias revisiones, añadiendo otros factores no contemplados o matizando los considerados en el informe. Considerando todas estas aportaciones, se puede señalar una serie de modelos explicativos relevantes sobre las desigualdades sociales en salud:

- La selección social
- Los factores materiales o estructurales
- Los factores psicosociales
- Los hábitos o conductas relacionadas con la salud
- Los servicios sanitarios
- El curso de vida o perspectiva vital
- Los modelos explicativos integrales

1.3.1. La selección social

Este modelo apunta al hecho de que la salud determina la posición socioeconómica de las personas. Es decir, aquéllas con mala salud tenderán a deslizarse hacia las posiciones menos favorecidas de la jerarquía social, mientras que aquéllas más sanas lo harán hacia las más altas. Esta movilidad social, entendida como los cambios en la posición social durante la vida de las personas en comparación con la de sus progenitores/as o incluso con la suya propia en un período anterior, puede ocurrir dentro de una generación (selección intrageneracional) o entre dos generaciones (selección intergeneracional). Asimismo, esta selección puede ser directa, cuando el estado de salud determina directamente la posición económica, o bien indirecta, cuando determinados factores operantes durante la infancia e influyentes

en la salud (la privación material o la educación) determinan la salud y la movilidad en la vida adulta (Borrell y Benach, 2003).

Esta perspectiva ha guiado las intervenciones realizadas desde los sistemas sanitarios de diferentes países subdesarrollados así como las recomendaciones de la OMS, que han querido transformar las poblaciones pobres con mala salud en poblaciones pobres sanas, suponiendo que así podría romperse el vínculo entre la enfermedad y la pobreza, ya que la mejora generalizada de la salud de la población conllevaría un crecimiento económico sostenido (Feachem, 2000; Leon y col, 2005).

Apoyando esta perspectiva, algunos estudios han demostrado cierta movilidad social asociada al padecimiento de determinadas enfermedades como la esquizofrenia, la bronquitis, las enfermedades crónicas y las incapacidades permanentes. Asimismo, las conductas no saludables parecen guardar relación con el fracaso escolar, determinante en el nivel socioeconómico de las personas en la vida adulta (Pereiro y col, 1999). Sin embargo, las desigualdades sociales en salud van más allá de la influencia de la selección social y, por ello, esta perspectiva no es capaz de explicarlas adecuadamente. En este sentido, varios estudios longitudinales no han hallado evidencias de que las desigualdades por clase social en la mortalidad se deban a un efecto de selección (Fox y col, 1982; Smith y col, 1990; Regidor y col, 1994), y otros muestran que la movilidad social derivada de la selección ha contenido, en vez de incrementado, las desigualdades (Bartley y Plewis, 1997).

No obstante, este modelo de explicación de las desigualdades sociales en salud puede resultar útil en contextos en los que la falta de una estructura de servicios sanitarios consolidada y una red de protección social del Estado aboca a las personas enfermas a dinámicas de empobrecimiento difíciles de superar (La Parra, 2002). Por ello, en determinados contextos es necesario realizar un análisis basado en modelos que integren ambos aspectos, pobreza y salud, de forma interrelacional y que reflejen la posible existencia de círculos de retroalimentación entre ambas variables (Bartley y Plewis, 2005).

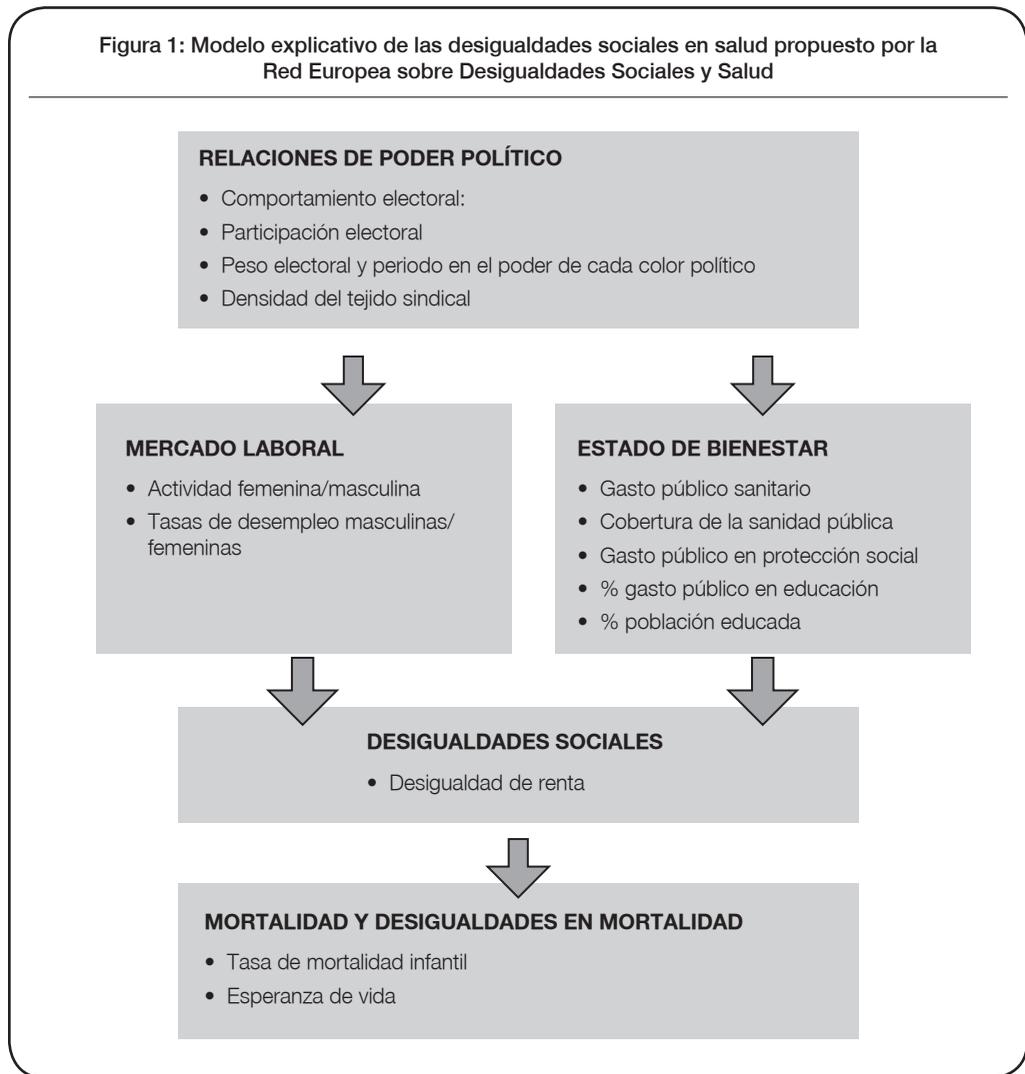
1.3.2. Los factores materiales o estructurales

Esta perspectiva pone de relieve el rol del ambiente social y las condiciones de vida y trabajo sobre el estado de salud de las personas. En este sentido, una mayor o menor exposición a situaciones relacionadas con bajos ingresos, desempleo y riesgos del ambiente físico de residencia o malas condiciones de la vivienda tendrán un claro impacto sobre la generación de las desigualdades sociales en salud, que vendrán dadas por el hecho de que los grupos sociales más bajos están expuestos a un ambiente social menos saludable (Borrell, 1996). En este sentido, diversos estudios han relacionado aspectos como la ocupación, el paro o la pobreza con la salud física y mental (Garrido y col, 1994; Artazcoz y col, 2004; Virtanen y col, 2005; Mathers y Schofield, 1998).

En este tipo de interpretación de las desigualdades sociales en salud destaca la importancia de la extensión y calidad de los servicios del Estado de Bienestar (gasto social, sistema de salud, sistema educativo, servicios sociales y política impositiva) como determinantes de la salud de las personas ya que, en última instancia, los recursos públicos disponibles influyen en las posibilidades que los individuos tienen de cuidar de su salud (Lynch y col, 2000). Estudios realizados con países de la OCDE y en el Estado español muestran la relación existente entre estos factores e indicadores como la mortalidad prematura y la esperanza de vida al nacer (Rodríguez-Sanz y col, 2003; Navarro y col, 2006).

El modelo explicativo propuesto por la *Red Europea sobre Desigualdades Sociales y Salud* toma como base este planteamiento. Tal y como puede observarse en la siguiente figura, las condiciones socioeconómicas, que otros modelos sitúan como determinante último de las desigualdades en salud serían, bajo esta perspectiva, consecuencia de las relaciones de poder político, de la naturaleza del Estado de Bienestar y del mercado laboral en el que se encuadren en cada momento.

Figura 1: Modelo explicativo de las desigualdades sociales en salud propuesto por la Red Europea sobre Desigualdades Sociales y Salud



Fuente: Navarro, 2004

Sin embargo, en el estudio de esta serie de factores materiales-estructurales, la forma en que afectan concretamente al nivel de salud y cuál es la importancia relativa de las pautas de vida relacionadas con los bajos ingresos son cuestiones que distan aún de haber sido clarificadas (Mackenbach y col, 2002; Evans, 1996; Borrell, 1996).

1.3.3. Los factores psicosociales

Ante las lagunas de conocimiento o aspectos no explicados sobre el origen de las desigualdades sociales en salud por parte de la perspectiva de los factores materiales o estructurales, algunos autores como Wilkinson, Marmot y Kawachi han sugerido la necesidad de considerar también la posible intervención de factores de tipo psicosocial.

El origen de este enfoque parte de la observación de que la desigualdad en la renta en los países con renta per cápita más alta está relacionada con indicadores como la esperanza de vida, la mortalidad y otras va-

riables relacionadas con la salud (Kawachi y Kennedy, 1999; Wilkinson, 1997). Por ello, más allá de los ingresos individuales absolutos, esta corriente sugiere que el estado de salud de los individuos depende de la posición relativa de sus ingresos en la escala social y de la consecuente autopercepción sobre tal distancia a la media del conjunto de la sociedad, y no tanto del nivel absoluto de riqueza o pobreza (Murray y col, 1999).

Los estudios *Whitehall*, que analizaron el gradiente social en la mortalidad y morbilidad de los funcionarios públicos del Reino Unido desde los setenta, constituyen un referente para este enfoque (Marmot y col, 1978; 1991). Debido a las características de la población que analizaron (funcionarios con trabajo estable y no expuestos a los riesgos físicos de otros sectores), estos estudios no podían atribuir las diferencias en la mortalidad y morbilidad a situaciones de privación o pobreza, concluyendo que existía un gradiente social (distribuido por la jerarquía que establecía la ocupación) que afectaba al conjunto de la organización. Un elemento ajeno a la pobreza, y que se relacionaba con la posición relativa de las personas en la escala social, explicaría, por tanto, el origen de las desigualdades sociales en salud (Evans, 1996). Según Evans:

“Hay algo que influye poderosamente sobre la salud y está correlacionado con la jerarquía por se. No sólo opera sobre una minoría sin privilegios, situada en el margen de la sociedad y digna de desprecio o cariño según la afiliación ideológica de cada uno, sino sobre todos nosotros. Y sus efectos son grandes” (pág. 7).

Los mecanismos intermedios que operarían en la relación entre la desigualdad de renta y la salud serían, bajo esta perspectiva, varios. Por una parte, habría que considerar el efecto psicosocial, en forma de falta de auto-confianza y vergüenza, derivado de la comparación que el individuo realizaría de sí mismo en una sociedad desigual. Por otra parte, la erosión de la cohesión y el capital social (que se darían en mayor medida en sociedades poco igualitarias) conduciría a mayores cotas de ansiedad, estrés y hostilidad, incidiendo en la salud de las personas (Kawachi y col, 2004; Leon y col, 2005).

1.3.3.1. Apoyo social, capital social y salud

Una dimensión clave para comprender la interpretación psicosocial de las desigualdades sociales en salud es la de apoyo social. Definirla no es sencillo ya que la diversidad de definiciones del término coincide con la multiplicidad de estudios que la han investigado. Se trata de un concepto que proviene de las ciencias sociales, a partir de las aportaciones de Bourdieu y Putman, y que a partir de la década de los 90 ha sido progresivamente incorporado a la investigación en salud. Según Stansfeld, se trata del conjunto de recursos provisto por otras personas o la información que conduce a los individuos a pensar que son queridos, cuidados, estimados y valorados, así como pertenecientes a una red social de comunicación y mutua obligación (Stansfeld, 1999).

Han sido numerosos los estudios que han relacionado el apoyo social con variables como la mortalidad y la enfermedad física y mental. Uno de los pioneros fue el *Alameda County Study* (Berkman y Syme, 1979), en el que se demostró que aquellas personas con las menores conexiones e interrelaciones sociales mostraban las mayores tasas de mortalidad. Investigaciones posteriores, tanto en EEUU como en Europa, han confirmado esta tendencia, relacionando directamente la mayor integración social con la mortalidad y la esperanza de vida. Kawachi (Kawachi y col, 1996) confirmó, asimismo, que el aislamiento social estaba relacionado con la mortalidad por causas cardiovasculares, accidentes y suicidios.

Al igual que el apoyo social, el concepto de capital social es de gran importancia para el enfoque psicosocial de las desigualdades sociales en salud. A diferencia del primero, que era definido en términos individuales, el capital social posee un carácter grupal, comunitario, y se define como el conjunto de redes, normas y valores compartidos que facilitan la cooperación en los grupos (OECD, 2000). La existencia de capital social promueve la confianza mutua y el respeto entre los miembros de una comunidad, así como la existencia

de una activa participación en actividades y asociaciones de la misma, lo cual se relaciona con una mejor autovaloración de la salud (Hyypää y Mäki, 2001; Veenstra y col, 2005), el menor uso de fármacos (Johnell y col, 2004) y la menor mortalidad (Kawachi y col, 1997).

No se deben obviar, sin embargo, las críticas que se han vertido sobre la teoría del capital social y su poder explicativo de las desigualdades en salud (Muntaner, 2004). Los argumentos más importantes que cuestionan la idoneidad de su utilización se resumen en los siguientes (Waterson y col, 2004):

- 1) No existe consenso sobre las dimensiones que componen el capital social, ya que diferentes investigaciones apuntan en distintas direcciones al señalar qué elementos (confianza, participación social, seguridad...) se relacionan con la salud.
- 2) Varios estudios muestran una asociación más débil entre el capital social o el apoyo y la salud, que la que existe con los factores socioeconómicos.
- 3) A menudo, el género y la edad han sido categorías obviadas en las investigaciones sobre capital social y salud, si bien éstas están directamente relacionadas con algunas dimensiones como el estrés, de gran interés para la teoría del capital social.
- 4) El discurso científico que promueve el fomento del capital social como generador de bienestar y salud en las comunidades puede estar eximiendo a la clase política de la inversión en programas públicos que desarrollen el Estado de Bienestar, traspasando tal función de generación de bienestar a las comunidades locales y, por tanto, responsabilizando a las personas de su propia situación (*victim-blaming*).

Este tipo de críticas ha suscitado un encendido debate en la epidemiología social actual entre los defensores de los enfoques más materialistas frente a los psicosociales. Según algunos/as autores/as estas posturas no deberían estar enfrentadas, ya que la mejora de la salud requiere tanto del acceso a recursos materiales como de la capacidad de beneficiarse de los mismos, hecho que habitualmente viene determinado por las relaciones sociales de las que dispongan las personas. Estos autores afirman que la corriente materialista-estructural están en lo cierto al afirmar que, incluso en las sociedades más desarrolladas, las clases sociales más bajas sufren mayor privación material, lo que directamente incide sobre su salud. Por otra parte, también creen que las tesis psicosociales aciertan en afirmar que las percepciones asociadas a vivir en una sociedad injusta y poco equitativa pueden erosionar de tal forma las redes sociales que resientan significativamente la salud de la población. Por tanto, la falta de evidencia inequívoca que confirme una u otra posición lleva a estos autores a asumir que ambos puntos de vista son válidos. Varios seguidores de la explicación psicosocial (Marmot y Wilkinson, 2001; Kawachi y col, 2002; 2004) también afirman que ambas perspectivas no son mutuamente excluyentes, ya que todos los recursos materiales de importancia tienen también una implicación psicosocial y viceversa.

El debate existente es, sin duda, interesante, ya que, más allá de la identificación de determinadas causas como mediadoras entre la desigualdad socioeconómica y la salud, el apoyar una u otra perspectiva implica una posición concreta en la elaboración de políticas públicas dirigidas a la reducción de las desigualdades sociales en la salud.

1.3.4. Los hábitos o conductas relacionadas con la salud

La mayor parte de los hábitos de vida (el hábito tabáquico, la dieta, el consumo de alcohol o el ejercicio físico) se distribuyen según un gradiente socioeconómico, de forma que los factores de riesgo conocidos

para la salud son más frecuentes a medida que se descende en la escala social (Gutiérrez y col, 1994; Regidor y col, 2001b). Sin embargo, tratar de explicar el origen de las desigualdades sociales en salud a partir de esta desigual distribución no es sencillo ya que, como han demostrado distintos estudios longitudinales en varios países desarrollados, la asociación entre la clase social y el estado de salud o la mortalidad se mantiene después de controlar estos factores en el análisis (Lantz y col, 1998; 2001; Regidor, 2002). De hecho, algunos estudios han hallado desigualdades sociales en salud (por ejemplo, en la mortalidad cardiovascular) por nivel socioeconómico, que no se explican por las desigualdades en el consumo de tabaco, la tensión arterial, el colesterol o la intolerancia a la glucosa (Ferrie y col, 2002). Otros trabajos también han hallado tales desigualdades tras ajustar por el consumo de tabaco, la actividad física, el consumo de alcohol y tabaco, la obesidad y los patrones del sueño (Haan y col, 1987). Incluso con independencia del patrón del consumo de tabaco y de otros factores de riesgo, diferentes estudios han mostrado que las desigualdades en la mortalidad entre los niveles socioeconómicos siempre han existido (Townsend y col, 1994; Phelan y col, 2004).

Queda claro, por tanto, que las conductas relacionadas con la salud no son un mero producto de la elección individual sino que están sujetas a los condicionamientos de la estructura social. Según Blane (Blane, 1985):

“Dispersos a lo largo de la literatura se encuentran los estudios que han examinado el efecto sobre la salud de factores individuales como el trabajo peligroso o la dieta inadecuada. A pesar de que es posible considerar estos factores de forma aislada, es importante tener en mente que pueden tener su origen en la estructura social, a través de fenómenos de nivel intermedio como la distribución de la renta y la riqueza y la organización de la industria...” (pág. 434-435. Traducido)

1.3.5. Los servicios sanitarios

El conjunto de causas capaces de explicar la génesis de las desigualdades sociales en salud se completa con el papel de los servicios sanitarios. En este sentido, el menor acceso de las clases sociales bajas a los servicios sanitarios preventivos, a la asistencia especializada, a los servicios curativos de calidad y a los servicios de cuidados paliativos debe tenerse en cuenta en la explicación de las desigualdades sociales en salud (Wagstaff, 2002; Borrell, 1996; Borrell y Benach, 2003). Asimismo, hay que considerar que en áreas socioeconómicamente favorecidas, que posean un mejor estado de salud gracias a medidas de higiene pública, sociales y educativas que se hayan implementado, podrán verse adicionalmente beneficiadas debido a la actuación de la asistencia sanitaria, ya que probablemente su población sea más capaz de captar los mensajes y traducirlos en actos saludables (Ortún y col, 2004).

1.3.6. El curso de vida o perspectiva vital

En el debate sobre la explicación de las desigualdades sociales en salud ha sido tradicionalmente olvidada la importancia del tiempo, y sólo recientemente han comenzado a desarrollarse modelos explicativos longitudinales que consideran que la exposición a la desventaja social no tiene, generalmente, un impacto inmediato en la salud (Leon y col, 2005).

Desde una perspectiva biopsicosocial, la enfermedad es el producto de una exposición continuada a diferentes factores de riesgo que se suceden a lo largo de la vida de las personas y, en este sentido, se demuestra que una prolongada vivencia durante la etapa de la niñez en un entorno de estatus socioeconómico bajo determina, en buena parte, los hábitos o conductas de salud en la vida adulta (Van de Mheen y col, 1998) así como la prevalencia de determinadas enfermedades como la tuberculosis

o el cáncer de estómago (Rico, 2002). Las desigualdades sociales en salud serían debidas, bajo esta perspectiva, al efecto acumulativo de diversas desventajas económicas y sociales durante el curso de la vida.

Una de las teorías que apoyan esta perspectiva del ciclo vital es la conocida como *Hipótesis de Barker*, elaborada por David Barker a partir de los hallazgos que realizó en Gran Bretaña y que, posteriormente, han sido ratificados por investigaciones desarrolladas en otros países europeos así como en Asia, Australia y Estados Unidos (Curhan y col, 1996; Forsdahl, 2002; González y col, 2006). Según la hipótesis de Barker, la afirmación de que ciertas enfermedades, como las cardiovasculares, están determinadas por factores asociados a los estilos de vida (dieta rica en grasas saturadas, sedentarismo y consumo de tabaco) que actúan sobre individuos genéticamente susceptibles, olvida la importancia de factores que actúan durante el periodo fetal. Así, un crecimiento intrauterino pobre, derivado de una nutrición gestacional pobre y reflejado en un bajo peso al nacimiento, se asociaría a un mayor riesgo de sufrir determinadas enfermedades durante la vida adulta (Barker y Clark, 1997).

Barker argumentó que las desigualdades sociales en salud del presente debían explicarse en base a las condiciones sociales existentes una o dos décadas anteriores, las cuales habrían afectado a la salud física y mental de la madre y ésta, a su vez, a la del feto, con la consiguiente probabilidad de morbilidad y muerte prematura en la edad adulta.

La incorporación de esta perspectiva longitudinal al estudio de las desigualdades en salud permite abordar y comprender mejor la complejidad de los mecanismos causales que actúan entre las variables socioeconómicas y la salud, debido a que la variable tiempo nos permite discernir qué factor tiene lugar en primer lugar y cuál después. Sin embargo, hay que tener presente que discernir el impacto concreto que las diferentes situaciones de desventaja social pueden tener en un momento dado sobre la salud no es sencillo (Rico, 2002).

Esta perspectiva abre la puerta a la interpretación de las desigualdades en términos de “ventanas de susceptibilidad” (Mackenbach y col, 2002), concepto que trata de poner en evidencia el hecho de que, en determinados periodos de la vida, las personas son más susceptibles a los efectos de ciertas exposiciones a factores de riesgo que en otros. En este sentido, el hallazgo más interesante de esta perspectiva longitudinal es que las desigualdades sociales en salud pueden heredarse, ya que los condicionamientos sociales como la privación material, la pobreza y la marginación social, actúan sobre la salud en estadios muy tempranos de la vida (especialmente durante la gestación y la primera infancia), y permanecen presentes a lo largo del ciclo vital del individuo (Rico, 2002).

1.3.7. Modelos explicativos integrales

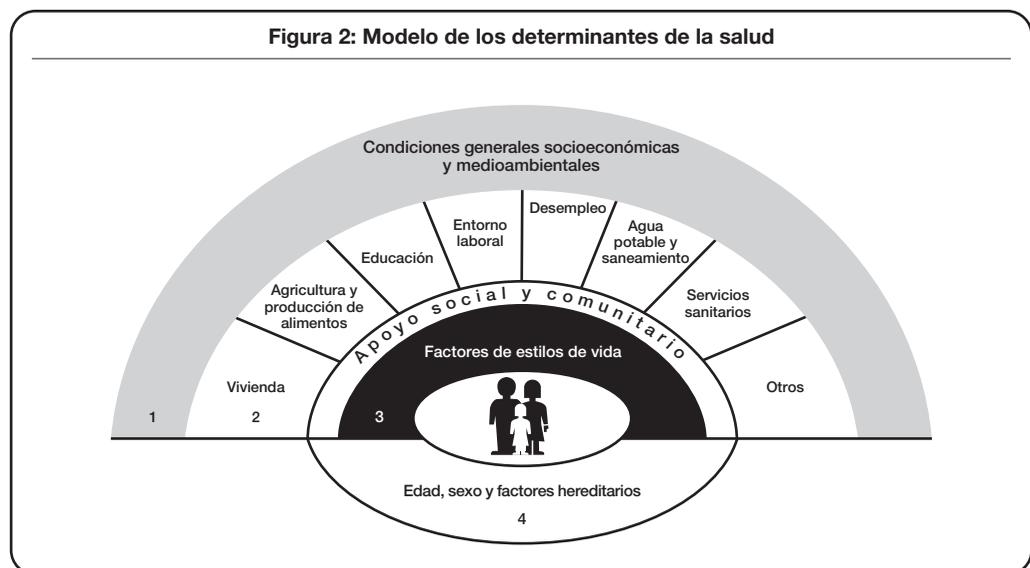
Varios/as autores/as interesados/as en elaborar una explicación integral sobre las desigualdades sociales en salud han propuesto modelos que integran varias de las perspectivas expuestas, incorporando incluso otras variables consideradas de interés en la explicación del fenómeno. Entre ellas, merece la pena destacar el modelo de los determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead (Dahlgren y Whitehead, 1991), enormemente influyente en el estudio de las desigualdades sociales en salud por la comprehensividad de su planteamiento y la claridad y sencillez de su representación.

Tal y como puede verse en la siguiente figura, Dahlgren y Whitehead representan los principales determinantes de salud como estratos o capas de influencia:

1. En la parte central, se sitúan los factores individuales como la edad, el sexo y los factores hereditarios, no modificables.

2. En un segundo nivel, aparecen los factores relacionados con los estilos de vida sobre los que sí se puede actuar. Se trata de los hábitos de vida (fumar, beber, realizar ejercicio físico...) directamente relacionados con el estado de salud de las personas.
3. Una tercera capa refleja las influencias sociales y comunitarias, esto es, las relaciones interpersonales de los individuos en forma de apoyo social, que se relacionan también con la salud.
4. En cuarto lugar, se incluyen las condiciones de vida y de trabajo, que incluyen factores relacionados con la vivienda, la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el empleo y el desempleo, el agua potable y saneamiento y los servicios sanitarios.
5. Finalmente, y cerrando el semicírculo, están representadas las condiciones más generales de carácter socioeconómico y medioambiental, que permean, en mayor o menor grado, los demás niveles, a excepción del primero.

La figura que se presenta a continuación muestra gráficamente este conjunto de ideas.



Fuente: Dahlgren y Whitehead, 1991.

1.4. EL ESTUDIO DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD: REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA

1.4.1. Revisión internacional de estudios sobre las desigualdades sociales en salud

Tomando como punto de partida el relato histórico de Regidor y col. (Regidor y col, 1994), el origen del estudio de la relación entre la estructura social y la salud o la enfermedad se situaría en los primeros análisis sobre las enfermedades relacionadas con el trabajo, que datan de finales del siglo XV y comienzos del siglo XVI.

Hasta entonces, la medicina hipocrática, heredera de las civilizaciones antiguas, no había hecho alusión alguna a las condiciones de trabajo o al contexto social de los/as trabajadores/as, asumiendo el origen estrictamente individual de la salud y la enfermedad.

En 1700, Bernardino Ramazzini publicó el primer tratado amplio sobre enfermedades laborales, en el cual destacaba la importancia del estudio de las condiciones de vida y de trabajo en la determinación del estado de salud y la enfermedad. A partir del siglo XIX, y sobre la base de las estadísticas de mortalidad que permitían realizar comparaciones, se publicaron los primeros estudios empíricos que relacionaban la clase social, la pobreza, el lugar de residencia y el estado de salud:

- *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie (1840)*, de Louis Villermé, constituyó un estudio en profundidad de la población obrera del lino, el algodón y la seda así como del empleo infantil y su efecto en la talla, la mortalidad y la morbilidad. Villermé reconoció el efecto que las condiciones de trabajo, el hambre, el salario, la vivienda, el horario de trabajo y la ocupación infantil tenían sobre la salud de los trabajadores.
- *Inquiry into sanitary conditions of the labouring population of Great Britain (1842)*, de Edwin Chadwick, destacó las desigualdades existentes en las tasas de mortalidad y la esperanza de vida media de la población según el nivel socioeconómico. Su insistencia en la insalubridad (estado de las aguas, alcantarillas y basuras) como factor clave en la explicación de tales desigualdades, alejó el concepto de salud/enfermedad de las condiciones de vida individuales de las personas. Desde entonces, Chadwick es considerado propulsor del movimiento sanitario moderno, debido a la conexión que estableció entre la salud pública y el saneamiento.
- *The condition of the working class in England (1845)*, de Friedrich Engels, examinó no sólo la salud en la esfera laboral, sino también la distribución geográfica de la mortalidad y su relación con las condiciones de vida. Engels destacó la calidad del aire y del agua, las basuras, el hacinamiento, la alimentación, la vivienda y el trabajo como potenciales determinantes de las enfermedades de la población.
- Además de éstas, otras obras como *The sanitary condition of the labouring population of New York (1845)*, de J. Griscom, o las aportaciones de *The public health and property (1847)*, de S. Neumann, en la que se destaca la responsabilidad del Estado en la protección de la salud de los individuos, ejemplifican los primeros estudios llevados a cabo en el campo de la medicina social.

Al calor de las revoluciones de 1848 y de su estudio sobre la epidemia del tifus en la Alta Silesia, Rudolf Virchow, reconocido patólogo germano, señaló que “la medicina es una ciencia social y la política es medicina en gran escala”, en el sentido de que las transformaciones sociopolíticas como la distribución de la renta, la reforma agraria y el reparto de la vivienda podían generar mejores condiciones para los trabajadores y, en consecuencia, mejorar su salud.

En este sentido, algunas propuestas de solución de Virchow ante la situación en la Alta Silesia fueron que la población empobrecida tuviera una completa e ilimitada democracia, acceso a la educación, libertad y prosperidad. Afirmó también que debían tener derecho a comunicarse en polaco, a tener un gobierno autónomo democráticamente elegido, a que se fijaran impuestos progresivos que revirtieran en el bienestar de los/as más necesitados/as, que se desarrollara la agricultura y las vías de comunicación, y que se crearan organizaciones de tipo cooperativo⁷.

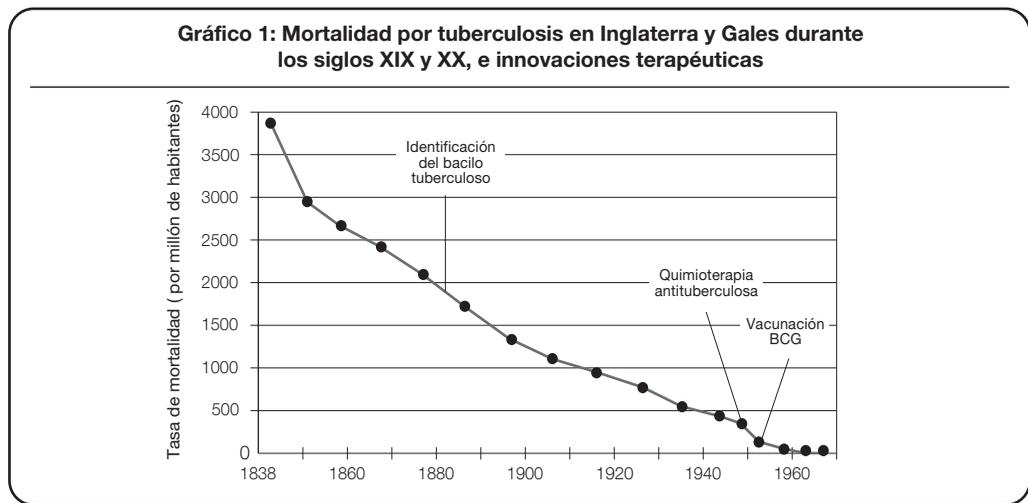
Sin embargo, tras el fracaso político y social de esta oleada de revoluciones liberales y republicanas en toda Europa, el énfasis en la explicación social de la salud y la enfermedad volvió a verse relegado a un segundo plano. Los avances tecnológicos introducidos durante las primeras décadas del siglo XX

⁷ El documento original ha sido traducido recientemente al inglés y publicado en el vol. 1 (núm. 1) de la revista *Social Medicine* (www.social-medicine.info).

contribuyeron a la pérdida de interés por el análisis de los condicionantes sociales de la salud, debido a un convencimiento reforzado acerca de la eficacia de la medicina como instrumento principal para la mejora de la salud y la lucha contra la enfermedad.

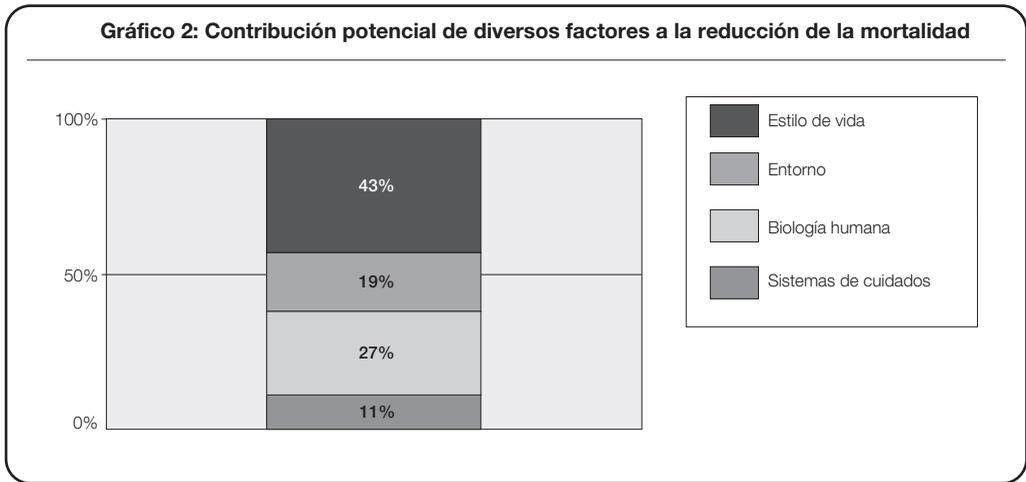
Tras más de treinta años de hegemonía de esta corriente biologicista y tecnologicista, Thomas McKeown volvió a rescatar la idea de la necesidad de plantear la salud y la enfermedad como fenómenos biopsicosociales, afirmando que la disminución en la mortalidad de varias enfermedades infecciosas en los siglos XIX y XX se produjo antes de la implantación de los tratamientos médicos eficaces para su control (McKeown, 1979).

McKeown realizó un análisis de las tasas de mortalidad por tuberculosis en Inglaterra y Gales entre 1830 y 1960, el cual demostró que éstas sufrieron un descenso sostenido desde 1838 hasta su práctica erradicación, con independencia de los hitos médicos como la identificación del bacilo o el descubrimiento de la quimioterapia y la propia vacuna que ocurrieron con posterioridad. McKeown observó que la mejora en el acceso de alimentos a partir de la Revolución agrícola desde 1700, así como la mejora en la higiene derivada del suministro de agua, los servicios de drenaje, la salubridad de viviendas y centros de trabajo y la preocupación contra los contagios, permitió esta evolución decreciente.



Un enfoque de la salud similar utilizó en 1974 el *Informe Lalonde* (Lalonde, 1974) realizado por quien posteriormente sería nombrado ministro de sanidad de Canadá. En dicho informe se analizaron los determinantes de la salud, que incluían el medio ambiente, los estilos de vida, la biología humana y la asistencia sanitaria. Lalonde destacó la importancia que los tres primeros factores tenían en la explicación de la salud y la enfermedad, en detrimento del último, al cual, sin embargo, era destinada la mayor parte del gasto sanitario. El sistema sanitario, por lo tanto, constituía un componente más en la definición del nivel de salud de la población y, por ello, Lalonde creyó más interesante impulsar acciones políticas dirigidas a potenciar la promoción de la salud (Bueno, 1999).

Tras calcular la contribución potencial a la reducción de la mortalidad de los cuatro determinantes de la salud propuestos por Lalonde, Dever (Dever, 1976) concluyó que los factores relacionados con el contexto social contribuían en más de un 60% a la reducción de la mortalidad.



Fuente: Elaboración propia a partir de Dever, 1976

Un paso de gran importancia para el avance del estudio de las desigualdades sociales en salud lo constituyó la publicación del Informe Black (Townsend y Davison, 1982), muy a menudo, considerado como el punto de partida del estudio moderno de las desigualdades sociales en salud.

Se trató del primer estudio encargado por un gobierno occidental para la documentación detallada de la evolución de las desigualdades en salud entre su población (Navarro, 1997). Concretamente, el Informe Black fue solicitado en 1977 por el Secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista del Reino Unido a un grupo de personas expertas (provenientes del campo de la medicina y las ciencias sociales), presidido por Douglas Black. Su publicación, que no vio la luz hasta 1982 por motivos políticos, confirmó que la presencia desde 1948 del Servicio Nacional de Salud (NHS), de carácter universal, no había evitado que las clases socioeconómicas más bajas tuvieran peor salud que las más elevadas en el Reino Unido.

En este sentido, el Informe Black mostró la existencia de un claro patrón socioeconómico en las tasas de mortalidad a lo largo del siglo XX, siendo éstas dos veces superiores en los estratos más bajos que en las clases más favorecidas para prácticamente todas las causas de muerte, con excepciones muy puntuales como el cáncer de mama. Se demostró que si las tasas de mortalidad de las clases bajas hubieran sido las mismas que las de las más altas, en los años 1970-72 habrían ocurrido 74.000 defunciones menos de personas menores de 75 años en el Reino Unido.

Como posibles explicaciones a tales desigualdades, el Informe apuntó (a) los errores derivados de los indicadores o medidas de salud utilizadas, (b) la selección social, (c) las diferencias en los estilos de vida y (d) la estructura social y económica, dándole a esta última la mayor importancia explicativa.

Su conclusión más importante, el afirmar que las desigualdades en la salud entre las clases sociales (para ambos sexos y en todas las edades) eran evidentes y se habían incrementado durante todo el siglo XX, generó un impacto considerable en la esfera pública inglesa así como en la comunidad científica y supuso un gran estímulo para el debate de las desigualdades sociales en salud en todo el continente europeo desde diferentes disciplinas como la sociología, la epidemiología, la economía, la estadística y la demografía (Regidor y col, 1994).

En 1987, el informe se actualizó en un documento titulado *The Health Divide* donde se recogieron las conclusiones de los estudios más recientes sobre el tema (Whitehead, 1988), y unos años después el propio Douglas Black afirmó que las desigualdades no habían desaparecido sino que, al contrario, probablemente habían aumentado (Black, 1993).

En su mayoría, los estudios posteriores han venido a confirmar los hallazgos del Informe Black, abriéndose también un interesante debate en torno a las variables utilizadas para medir la clase social y cuantificar las desigualdades sociales. En el Reino Unido, el incremento de estudios fue especialmente intenso debido, en gran parte, a la disponibilidad de series temporales de datos. Entre ellos, merece la pena destacar *Tackling inequalities in health: An agenda for action* (Benzeval y col, 1995) y el *Independent inquiry into inequalities in health Report* (Acheson, 1998). El primero de ellos volvió a revisar el estado de las desigualdades sociales en salud en el contexto británico, proponiendo posibles políticas e intervenciones efectivas en cuatro áreas fundamentales: el ambiente físico, el medio socioeconómico, las barreras que impiden adoptar estilos de vida saludables y el acceso apropiado a los servicios sociales y sanitarios. En cierto sentido, este informe facilitó la publicación del segundo, también conocido como el *Informe Acheson*, en el que se realizó un estudio exhaustivo sobre el estado de las desigualdades de salud en el Reino Unido, con toda una serie de recomendaciones de carácter práctico para la actuación pública. Este informe, que fue encargado por el recién elegido gobierno laborista en 1997 y dirigido por Donald Acheson, revisó la evidencia sobre las desigualdades sociales en salud para la detección de los factores que explicaran tales desigualdades y la propuesta de medidas de acción concretas. Sus 123 recomendaciones en once áreas de actuación política lo convirtieron en el mayor conjunto de recomendaciones de carácter comprensivo realizado hasta el momento. Sin embargo, tal extensión en la propuesta de actuaciones fue también intensamente criticada por su falta de priorización e implementación.

Fuera del Reino Unido, y a lo largo de las décadas de los 80 y 90, también ha habido un creciente interés por el estudio de las desigualdades sociales en salud. La mayor parte de los estudios han sido publicados en Holanda, Suecia y Finlandia fundamentalmente, y también en EEUU a partir de finales de los 80 (Macintyre, 1997). El resto de países desarrollados también ha comenzado a aportar evidencia en el campo, aunque con cierto retraso con respecto a los primeros.

1.4.2. Revisión de estudios sobre desigualdades sociales en salud en el Estado español

El estudio de los determinantes sociales de la salud en el Estado español comienza con retraso respecto a los países del entorno, debido, según Regidor y col. (Regidor y col, 1994), al reciente desarrollo de las disciplinas de la salud pública, la falta de libertad durante la época franquista, la deficiencia cuantitativa y cualitativa de las estadísticas, y, de manera general, al “menosprecio por lo técnico y lo científico en la tradición cultural española”. Por ello, prácticamente hasta la década de los 80 no se publican los primeros estudios que analizan esta temática, que comienzan a incrementarse durante los 90, al final de la cual se convierte en un ámbito de conocimiento consolidado, gracias al trabajo realizado por grupos de investigación que de una manera más o menos regular avanzan en su estudio.

En este apartado se presentan los resultados de una revisión de la bibliografía sobre desigualdades sociales en salud en el Estado español y en la CAPV, realizada para el periodo 1970-2005⁸. La mayor parte de los trabajos incluidos son artículos de revistas, nacionales e internacionales, si bien también se han incluido libros, capítulos de libros, comunicaciones o ponencias presentadas a congresos, tesis doctorales, tesinas y algunos documentos de literatura gris (documentos producidos por instituciones públicas, no publicados).

Las estrategias de búsqueda empleadas han sido varias. En primer lugar, se realizó una búsqueda en las bases de datos bibliográficas Medline (vía Pubmed), Sociological Abstracts, Ibecs, Abi-Inform, CSIC (ISOC) y la Biblioteca Virtual de Salud, mediante el uso de términos clave específicos para cada una de ellas.

En segundo lugar, se realizó una búsqueda a partir de la estrategia de “bola de nieve”, que permitió identificar otras publicaciones de interés citadas en los estudios previamente hallados y que no habían sido recuperados

⁸ Para el último año, no se ha podido recoger la totalidad de trabajos publicados, debido a que la búsqueda finalizó en enero de 2006 y muchos de ellos no habían visto aún la luz o no habían sido indexados por las bases de datos utilizadas.

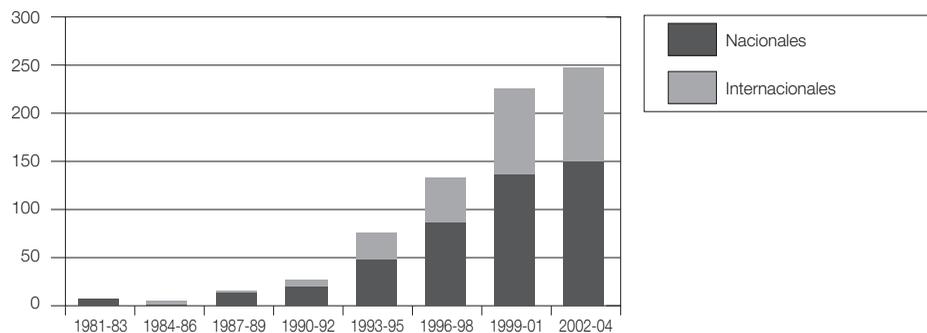
con la primera estrategia de búsqueda. De esta manera, fue posible identificar muchos trabajos pioneros de la década de los 70 así como otros de revistas no indexadas en las citadas bases de datos. Asimismo, las recomendaciones y consultas a expertos/as o conocedores/as de la materia facilitaron la recuperación de varios documentos de interés. Por último, para el periodo 1980-1994 se utilizó el análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en el Estado español realizado por Benach (Benach, 1995).

Debido a que la búsqueda priorizó la sensibilidad a la especificidad⁹, el número total de artículos identificados fue amplio, con lo que se examinaron todos los títulos y, en algunos casos, los abstracts para eliminar aquéllos que no resultaran de interés, entre otras cuestiones, porque las variables socioeconómicas fueran consideradas como variables de control o confusoras. La gestión de las referencias bibliográficas se realizó con el programa Referente Manager 11.

Entre las limitaciones de esta búsqueda, cabe destacar la infrarrepresentación de las referencias bibliográficas de comunicaciones a congresos a partir de 1994. En contraste con la exhaustividad en la recuperación de este tipo de documentos del análisis bibliométrico antes citado (Benach, 1995), la dificultad que conllevó la localización de estos documentos excedía los objetivos de la presente búsqueda, cuya intención es únicamente ofrecer una panorámica general actualizada del estudio de las desigualdades sociales en salud en el Estado español.

En el periodo analizado, se hallaron un total de 1.126 trabajos, de los cuales 781 fueron artículos de revistas. La evolución temporal de las publicaciones fue creciente durante la época estudiada, con un claro incremento a partir de mediados de los 80, que se aceleró a partir de los 90. En consonancia con el propio desarrollo del ámbito de estudio, el peso o proporción de cada tipo de trabajo fue desigual según la época. Al inicio del periodo, destacaron los capítulos de libro, en los que se trataban las desigualdades sociales en salud en el marco general de las desigualdades sociales o el estado de salud. A finales de los 80 y principios de los 90, destacó el aumento de las comunicaciones a congresos, para más tarde cobrar especial protagonismo los artículos de revista, primero los publicados en revistas nacionales, y después, fruto de la consolidación de la disciplina, los publicados en revistas internacionales. En esta última época destacaron también los libros monográficos y las tesis doctorales.

Gráfico 3: Evolución de los artículos publicados en revistas nacionales e internacionales en el periodo 1981-2004



Fuente: Elaboración propia

⁹ Una búsqueda sensible tiende a recuperar un elevado número de artículos (entre los cuales se incluyen los más relevantes en el tema) aunque, su comprensividad hace que un porcentaje de ellos resulte no pertinente para nuestra revisión. Por su parte, una búsqueda específica o precisa recupera un número más reducido de estudios muy pertinentes, con lo que puede dejar fuera algunos estudios relevantes, debido a la exactitud de la búsqueda.

En base a la distribución de las publicaciones durante el periodo estudiado, el análisis puede dividirse en varias etapas:

- Periodo anterior a 1980: Publicación de los primeros antecedentes
- Periodo 1980-1986: Inicios de la investigación
- Periodo 1987-1994: Crecimiento de las publicaciones
- Periodo a partir de 1994: Consolidación del campo de estudio

A continuación analizaremos las principales características de cada una de estas etapas, resaltando algunos de los estudios más relevantes de cada una de ellas.

1.4.2.1. La investigación sobre las desigualdades sociales en salud anterior a 1980

Durante la época anterior a 1980, se hallaron un total de 14 trabajos, en su mayoría libros, que trataban directa o indirectamente el tema de las desigualdades sociales en salud. La mayoría de trabajos provinieron del ámbito de la Sociología, formando parte, en la mayor parte de los casos, de trabajos monográficos sobre la desigualdad social, aunque también se identificaron trabajos que abordaban exclusivamente las desigualdades sociales en salud. En la mayoría de los casos, los estudios se centraron en las desigualdades regionales.

- Algunos estudios relevantes:

Ya en la década de los 60, Ildelfons Cerdà, dentro de su obra sobre urbanismo, apuntaba la existencia de 12 años de diferencia en la esperanza de vida entre la “clase pobre o jornalera” de Barcelona y la clase más acomodada (Cerdà, 1968).

En 1966, se publicó el primero de los informes FOESSA a nivel estatal, en el que se destacaban las “extraordinariamente acusadas” desigualdades regionales en la mortalidad infantil y las hospitalizaciones (FOESSA, 1966). El segundo informe, publicado en 1970, destacó también la importancia de la relación entre el nivel socioeconómico y la salud, mientras que el tercero incluyó el estudio de las desigualdades en salud a partir de variables individuales como la profesión o la clase social subjetiva.

En la década de los 70, se publicó otra serie de estudios que, como parte de compilaciones más amplias sobre temas sanitarios o sociales, analizó diferentes aspectos de las desigualdades sociales en salud, como la relación de la frecuencia de visitas médicas con el desarrollo de la región o la mortalidad infantil con el nivel de renta de la región (Hinojal, 1977; Mayor, 1977; Miguel, 1976; 1977; 1988; CEAS, 1979; López, 1978).

1.4.2.2. Los inicios de la investigación sobre las desigualdades sociales en salud: 1980-1986

La década de los 80 puede considerarse como el verdadero punto de partida en el estudio de las desigualdades sociales en salud en el Estado español (Benach, 1995) ya que durante esta época se publicaron algunos de los trabajos clásicos (Domingo, 1980; Durán, 1980; 1983; Lemkow, 1986).

En total, se hallaron 30 trabajos, de los cuales casi la mitad fueron artículos de revistas y otra parte importante comunicaciones a congresos. Una gran parte de los estudios de la época continuaron proviniendo de la Sociología, si bien ya comenzaron a aparecer algunos estudios realizados desde ámbitos más

cercanos a la salud pública o la epidemiología social. Con la excepción de algunos basados en encuestas (Durán, 1980), la mayoría de los trabajos empíricos utilizaron datos de mortalidad y fueron realizados, principalmente, en Cataluña y la Comunidad Valenciana, las dos Comunidades Autónomas referentes en el estudio de las desigualdades sociales en salud en el Estado durante estos años y posteriores.

- Algunos estudios relevantes:

Uno de los trabajos más relevantes de la época, considerado también como uno de los estudios pioneros en el análisis de las desigualdades sociales en salud en el Estado, fue el que llevó a cabo Durán (Durán, 1980). Además de un importante debate teórico y filosófico sobre el concepto de equidad, éste y posteriores trabajos de la autora (Durán; 1982; 1983; 1983b) aportaron gran evidencia sobre la relación entre la edad, la clase social y el sexo con el estado de salud o el acceso a los servicios sanitarios, mostrando resultados similares a otros estudios internacionales de gran trascendencia científica y política como el Informe Black.

Durante esta época también se realizaron otros estudios (Cabetas y Gavilanes, 1982; FOESSA, 1983; Suárez y col, 1984; Torres y col, 1984; Artells y col, 1985), entre los que destacaron los realizados en el contexto catalán (Ramis-Juan, 1984; Cuervo y col, 1985). Entre éstos, un estudio evidenció la existencia de desigualdades en la mortalidad infantil, neonatal y postneonatal entre los distritos y barrios de Barcelona (Domingo, 1980).

Además de estos trabajos empíricos o aplicados, en esta época también se desarrollaron otros de carácter más teórico o conceptual (Jimeno, 1982; Miguel, 1985; Lemkow, 1986).

1.4.2.3. El crecimiento de los estudios sobre las desigualdades sociales en salud: 1987-1993

En el periodo 1986-1993, se asiste a una época de crecimiento de las publicaciones en el Estado español. Se contabilizaron un total de 212 trabajos, es decir, unos 30 trabajos de media por año, destacando el aumento de comunicaciones a congresos o jornadas.

Tal y como señala Benach en referencia a los años comprendidos entre 1980-1994 (Benach, 1995), esta etapa de crecimiento se caracterizó por los siguientes aspectos: (a) importancia del número de trabajos empíricos (sobre todo, centrados en el estudio de la mortalidad aunque también aquéllos basados en encuestas con información acerca del acceso a los servicios sanitarios o el estado de salud y enfermedad); (b) su carácter transversal en la mayor parte de los casos; y (c) en una gran parte, de carácter local o regional, destacando los realizados en la Comunidad Autónoma de Cataluña y la Comunidad Valenciana.

- Algunos estudios relevantes:

Tres estudios son considerados como referentes en esta época: en la Comunidad Valenciana, Latour y col. (Latour y col, 1987) hallaron una relación entre la mortalidad y el nivel socioeconómico y el estado civil de los/as pacientes, a partir del estudio de la población enferma ingresada en una Unidad de Cuidados Intensivos. En segundo lugar, Alonso y Antó (Alonso y Antó, 1988) mostraron la existencia de desigualdades en aspectos como la autovaloración de la salud o la incapacidad temporal, utilizando los datos de la Encuesta de Salud de Barcelona de 1986. Asimismo, estudiaron la desigualdad en las tasas de mortalidad de uno de los distritos más desfavorecidos de Barcelona, Ciutat Vella, con respecto a uno de los más aventajados, Sarrià-Sant Gervasi. En tercer lugar, un estudio realizado en Palma de Mallorca analizó las causas del cáncer colo-rectal durante el cuatrienio 1982-1985 y su relación con el nivel de estudios (Avellá y col, 1988).

Estos primeros estudios dieron paso a un claro crecimiento en la investigación y la publicación de trabajos sobre desigualdades sociales en salud. En el caso catalán, Costa amplió el estudio de Alonso y Antó a

más distritos para el periodo 1980-1984, concluyendo que la mortalidad de los cuatro barrios más pobres de Barcelona era un 60% superior que la de los cinco más ricos (Costa, 1989). Poco después, Arias y col. confirmaron la existencia de estas desigualdades, tras el análisis de la relación entre la pobreza del barrio y el estado de salud en barrios de Barcelona y de Valencia (Arias y col, 1993).

Paralelamente, Borrell y col. realizaron una serie de trabajos, principalmente centrados en la ciudad de Barcelona, que relacionaron la mortalidad con diversos indicadores socioeconómicos (Borrell y col, 1991; 1992; Borrell, 1992; Borrell y Arias, 1993; entre otros). La producción que este grupo ha realizado desde la década de los 90 ha permitido crear un sistema de monitorización de las desigualdades sociales en la mortalidad tan exhaustivo que, según señala Regidor, tal vez en el futuro la única manera de aproximarse a lo sucedido en España sean las estimaciones que ofrezca este sistema para Barcelona (Regidor, 2002).

Otros trabajos han estudiado las desigualdades sociales en salud en Cataluña, utilizando, fundamentalmente, datos sobre mortalidad (Díez y Villalbí, 1993; Mingot y Borrás, 1992) pero también datos de morbilidad (Artazcoz y Moncada, 1993; Ruigómez y col, 1989) o de acceso a los servicios sanitarios (Portella y col, 1990).

En otros ámbitos geográficos, destacaron los realizados en Palma de Mallorca (Bauza y col, 1991), la Comunidad Valenciana (Armero y col, 1991; Nolasco y col, 1992) y en otros lugares como Madrid (Miguel, 1988; Del Llano, 1991; Pérez-Domínguez y col, 1993; Terol, 1991), Andalucía (Cruz y Almisas, 1990; March, 1989; Martín y March, 1993), Asturias (Oterino y Galzón, 1989), Navarra (Casi-Canellas y Moreno-Iribas, 1992) o la CAPV (Esnaola y col, 1991; Sanzo y col, 1991; Dorronsoro y col, 1991; Gorroñoigoitia y col, 1992).

A nivel estatal, se publicaron estudios que analizaron las desigualdades en salud entre las provincias españolas (Solas, 1988), así como en la mortalidad en base a la ocupación (Regidor y González, 1989) o la mortalidad infantil (Lardelli y col, 1991; Vázquez-Visoso y col, 1993). Destacó también un estudio (Rodríguez y Lemkow, 1990) que analizó la relación entre la salud y diversas características sociales, a partir de varias encuestas de salud y datos de mortalidad.

La edición de diferentes encuestas de salud favoreció la realización de trabajos sobre el estado de las desigualdades. Es el caso, por ejemplo, de la Encuesta Nacional de Salud de 1987, que constituyó la base del trabajo realizado por el Centro de Investigaciones Sociológicas (Guillén, 1990), el cual evaluó la relación de diversos factores socioeconómicos (principalmente, el nivel de estudios, la renta familiar, el contexto rural y urbano, y el sexo) con el estado de salud, el uso de recursos sanitarios y los hábitos de vida relacionados con la salud, en la población adulta e infantil-juvenil.

La desigualdad en el acceso a los servicios sanitarios fue un tema recurrente en la época (González y Regidor, 1988; Guillén, 1991; Fernández de la Hoz, 1993). Desde la Economía de la Salud, la inequidad en el acceso también fue analizada en un trabajo que, a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud de 1987, observó la equidad horizontal en el gasto sanitario español, entendiendo éste como la suma del público y el privado. El resultado del estudio indicó la existencia de una inequidad significativa a favor de los individuos de mayor capacidad económica (Rodríguez y col, 1993).

1.4.2.4. Consolidación de la investigación sobre las desigualdades sociales en salud en el Estado: 1994-2005

Durante la etapa que transcurre entre 1994 y 2005, el crecimiento iniciado en la época anterior se consolidó, fruto del trabajo elaborado, principalmente, por grupos de investigación que, de manera más o menos continua, han realizado aportaciones sobre el tema.

Se contabilizaron un total de 872 trabajos, es decir, más de tres cuartas partes del total de trabajos hallados en todo el periodo estudiado. Durante esta época, cobraron especial importancia los artículos publicados en revistas, sobre todo, internacionales, lo cual puede interpretarse como un indicador de la consolidación y la calidad de la investigación realizada en el Estado. Destacó también la publicación de libros que, a diferencia de épocas anteriores, estuvieron, en su mayoría, dedicados exclusivamente al estudio de las desigualdades sociales en la salud.

El desarrollo de diversas ediciones de la Encuesta Nacional de Salud y de otras a nivel autonómico y local favoreció el estudio de las desigualdades sociales en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios. En cuanto a la temática, los estudios centrados en la mortalidad siguieron teniendo un peso relevante aunque aparecieron otros centrados en temas nuevos como las personas sin hogar o la población inmigrante, o aspectos más concretos como la salud laboral.

- Algunos estudios relevantes:

(a) *Libros, tesis doctorales y monográficos*

Como ya hemos señalado, durante esta etapa destacaron la publicación de libros y de varias tesis doctorales. En 1994, se publicó *Diferencias sociales y desigualdades en salud en España* (Regidor y col, 1994), en el que se realizó un exhaustivo análisis del estado de las desigualdades sociales en salud, basándose en los datos de mortalidad, la Encuesta Nacional de Salud de 1987, la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías del INE de 1986, el Registro Nacional de SIDA y otro conjunto de encuestas sobre el consumo de alcohol y tabaco.

Dos años más tarde, el Ministerio de Sanidad y The School of Hygiene and Public Health de la Johns Hopkins University (EEUU) editaron conjuntamente un informe realizado por un grupo de personas expertas encabezado por Joan Benach y Viçenc Navarro conocido como el *Black Report español*. Este estudio, que llevó por título *Desigualdades sociales en salud en España* (Navarro y Benach, 1996), recogió no sólo la descripción más exhaustiva realizada hasta el momento sobre la realidad de las desigualdades en salud en el Estado español sino que también incluyó una serie de recomendaciones para mejorar la salud de la población mediante políticas públicas que disminuyeran tales desigualdades. Entre sus conclusiones más interesantes, podríamos destacar las siguientes:

- Las desigualdades sociales en el uso del Sistema Nacional de Salud español (las referidas a la atención primaria y los servicios hospitalarios) habían desaparecido. Como promedio, una persona de la clase social más baja (trabajadores/as no cualificados/as) hacía uso de los servicios sanitarios con la misma frecuencia que aquella perteneciente a la clase más alta (directores/as, gerentes/as y profesionales con estudios universitarios), como resultado de la universalización de la atención sanitaria a partir de la aprobación de la Ley General de Sanidad de 1986 y el establecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS). Esta tendencia, sin embargo, fue considerada insuficiente por los autores del informe ya que, si el uso de los servicios debe estar relacionado con la necesidad, las clases sociales más desfavorecidas estarían infrautilizando los servicios del SNS.
- Aquellos servicios, como la salud bucodental, no cubiertos por el SNS, mostraban un marcado gradiente social en su utilización que, además, tendía a incrementarse.
- Se identificó un eje norte/noreste-sur/sureste por el cual quedaría dividido el Estado en función de la relación entre el grado de privación material (obtenido a partir de las tasas de paro y el analfabetismo existente en el Censo de 1991) y las tasas de mortalidad por municipios o agregados de municipios.

El informe también analizó las desigualdades sociales en salud en función de la clase social, el sexo, la edad y la Comunidad Autónoma, a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993. Entre sus conclusiones, merece la pena destacar que, una vez más, las clases sociales más favorecidas tenían mejor salud que las más bajas y que aquellas Comunidades Autónomas que habían logrado reducir las desigualdades en salud entre clases sociales habían también mejorado la salud de su población general, como en los casos de Cataluña y Euskadi.

Dentro de los estudios monográficos sobre desigualdades sociales en salud destacaron también los Informes SESPAS (Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria). En 1995 se publicó el primero de ellos, bajo el título “*La salud y el sistema sanitario en España*” en el que se incluyó un análisis de las Encuestas Nacionales de Salud de 1987 y 1993 para el análisis de la evolución de las desigualdades en salud. Entre sus conclusiones más importantes destacaron el aumento de las desigualdades en las conductas relacionadas con la salud (consumo de tabaco y alcohol), especialmente entre los hombres de mayor y menor nivel educativo (Navarro y col, 1995). Informes publicados con posterioridad, así como reuniones y congresos organizados por SESPAS han supuesto un referente e impulso en el estudio de las desigualdades sociales en salud. Entre ellos, destaca el publicado en 2004, en el que se recopiló la evidencia sobre el estado de salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social (Borrell y col, 2004).

Por su parte, en 2002, Regidor coordinó la publicación de *Desigualdades sociales en la salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX*, donde diversos/as expertos/as del ámbito estatal analizaron las desigualdades en aspectos como la mortalidad, la morbilidad o el acceso a los servicios sanitarios (Regidor, 2002).

Un año más tarde, en 2003, se publicó *Les desigualtats en la salut a Catalunya*, en el cual se examinaron las desigualdades en la salud en los principales ámbitos (mortalidad, morbilidad, estilos de vida, acceso a servicios sanitarios y salud laboral entre otros) según aspectos como el género, la clase social, el área de residencia o la nacionalidad. Poco después, en 2005, se publicó la continuación de este estudio, *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*, donde se señaló que las desigualdades sociales en la salud en Cataluña habían aumentado en diversos ámbitos (Borrell y Benach, 2005).

Respecto a las tesis doctorales, destacó la presentada en 1995 por Borrell (Borrell, 1995), que analizó la evolución de las desigualdades sociales en Barcelona, mediante el uso de las Encuestas de Salud de Barcelona de 1983, 1986 y 1992. Tres años después, otra tesis (Rohlf's, 1998) mantuvo un esquema similar de análisis para Barcelona, prestando, eso sí, especial atención a las desigualdades entre hombres y mujeres. En la misma línea, en 2004, la tesis doctoral de Artazcoz (Artazcoz, 2004) adoptó un marco integrado de género, clase social y trabajo, a partir del cual estudió las desigualdades de género en salud. Además de éstas, durante la época se publicaron otras relacionadas con el estudio de las desigualdades en salud (Urbanos, 1999; Díaz, 2004; Stoyanova 2004; Pérez, 2005).

(b) Estudios sobre mortalidad

Como en épocas anteriores, los estudios centrados en la mortalidad fueron de gran importancia. Varios avances metodológicos permitieron superar algunas de las dificultades tradicionales para su análisis, derivadas tanto del bajo nivel de cumplimentación de la ocupación en el Boletín Estadístico de Defunción, como de las restricciones legislativas vigentes (Regidor y col, 1994; Borrell y Pasarín, 1999). Una estrategia tradicional frente a estos problemas la constituyen los estudios de tipo ecológico, que comparan la mortalidad en diferentes distritos, barrios u otras entidades poblacionales con condiciones socioeconómicas desiguales. Entre estos estudios destacaron, como en épocas anteriores, los realizados en el ámbito catalán (Borrell y Arias, 1995; Brugal y col, 2003; Borrell y col, 1997; 2002; Pasarín y col,

1999), así como en Madrid (Etxenike, 1994), Granada (Ruiz y March, 1998), Sevilla (Ruiz-Ramos y col, 2004) o en los distritos municipales de Valencia y Alicante (Nolasco y col, 2004).

A nivel estatal, también se publicaron varios estudios ecológicos, la mayoría de los cuales utilizaron como unidad de análisis la provincia (Urbanos y col, 2003; Regidor y col, 2003) pero también áreas más reducidas (Benach y col, 1998; Benach y Yasui, 1999; Benach y col, 2003). Estos estudios han puesto en evidencia la importancia y consecuencias de las desigualdades sociales en la mortalidad, responsables del 14% de las muertes de los hombres y del 11% de las mujeres en el Estado español en el periodo 1987-1995 (Benach y col, 2003b).

El enlace de los registros de mortalidad con los registros poblacionales, como el padrón, ha constituido otras de las estrategias para hacer frente a las dificultades del estudio de los condicionantes sociales de la mortalidad en el Estado. Estos estudios han permitido relacionar la mortalidad con variables individuales como el nivel de estudios en Barcelona (Arias y Borrell, 1998; Borrell y col, 1999b; Fernández y Borrell, 1999), Madrid (Regidor y col, 2001; 2002b; 2003c) y en la CAPV (Departamento de Sanidad, 2005).

Otra estrategia ha consistido en estudiar la mortalidad de los hombres entre 30 y 64 años, únicamente en aquellas provincias en las que los registros de mortalidad tenían una buena calidad (porcentaje de fallecidos/as para los que se recogía su ocupación mayor del 10%). Esta línea de investigación ha evidenciado importantes desigualdades en la mortalidad por diferentes causas, según la ocupación (Regidor y col, 1996b).

Algunos estudios se centraron en aspectos más concretos de la mortalidad, como las muertes provocadas por suicidio (Navas y col, 1997), así como la mortalidad infantil y la perinatal (Domínguez-Berjon y col, 1999; Borrell y col, 2003).

(c) Estudios sobre el estado de salud y la enfermedad

Los estudios que utilizaron alguna variable referente al estado de salud fueron también numerosos. Se hallaron estudios sobre desigualdades sociales en la autovaloración de la salud según la renta, el nivel de estudios o la clase social, tanto para el conjunto del Estado como para otros ámbitos geográficos (Jovell, 1994; Regidor y col, 1994, Fernández de la Hoz y Leon, 1996; Gutiérrez-Fisac, 2002; Albert y Davia, 2004; Fernández y col, 2000b; Fernández y Schiaffino, 2003; Bello y col, 1999; Borrell y col, 1999c; Regidor y col, 2002). Estas desigualdades en la autovaloración de la salud, además, parecían estar aumentando en los últimos años (Regidor y col, 2002; Gutiérrez-Fisac, 2002).

Asimismo, se ha descrito un claro gradiente social en la limitación de la actividad por problemas de salud, bien sea permanente o temporal (Regidor y col, 1994; Fernández y Schiffano, 2003), así como en diferentes enfermedades o problemas de salud como la diabetes (Larrañaga y col, 2005), el sida (Regidor y col, 1994; Brugal y col, 2003), la tuberculosis (Fernández-Martín y col, 2000; Díaz de Quijano y col, 2001), los problemas dentales, de oído, dolores de cabeza o espalda (FOESSA, 1994) o en la salud mental (Rajmil y col, 1996; Muntaner y col, 2003).

d) Estudios sobre esperanzas de salud

Con el fin de obtener una visión conjunta de la mortalidad y la morbilidad, en los últimos años se ha desarrollado una serie de medidas que, bajo la denominación genérica de “medidas resumen de la salud de la población” (MRSP), intentan integrar estas dos visiones en un mismo indicador. En España, ya se calcularon este tipo de medidas a principios de esta etapa (Regidor y col, 1994). Además, se han des-

crita de desigualdades geográficas en la distribución de la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLDD) (Gutiérrez-Fisac y col, 2000; Ruiz-Ramos y Viciano-Fernández, 2004), así como la esperanza de vida en buena salud (Martínez-Sánchez y col, 2001; Ruiz y col, 2005).

(e) Estudios sobre hábitos de vida relacionados con la salud

Durante esta etapa, también fueron varios los trabajos que tuvieron como objetivo analizar las desigualdades sociales en las conductas relacionadas con la salud, demostrando un gradiente social en la mayoría de ellos, que además ha aumentado en los últimos años. Comenzando por el consumo de tabaco, numerosos artículos publicados en esta época demostraron el gradiente social en su consumo, tanto a nivel del Estado como a nivel autonómico (Regidor y col, 2001b; Nebot y col, 2004; Borrás y col, 2000; Borrell y col, 2000b, Schiaffino y col, 2003; Galán, 2002). Respecto al consumo de alcohol, éste también seguía un gradiente social ya que, su consumo habitual era más frecuente en personas con niveles elevados de educación pero su consumo excesivo lo era entre los de estudios primarios (Regidor y col, 1994).

La dieta fue otra de las conductas objeto de estudio desde la perspectiva de la desigualdad social. En 1994, un estudio ecológico analizó las ventas de diferentes supermercados de Valencia según el nivel socioeconómico de la zona donde éstos estaban situados, hallando un gradiente social claro en el consumo de alimentos saludables (Gutiérrez y col, 1994). A nivel individual, también se relacionó el consumo de frutas y verduras con el nivel socioeconómico (Galán, 2002), tanto en personas de más de 65 años (Lasheras y col, 2001), como durante la niñez (Serra y col, 2003). También se hallaron desigualdades socioeconómicas en el hábito de la lactancia materna (Ceinos, 1996).

El patrón social del sobrepeso y obesidad también fue ampliamente descrito en esta época (Regidor y col, 1994; Gutiérrez-Fisac, 1995; 1998; Rebato y col, 2001; Aranceta y col, 2001; Sorriquer y col, 2004).

Por último, y en relación al ejercicio físico durante el tiempo libre, éste se relacionó con el nivel educativo, el sexo, la clase social y las características del entorno, así como con el nivel socioeconómico de la provincia (Navarro y Benach, 1996; Galán, 2002; Elizondo y col, 2004; 2005; Pascual y col, 2005).

(f) Estudios sobre acceso y calidad de los servicios sanitarios

El acceso a los servicios sanitarios fue otro de los grandes temas de estudio en el área de las desigualdades sociales en la salud en el periodo 1994-2005. En síntesis, podríamos decir que los estudios anteriores a la década de los 90 concluyeron que los miembros de las clases más pobres realizaban también un número menor de consultas a los profesionales sanitarios (Fernández de la Hoz y León, 1996). A partir de tal fecha, sin embargo, las conclusiones cambiaron ya que, teniendo en cuenta las necesidades de salud, no se hallaron diferencias en el acceso a los servicios sanitarios de atención primaria entre las distintas clases sociales (Regidor y col, 1996; Rajmil y col, 1998; Borrell y col, 1999c; 2001; García y López, 2006), o incluso los grupos socioeconómicos más bajos realizaban más consultas al médico general que los grupos socioeconómicos más altos (Lostao y col, 2001b). Sin embargo, en el caso del acceso a los servicios sanitarios especializados, los estudios mostraron importantes desigualdades, especialmente en los que no estaban totalmente cubiertos por la sanidad pública (Borrell y col, 2001; Jiménez y col, 2004; Stoyanova, 2004; Fernández-Mayoralas y col, 2000), así como en la tenencia o no de un seguro privado (García y López, 2006; Rajmil y col, 2000) o el uso de servicios preventivos (Rohlfs y col, 1998; Luengo y col, 1996; Lostao y col, 2001b). Esta desigualdad en el acceso a los servicios preventivos también se describió para la población infantil, en la que el nivel socioeconómico de las familias influía en la probabilidad de que ésta pasara exámenes dentales, de vista y de oído (Navarro-Rubio y col, 1995).

Por último, también se describieron desigualdades en la calidad de los servicios, según la clase social o el nivel de estudios, en indicadores como el tiempo de espera (Rajmil y col, 2000; Regidor y col, 1996; Lostao y col, 2001b). Asimismo, se mostraron desigualdades de género en la atención sanitaria (Ruiz-Cantero y col, 2004) así como desigualdades geográficas que parecían mantenerse e incluso aumentar en el tiempo (González y col, 2004).

Desde la economía de la salud, al estudio de Rodríguez (Rodríguez y col, 1993) de la etapa anterior, le siguieron otros que, con mayores o menores similitudes metodológicas (Urbanos, 1999b) y teóricas, han seguido esa línea de investigación. Una tesis doctoral mostró la existencia de desigualdades en la prestación de servicios públicos a favor de los individuos de menor capacidad económica (Abásolo, 1998), conclusión que había sido confirmada por otros estudios para el periodo 1987-1995 (Urbanos, 1999). Así, se podría concluir que la inequidad en la prestación de servicios sanitarios dependía claramente del tipo de asistencia prestada (Urbanos, 2000), ya que mientras en la medicina general pública existía una inequidad que beneficiaba a las personas de menos recursos (Abásolo y col, 2001), en servicios como el odontológico la inequidad beneficiaba a las clases más ricas (Stoyanova, 2004).

(f) Estudios sobre grupos de población concretos o temas específicos

Durante este periodo, se realizaron otros estudios centrados en grupos concretos de población, como las personas mayores (Fernández y col, 1996; Pérula de Torres y col, 1997; Meléndez y col, 2001; Lasheras y col, 2001, Alvarado y col, 2002) o los primeros años de vida (embarazo, parto y niñez) (Escribá-Agüir y col, 2001; Regidor y col, 1994; Rodríguez y col, 1995; Latorre y col, 2007).

Otros estudios analizaron las desigualdades en salud de aquellos grupos sociales que, por su situación de riesgo o de exclusión social, presentaban un estado de salud peor. En 2003, Ferrer realizó una revisión sistemática de la literatura medico-científica sobre el pueblo gitano español publicada en el período 1981-2001 (Ferrer, 2003). A pesar de la complejidad de su estudio, debido a las limitaciones metodológicas y legales para analizar a cualquier población según su origen étnico, se demostró que el pueblo gitano español en situación de marginalidad presentaba una mayor mortalidad, un peor estado de salud y realizaba un menor uso de los servicios sanitarios, salvo en el caso de las urgencias (Cabedo y col, 2000; Cilla y col, 1995; Palanca, 2002; Martínez-Campillo y col, 2003; Almagro y col, 2001). Otro foco de atención lo constituyeron las personas sin hogar mostrando, en este sentido, los problemas padecidos por esta población, sobre todo, en referencia a enfermedades de transmisión sexual, circulatorias, de huesos, de músculos y de piel (Muñoz y col, 1995), así como a la acumulación de trastornos crónicos (De Andrés y col, 2002; Portero y Utrilla, 2002).

Por su parte, los colectivos de inmigrantes también constituyeron otro grupo de interés, a pesar de que todavía son pocos los estudios que analizan su estado de salud. Al contrario de lo que puede pensarse, los problemas de salud que padecía este colectivo eran muy similares a los de la población autóctona (Huertas, 2002; Vázquez, 2002). De hecho, su salud se deterioraba al llegar a España (García de Olaya y col, 2000), tanto por el riesgo físico que, en ocasiones, provoca el propio hecho migratorio, como por las condiciones socioeconómicas derivadas de su situación de precariedad en el país de llegada (Chamizo, 2002; Llacer y col, 2001), su peor acceso a los servicios sanitarios (Chamizo, 2002; Vázquez, 2002) y por su mayor desarraigo y falta de apoyo social (Pérez y col, 2004).

En el caso de los estudios centrados en temáticas concretas, destaca la salud laboral. Diversos estudios en este periodo demostraron que las condiciones laborales no se distribuían de una forma aleatoria en la población, sino que estaban determinadas, en gran medida, por el sexo y la clase social (Martín-García y Sánchez-Bayle, 2004). Las condiciones laborales se mostraron, además, relacionadas con diferentes hábitos de vida relacionados con la salud, así como con el uso de los servicios sanitarios (Rodríguez,

1994; Del Llano y col, 1996; Garrido y col, 1994; Benach y col, 2002; 2004). En relación con las cargas de trabajo doméstico y remunerado, también se demostraron las consecuencias que la combinación de tales trabajos (trabajo remunerado y doméstico) tuvieron para la salud y su diferente distribución según el sexo y la clase social (Artazcoz, 2004).

1.4.3. Revisión de estudios de las desigualdades sociales en salud en la CAPV

La población, apiñada en defectuosas y escasas viviendas y privada de la mayor parte de las comodidades de la vida, producía también sus víctimas, enfermos y heridos, mal alojados, mal atendidos y peor alimentados, pagaban al dolor y aun a la muerte un indebido tributo

Enrique de Areilza, 1881

En relación a los trabajos que han analizado las desigualdades sociales en salud en la CAPV, la búsqueda recuperó un total de 40 estudios que, directa o indirectamente, aportaban evidencia sobre los determinantes sociales de la salud. La búsqueda fue más exhaustiva que la realizada para el Estado ya que, además de los trabajos obtenidos a través de las bases de datos bibliográficas, se han podido recuperar otros no publicados o de literatura gris, que han enriquecido los resultados de la búsqueda.

Las características de la investigación sobre las desigualdades sociales en salud en la CAPV podrían resumirse de la siguiente forma:

- Al contrario de lo que se ha señalado para el caso del Estado, en la CAPV destacan los trabajos y la investigación liderada desde el ámbito institucional, ya que del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco parten gran parte de estos estudios, sobre todo, los que analizan directamente el tema de las desigualdades sociales en salud.
- Desde el punto de vista de las disciplinas, la aportación de las ciencias sociales al estudio de los condicionantes sociales de la salud es poco relevante en la CAPV, en comparación con la aportación hecha desde la salud pública, la epidemiología o incluso desde otras ciencias naturales como la biología o la antropología física.
- Destaca la abundancia de datos para el estudio de los condicionantes sociales de la salud, especialmente a partir de las Encuestas de Salud realizadas por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en 1986, 1992, 1997 y 2002, las Encuestas de Condiciones de Vida realizadas por Eustat (Instituto Vasco de Estadística) en 1989, 1994, 1999 y 2004, y también las fuentes tradicionales, como el Movimiento Natural de la Población (registro de defunciones, nacimientos...). Esta gran cantidad de datos no se ha traducido, sin embargo, en una producción similar de trabajos científicos.

Centrándonos en los estudios concretos, tal y como ocurría en el Estado, éstos se pueden dividir en cuatro grandes temas: a) mortalidad; b) estado de salud y enfermedad; c) hábitos de vida; y d) acceso a los servicios sanitarios.

- a) Comenzando con los *estudios sobre desigualdades sociales en la mortalidad*, tal y como ya hemos señalado para el caso del Estado, la baja exhaustividad de la información socioeconómica recogida en los boletines estadísticos de defunción, así como las restricciones derivadas de la ley de protección de datos, han limitado también en el caso vasco el estudio de los condicionantes

sociales de la mortalidad (Esnaola y col, 2006). A pesar de esta dificultad, diversos trabajos han demostrado que la mortalidad se relaciona con las características socioeconómicas, a partir del enlace de los registros de mortalidad y de población (Departamento de Sanidad, 2005) y de los estudios de tipo ecológico (Esnaola y col, 2003; Ruiz y col, 2005; Esnaola y col, 2006).

- b) En cuanto a los *estudios sobre las desigualdades en el estado de salud y la enfermedad*, las fuentes de datos más utilizadas han sido las diversas encuestas de salud. Además de las publicaciones de los resultados de las diferentes ediciones de las encuestas (Departamento de Sanidad, 1987; 1996; 1997; 2004), en las que se recoge el resultado de las principales variables según la clase social, el nivel de estudios y el sexo, también se han publicado otra serie de trabajos que han analizado las desigualdades sociales en la salud y la enfermedad. En este sentido, se ha puesto en relación la autovaloración de la salud, la limitación total y parcial de la actividad y la existencia de problemas crónicos, con variables como el sexo, el nivel de estudios, la clase social, el nivel de ingresos o el área de residencia (Anitua y Esnaola, 2000; Esnaola y Ramos, 2000; García y col, 1997; Sobremonte, 2006).

Asimismo, se han publicado estudios centrados en las desigualdades que existen en la prevalencia de problemas concretos de salud, como, por ejemplo, la prevalencia de la diabetes tipo 2 (Larrañaga y col, 2005), la salud maternoinfantil (Latorre y col, 2007), la infección por pylori helicobacter (Cilla y col, 1997), la salud bucodental (Aizpuru y col, 1999), los problemas de alimentación como la anorexia (Anitua y col, 1999) o la obesidad (Rebato y col, 2001; Rebato y col, 2007).

También se han realizado estudios centrados en poblaciones concretas, como mujeres (Emakunde, 1993) y población anciana (Gorroñoigoitia y col, 1992; Dorronsoro y col, 1991), así como en áreas geográficas más reducidas, como provincias (Sanzo y col, 1991), comarcas u otras áreas no claramente delimitadas como la población rural o urbana (Jausoro y col, 2006).

- c) Respecto a los *estudios sobre las desigualdades en los hábitos de vida relacionados con la salud*, también se ha puesto de evidencia la existencia de desigualdades sociales en actividades como el consumo de tabaco (Anitua y col, 1999) o el mantenimiento de una dieta saludable (Rebato y col, 2001).
- d) Por último, *las desigualdades sociales en el acceso a los servicios sanitarios* también han sido objeto de análisis en la CAPV (Anitua y Esnaola, 1991). Uno de los objetos de estudio más recurrentes ha sido el acceso a los servicios dentales infantiles, apuntando que, a pesar de que algunas intervenciones como el PADI han conseguido reducir las desigualdades sociales (Freire, 2003), éstas todavía persisten (Aizpuru y col, 1999).

Algo similar parece ocurrir en el caso de la atención primaria, ya que, a pesar de la reducción en las desigualdades de acceso promovida por la reforma de 1984, las desigualdades sociales todavía persistían a principios de los 90, según el análisis de la Encuesta de Salud de 1992 (Larizgoitia, 1996).

Por su parte, un reciente estudio (Aldasoro y col, 2007) ha analizado la magnitud y los determinantes de las desigualdades de género en la revascularización precoz en personas ingresadas por infarto agudo de miocardio.

Capítulo II:

DESIGUALDADES SOCIALES EN LA SALUD, LA ENFERMEDAD Y LA MORTALIDAD

Para transformar la realidad, el primer paso suele ser aprender a verla con una mirada nueva (y ser capaces de mostrarla a los demás bajo esa luz)

Jorge Riechmann

Tal y como se ha visto en el primer capítulo, la salud de las personas está estrechamente relacionada con sus características socioeconómicas, de manera que aquéllas situadas en las posiciones más altas de la escala social gozan de mejor salud que las situadas en las más bajas. La trascendencia de este hecho merece que, en cada contexto, se estudie la forma en que se articulan estos ejes de desigualdad, haciendo emerger realidades habitualmente ocultas acerca de la distribución desigual de la salud, la enfermedad y la mortalidad.

En este sentido, la primera parte del presente capítulo analiza cómo se distribuye la salud y la enfermedad en la población de la Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV), según varias características socioeconómicas, utilizando para ello los datos de la Encuesta de Salud de la CAPV de 2002 (ESCAV'02). Concretamente, se describen las desigualdades que existen según la clase social, el nivel de estudios y el lugar de nacimiento¹⁰ en una serie de variables relativas a diferentes aspectos del estado de salud de las personas.

Asimismo, la mortalidad también responde a un patrón socioeconómico claro. Por ello, en segundo lugar, se presentan los resultados relativos al análisis de las desigualdades sociales en la mortalidad y las esperanzas de salud de la población vasca, a partir de una serie de trabajos publicados desde el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.

¹⁰ Se analizaron las desigualdades en salud según el lugar de nacimiento considerando dos categorías, nacido/a en la CAPV y nacido/a en el resto del Estado. Para el análisis de esta variable sólo se han considerado las personas mayores de 45 años, edad a partir de la cual la población nacida en la CAPV y en el resto del Estado presentan un peso similar en el total de la población.

Para finalizar, y considerando la especial relevancia de las primeras etapas de la vida en la definición de la salud en la etapa adulta, se analizan las desigualdades sociales en la salud al inicio de la vida, la adolescencia y la juventud, a partir tanto de la explotación de diversas fuentes de datos (registros de mortalidad, ESCAV '02) como de una serie de estudios publicados sobre prematuridad, peso al nacimiento, mortalidad infantil y la Encuesta sobre Hábitos Alimentarios y Estado de Salud de la población vasca de 4 a 18 años de 2005.

Con todo ello, se pretende dibujar un mapa general del estado de las desigualdades sociales en la salud y la mortalidad en la CAPV, a partir de la recopilación de varios trabajos ya realizados en estas áreas y el análisis de otros aspectos no estudiados hasta el momento.

2.1. Desigualdades sociales en la salud y la enfermedad de la población general de la CAPV: resultados del análisis de la ESCAV'02

Los resultados que se presentan a continuación proceden del análisis que ha relacionado la clase social, el nivel de estudios y el lugar de nacimiento con diversas variables de salud (autovaloración de la salud, calidad de vida relacionada con la salud, problemas crónicos, limitación crónica de la actividad, restricción temporal de la actividad, calidad de vida relacionada con la salud, salud social, sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol, consumo de tabaco y consejo médico preventivo) en la población vasca mayor de 16 años, a partir de la Encuesta de Salud de la CAPV 2002¹¹.

Además del cálculo de las prevalencias y las puntuaciones medias de cada variable estandarizadas por edad¹², se han realizado modelos de regresión logística para las variables cualitativas, y análisis de la covarianza para las variables cuantitativas, con el fin de comprobar la significación estadística de las relaciones ajustada por edad¹³. En este sentido, todas las diferencias observadas son estadísticamente significativas, a excepción de los casos en los que se explicita lo contrario. En consecuencia, en las páginas siguientes, cuando los análisis no aporten información sobre la significación, se deberá entender que la relación descrita fue estadísticamente significativa¹⁴.

2.1.1. Autovaloración de la salud

La autovaloración de la salud es un indicador que refleja la percepción subjetiva que las personas tienen de su propia salud. Se trata de una medida de salud muy relevante porque sintetiza en un solo indicador diferentes aspectos subjetivos y objetivos relacionados con la idea que las personas tienen de su salud.

A pesar de que se trata de un indicador sencillo, obtenido a partir de la respuesta a una sola pregunta (en la ESCAV: *En general, usted diría que su salud es...*), hay estudios que han demostrado que la valoración que

¹¹ La metodología de la ESCAV'02 se explica en el Anexo metodológico. Para un mayor detalle, ver Departamento de Sanidad, 2004.

¹² Una explicación detallada de la definición y el proceso de estandarización se puede consultar en el Anexo metodológico.

¹³ El análisis de regresión logística y el análisis de covarianza son métodos estadísticos que permiten estudiar la relación entre una variable dependiente (en este caso el estado de salud) y determinadas variables independientes como la clase social o el nivel de estudios, ajustando (eliminando) el efecto de otras variables como la edad, que puedan mediar en la relación (ver apartado de estandarización en el Anexo metodológico). El uso de estas técnicas nos ofrece medidas para evaluar la significación estadística de esta relación, lo que nos permite saber la probabilidad de que esa diferencia que observamos en nuestra muestra sea debida o no al azar y, por lo tanto, si es extrapolable al conjunto de la población. No obstante, la significación estadística debe ser interpretada con cautela ya que, en ocasiones, el hecho de que una relación no sea estadísticamente significativa puede deberse a factores diversos como el tamaño muestral, lo que no invalida la relación observada. De la misma forma, el hecho de que una relación sea estadísticamente significativa debe acompañarse de una reflexión acerca del verdadero interés, sentido y relevancia de la relación.

¹⁴ Se ha considerado que las relaciones fueron estadísticamente significativas cuando el valor de la prueba *p* bilateral fue igual o inferior a 0.05.

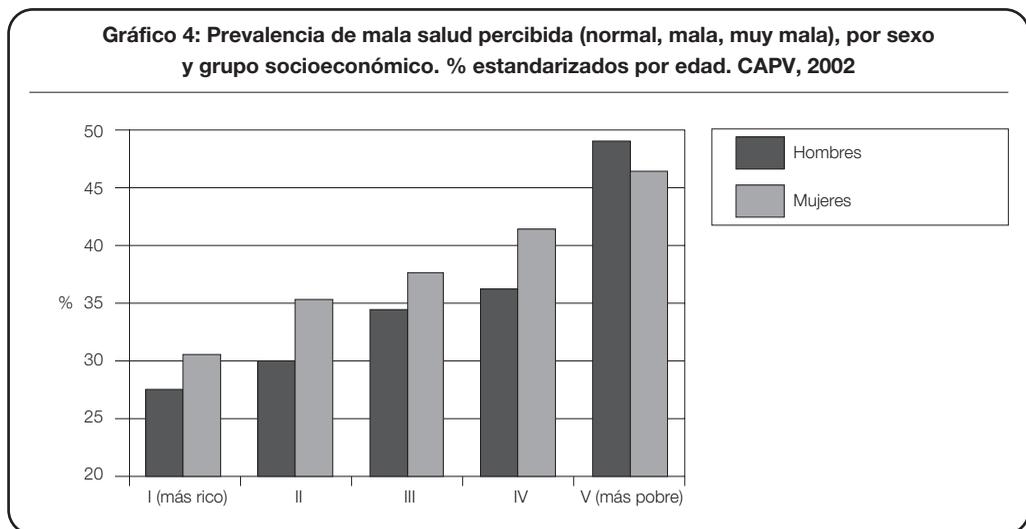
cada persona realiza de su salud está muy relacionada con la percepción de la calidad de vida así como con el padecimiento de enfermedades clínicamente diagnosticadas y el uso de los servicios sanitarios (Patrick y Bergner, 1990). Asimismo, está relacionada con la mortalidad, incluso después de tener en cuenta el efecto de otros factores de riesgo como el consumo de tabaco o el nivel de colesterol (Idler y Benyamini, 1997).

Diversos estudios han descrito la existencia de desigualdades sociales en la autovaloración de la salud a nivel internacional (Mackenbach, 2006) y, en el caso del Estado español, ya a principios de los 80 se estableció una relación clara entre el nivel socioeconómico y la autovaloración de la salud (Durán, 1982). Más recientemente, otros estudios han demostrado que las personas de menor nivel socioeconómico y las de menor nivel de estudios declaran tener peor salud (Jovell, 1994; Regidor y col, 1994, Fernández de la Hoz y col, 1996; Gutiérrez-Fisac, 2002; Fernández y col, 2000b; Fernández y Schiaffino, 2003; Bello y col, 1999; Borrell y Benach, 2003). Estas desigualdades en la autovaloración de la salud parecen, además, estar aumentando en los últimos años (Gutiérrez-Fisac, 2002; Borrell y Benach, 2005; Regidor y Benach, 2006).

En el caso de la ESCAV'02, esta variable se recoge en cinco categorías: “muy buena”, “buena”, “normal”, “mala” y “muy mala” aunque, a efectos del análisis, definiremos la mala salud como la ausencia de buena salud, es decir, como la suma de la salud “normal” “mala” y “muy mala”.

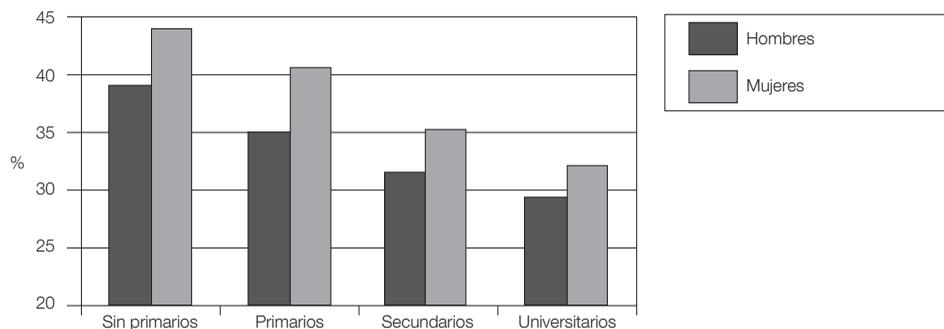
- Resultados

En la CAPV, la autovaloración de la salud está estrechamente relacionada con la clase social ya que, como muestra el gráfico 4, las personas de clases sociales más pobres declaran tener peor salud que las más ricas, tanto en hombres como en mujeres. La relación entre la clase social y la autovaloración de la salud es, además, gradual, en el sentido de que el porcentaje de mala salud percibida se incrementa a medida que descendemos en la escala social.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

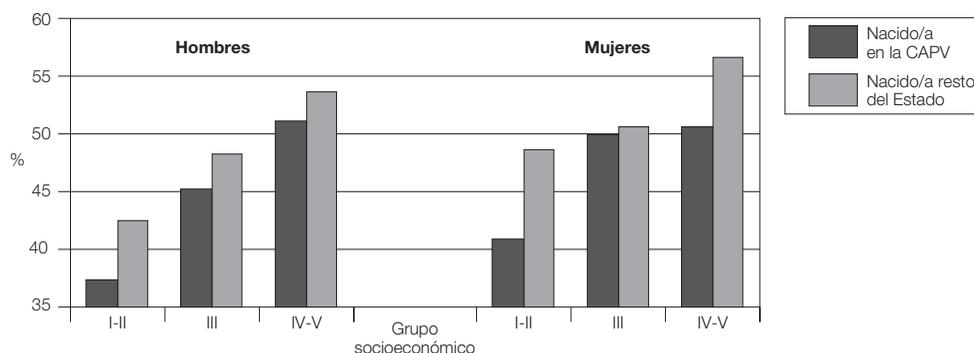
Por su parte, el nivel de estudios también muestra una asociación clara con la autovaloración de la salud. Al igual que ocurre con la clase social, las personas de menor nivel de estudios son las que muestran la prevalencia de mala salud más alta, disminuyendo estos porcentajes a medida que aumenta el nivel de estudios alcanzado.

Gráfico 5: Prevalencia de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por último, se muestran las desigualdades en la autovaloración de la salud según el lugar de nacimiento de la población mayor de 45 años: nacidos/as en la CAPV o en resto del Estado. En este caso, en el gráfico 6 se puede ver que la salud de las personas nacidas en la CAPV es mejor que la de las personas nacidas en el resto del Estado, en todos los grupos socioeconómicos¹⁵ y en ambos sexos.

El efecto protector de nacer en la CAPV es estadísticamente significativo en hombres y en mujeres, si bien deja de existir en los hombres al tener en cuenta el efecto de la clase social.

Gráfico 6: Prevalencia de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

¹⁵ La razón de analizar las diferencias dentro de cada clase social se debe a la existencia de una relación entre el lugar de nacimiento y la clase social. Las personas nacidas fuera de la CAPV pertenecen a clases sociales más bajas, por lo que realizar un análisis que no tenga en cuenta el efecto de la clase social puede confundirnos y no dejar ver que las posibles diferencias observadas en la salud entre las personas nacidas en la CAPV y en el resto del Estado se deben realmente al efecto de la clase social. En este caso, al tener en cuenta el efecto de la clase social, podemos concluir que las personas nacidas en el resto del Estado tienen peor salud que las nacidas en la CAPV, en todas las clases sociales, es decir, eliminando el efecto de la clase social.

2.1.2. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)

El creciente uso de medidas sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) responde, por una parte, a la necesidad de utilizar medidas complementarias a las variables médicas tradicionales que integren la perspectiva de los/as pacientes, así como a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas que, aún no siendo mortales, afectan gravemente a la salud y a la calidad de vida de las personas.

Al igual que la autovaloración de la salud, la CVRS es una medida subjetiva de la valoración global que las personas hacen de su salud, complementaria a la que ofrecen los indicadores fisiopatológicos. De la misma forma que la autovaloración de la salud, se trata de un buen predictor de la mortalidad (Ries y col, 1995) y está asociada con un mayor uso de los servicios sanitarios (Siu y col, 1993).

Como medida de la calidad de vida relacionada con la salud, la ESCAV utiliza la versión española del cuestionario de salud SF-36, validado y ampliamente utilizado en el Estado español (Vilagut, 2005). Se trata de un cuestionario con 36 preguntas que cubren ocho dimensiones de la salud percibida: la función física (PF), el rol físico (RP), el dolor corporal (BP), la salud general (GH), la vitalidad (VT), la función social (SF), el rol emocional (RE) y la salud mental (MH). Para cada una de las dimensiones, las preguntas se codifican, agregan y transforman en una escala que va de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud). El significado de cada una de estas dimensiones se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 1: Contenido de las dimensiones del SF-36

Modelo Tradicional	Puntuación baja	Puntuación alta
Función física (PF)	Muy limitado/a para llevar a cabo todas las actividades físicas, incluido bañarse o ducharse, debido a su salud.	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a su salud.
Rol físico (RP)	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física.
Dolor corporal (BP)	Dolor muy intenso y extremadamente limitante.	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él.
Salud general (GH)	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore.	Evalúa la propia salud como excelente.
Vitalidad (VT)	Se siente cansado/a y exhausto/a todo el tiempo.	Se siente muy dinámico/a y lleno/a de energía todo el tiempo.
Función social (SF)	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales, debido a problemas físicos o emocionales.	Lleva a cabo actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales.
Rol emocional (RE)	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales.
Salud mental (MH)	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el día	Sentimiento de felicidad, tranquilidad y calma durante todo el día.

Fuente: Vilagut y col, 2005

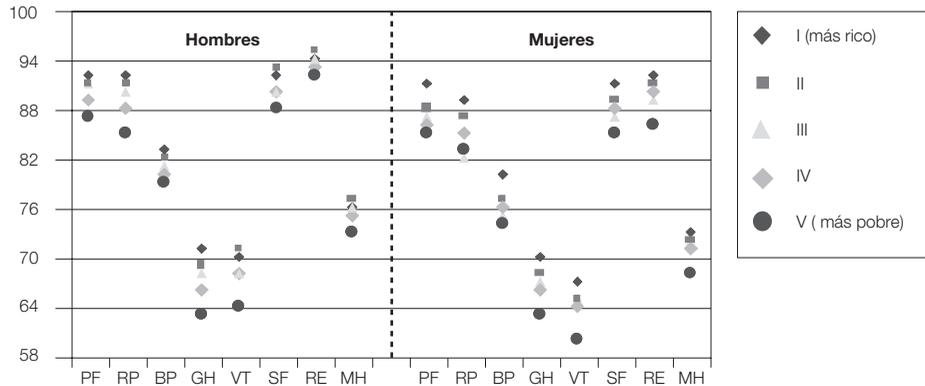
A nivel internacional, diversos estudios han descrito la existencia de desigualdades sociales en la calidad de vida relacionada con la salud, medida a partir del SF-36 (Martikainen y col, 1999; Clarke y col, 2002; Lahelma y col, 2005; Pantzer y col, 2006). En el contexto español, también se ha mostrado la existencia de una relación entre el nivel de estudios y la calidad de vida relacionada con la salud, que resultó mayor entre los colectivos con un nivel de instrucción más elevado (Regidor y col, 1999).

- Resultados

Los análisis realizados para la población de la CAPV describen un claro patrón social en la calidad de vida relacionada con la salud ya que, en todas las dimensiones del SF-36, las puntuaciones de las clases sociales más ricas son más elevadas que las de las más pobres, especialmente entre las mujeres. Sólo en el caso del dolor corporal (BP) y el rol emocional (RE) en los hombres, la relación no es estadísticamente significativa.

La calidad de vida relacionada con la salud también se encuentra claramente asociada con el nivel de estudios de las personas, de forma que los grupos con estudios secundarios y superiores muestran, en la mayoría de las dimensiones, mejores puntuaciones que los de estudios primarios o inferiores. Al igual que ocurre con la clase social, el nivel de estudios describe desigualdades más acusadas entre las mujeres.

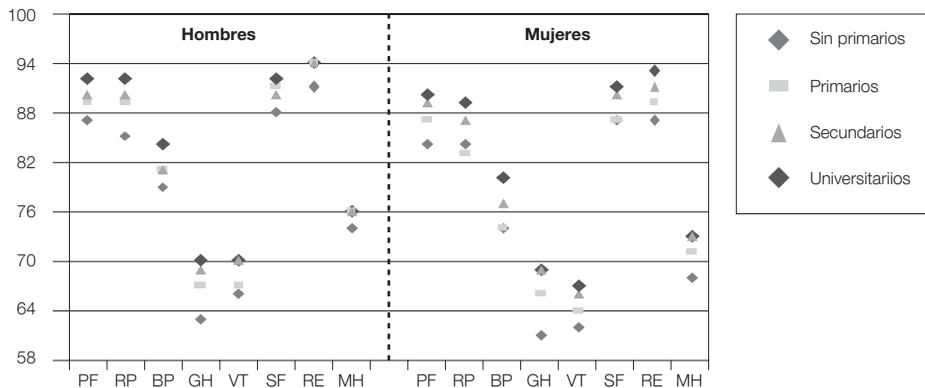
Gráfico 7: Puntuaciones en las dimensiones del SF-36*, por sexo y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002



* La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 8: Puntuaciones en las dimensiones del SF-36*, por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002

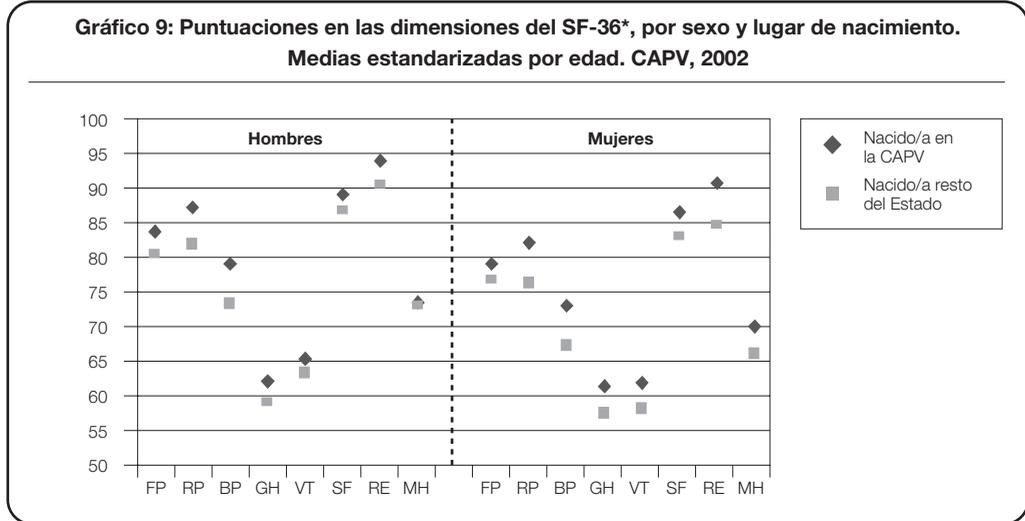


*La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por último, se describen las desigualdades en la calidad de vida relacionada con la salud asociadas al lugar de nacimiento (CAPV-resto del Estado). El siguiente gráfico nos muestra que, para todas las dimensiones de la escala SF-36, aquéllas personas nacidas en la CAPV obtienen puntuaciones más altas que las que nacieron en el resto del Estado. Una vez más, las desigualdades son mayores entre las mujeres, especialmente en dimensiones como el dolor corporal (BP), el rol físico (RP), la salud general (GH) y el rol emocional (RE). En los hombres, esas mismas dimensiones también son las que presentan mayores desigualdades según el lugar de nacimiento.

Las diferencias resultan estadísticamente significativas en todos los casos, a excepción de la dimensión de la salud mental (MH) en el caso de los hombres (de hecho, el gráfico muestra dos puntos superpuestos para ambas categorías). Considerada la influencia que puede ejercer la clase social en la relación entre el SF-36 y el lugar de nacimiento, la significación estadística de las diferencias se mantiene en todos los casos, a excepción del rol físico (RP) en las mujeres y de la vitalidad (VT) y la función social (SF) en los hombres.

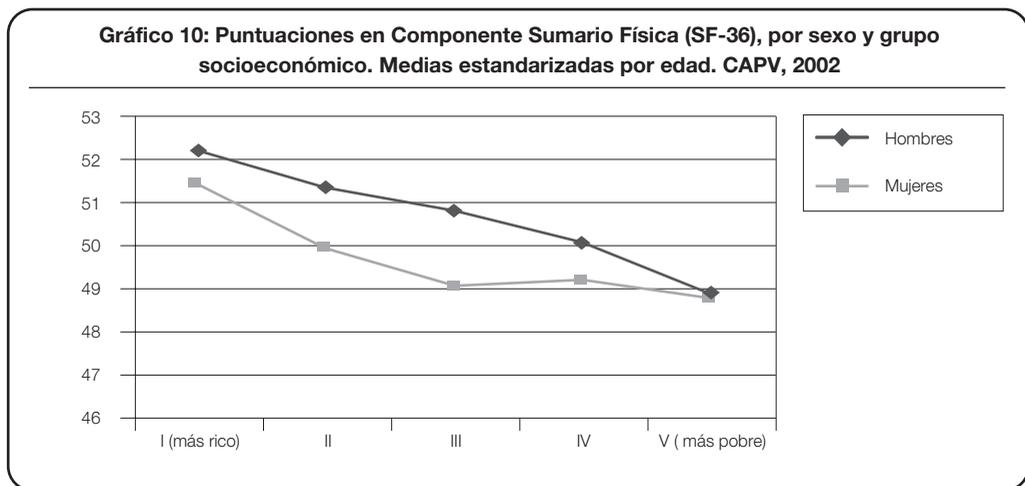


*La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

El cuestionario de salud SF-36 permite, además, calcular dos puntuaciones resumen, denominadas “Componente Sumario Física” (PCS) y “Componente Sumario Mental” (MCS), a partir de la combinación de las puntuaciones de cada una de las dimensiones (Ware y col, 1994).

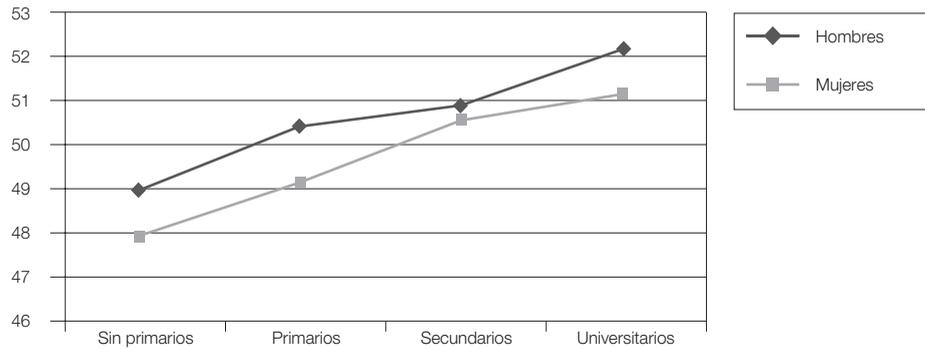
En relación a la primera (PCS), el gráfico 10 muestra que su distribución sigue un claro gradiente socioeconómico, especialmente en el caso de los hombres, para los que pertenecer a la clase más rica significa tener una puntuación un 7% más alta que los de clase más pobre, un porcentaje ligeramente superior que en el caso de las mujeres.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

De la misma forma, el nivel educativo establece un gradiente claro en la Componente Sumario Física, en el sentido de que las personas con mayor nivel de estudios obtienen una puntuación media más elevada que las de estudios primarios o inferiores.

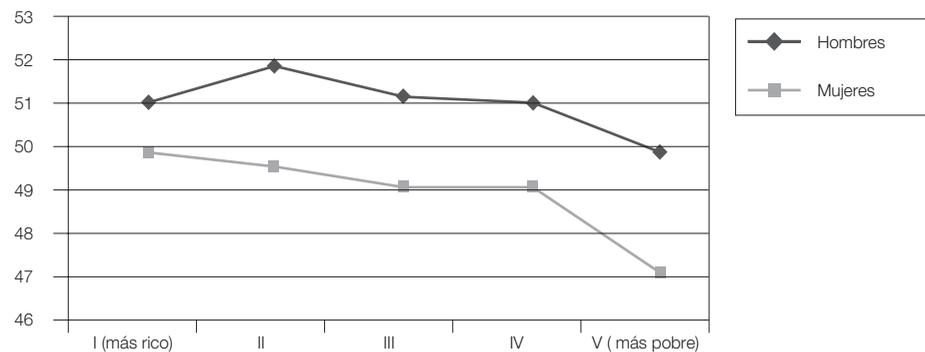
Gráfico 11: Puntuaciones en Componente Sumario Física (SF-36), por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En relación a la Componente Sumario Mental (MCS), el gráfico 12 muestra que existe un ligero descenso en las puntuaciones del MCS a medida que empeora la clase social, siendo la diferencia entre las clases IV y V la más acusada en hombres y en mujeres. Las diferencias no son, sin embargo, estadísticamente significativas en el caso de los hombres.

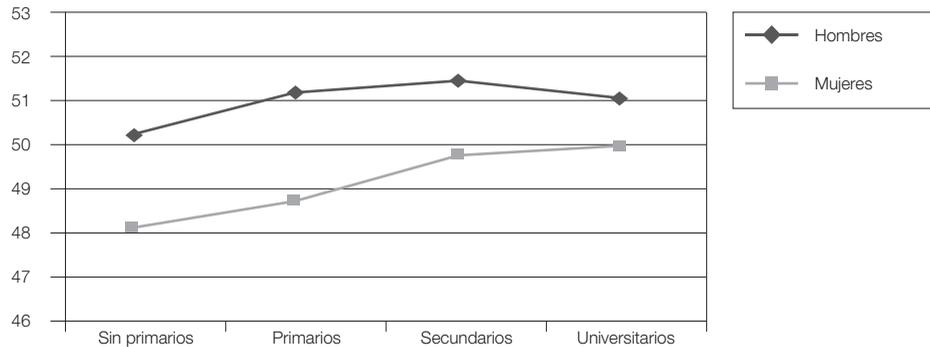
Gráfico 12: Puntuaciones en Componente Sumario Mental (SF-36), por sexo y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Algo similar ocurre con el nivel de estudios, en el sentido de que la relación con el MCS no es estadísticamente significativa en el caso de los hombres. En cualquier caso, en ambos sexos se observa una tendencia al aumento de la puntuación en el MCS a mayor nivel de estudios, de forma que las puntuaciones de las personas que poseen estudios secundarios o universitarios son más altas que las de estudios primarios o inferiores.

Gráfico 13: Puntuaciones en Componente Sumario Mental (SF-36), por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

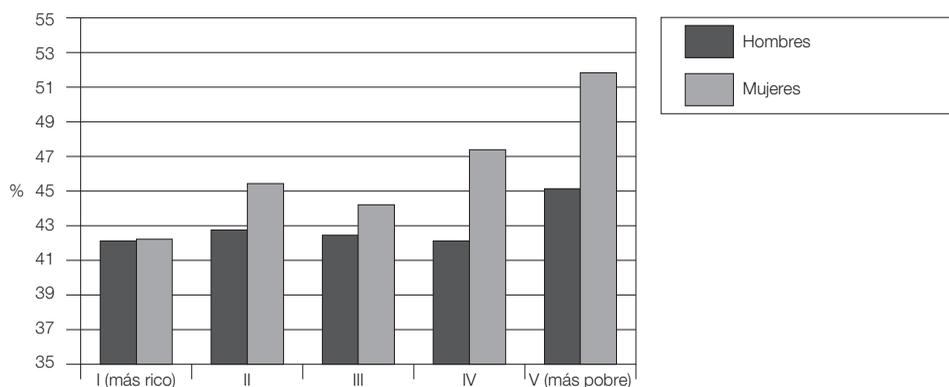
2.1.3. Problemas crónicos

El análisis de la prevalencia de los problemas crónicos nos ofrece información relevante acerca de la carga de enfermedad de una población. Su cuantificación en la ESCAV se realiza a partir de un listado de problemas que generan una mayor demanda de los servicios sanitarios, entre los que se incluyen la hipertensión, el colesterol, las enfermedades cardiovasculares, la artrosis, la ciática, los dolores de espalda, la diabetes o las varices. Con el objetivo de agrupar toda esta información, los datos que se presentan reflejan el porcentaje de personas que padecen, al menos, algún problema crónico.

Diversos estudios han analizado las desigualdades sociales en el padecimiento de problemas crónicos en el contexto del Estado español, hallándose una mayor prevalencia de este tipo de problemas entre las clases más desfavorecidas (Fernández y Schiaffino, 2003).

- Resultados

Gráfico 14: Prevalencia de problemas crónicos, por sexo y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002

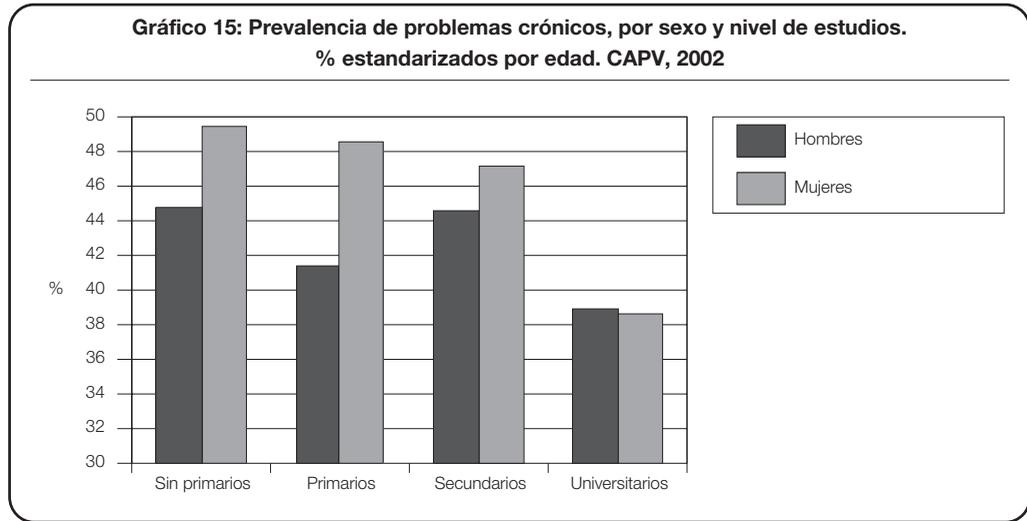


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Tal y como se puede apreciar en el gráfico 14, el padecimiento de problemas crónicos está relacionado con la clase social, especialmente en las mujeres, para las que la prevalencia es un 22,7% superior en

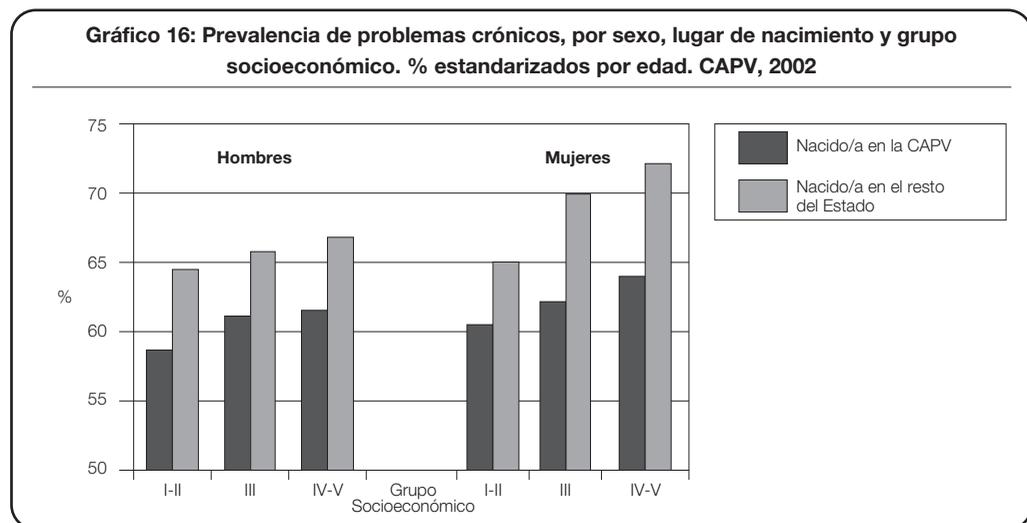
las de clase V (más pobre) que en las de clase I (más rica). En los hombres, en los que la diferencia entre clases es de un 6,9%, ésta no es estadísticamente significativa.

Un patrón similar puede describirse en la relación entre el nivel de estudios y los problemas crónicos. Si bien para ambos sexos la prevalencia de problemas crónicos es superior en las personas sin estudios primarios que en las que tienen estudios universitarios, el patrón es más claro en mujeres. Así, la existencia de, al menos, un problema crónico entre las que no tienen estudios primarios es un 28,2% superior con respecto a las universitarias, mientras que en los hombres la diferencia entre niveles educativos es de un 15%.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por último, y en referencia al lugar de nacimiento, las desigualdades en los problemas crónicos también son evidentes. Como puede observarse en el gráfico 16, los hombres y las mujeres mayores de 45 años nacidos/as fuera de la CAPV sufren problemas crónicos en mayor medida que los/as nacidos/as en la CAPV, en todas las clases sociales.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En 2004 se publicó un estudio realizado en la CAPV sobre las desigualdades socioeconómicas en la prevalencia de un problema crónico específico, la diabetes Tipo 2, así como en los factores de riesgo cardiovascular y las complicaciones diabéticas crónicas de estos/as pacientes. El estudio se realizó entre 65.651 pacientes, de los cuales 2.985 estaban diagnosticados de diabetes Tipo 2 (Larrañaga y col, 2005).

Las conclusiones de este trabajo mostraron que vivir en áreas de bajo nivel socioeconómico multiplicaba por 2,28 el riesgo de padecer diabetes Tipo 2 en las mujeres y por 1,69 en los hombres. Asimismo, entre la población de pacientes diabéticos/as estudiada, el riesgo de padecer niveles anormales de colesterol LDL (colesterol malo) fue casi del doble si vivían en áreas socioeconómicamente desfavorecidas, incluso tras considerar el efecto de la edad y la duración de la enfermedad. Otros factores de riesgo cardiovascular también se mostraron inversamente relacionados con el nivel socioeconómico del área de residencia.

Otro estudio realizado en la CAPV a partir de las encuestas de salud de 1986 y 1992 mostró cómo las desigualdades en la prevalencia de algún problema crónico (cáncer, enfermedades respiratoria, enfermedades cardiovasculares, diabetes o enfermedades musculoesqueléticas) por nivel de ingresos y nivel de estudios habían aumentado en esos 6 años tanto en hombres como en mujeres (Anitua y Esnaola, 2000).

2.1.4. Limitación crónica de la actividad

La limitación crónica de la actividad o incapacidad permanente es otro indicador de la salud percibida que refleja las consecuencias que tiene el padecimiento de enfermedades crónicas o de algún tipo de discapacidad en la realización de las funciones consideradas normales para la edad y el sexo de las personas. Se trata de una medida de salud que evalúa el estatus funcional, es decir, la capacidad de realizar una serie de actividades que serían normales en personas con una buena salud física para cada grupo de edad.

Varios trabajos han descrito la existencia de desigualdades sociales en la limitación crónica de la actividad a nivel internacional (Broese van Groenou y col, 2003; Avendano y col, 2005; Mackenbach, 2006) así como en el contexto español, señalando que las clases menos favorecidas presentan prevalencias mayores de limitación (Artazcoz y col, 2004c).

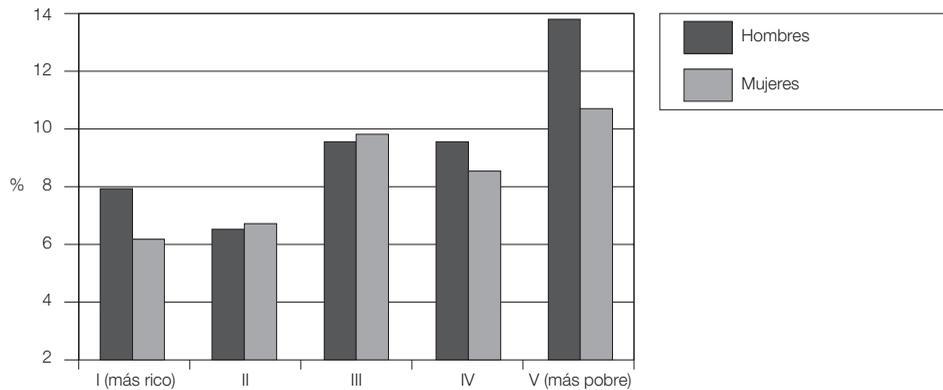
En la ESCAV, la limitación crónica de la actividad se recoge a partir de tres grados de severidad: “limitación total de la actividad principal”, “limitación parcial de la actividad principal” y “limitación en otras actividades”. En los datos que se presentan a continuación, se ha considerado como limitación crónica de la actividad la respuesta afirmativa a alguno de los grados de severidad descritos.

- Resultados

Por nivel socioeconómico, podemos observar que en la CAPV las personas pertenecientes a la clase más rica sufren menos limitación crónica de la actividad que la más pobre. A pesar de que el patrón no es perfectamente gradual, la prevalencia de limitación crónica entre las personas del grupo V (más pobre) es 1,72 veces superior que las pertenecientes al grupo I (más rico), en ambos sexos.

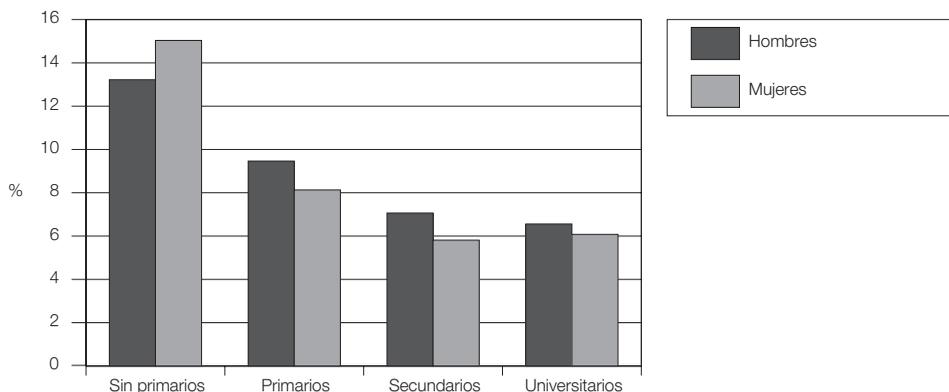
En función del nivel de estudios, el patrón es mucho más claro. Tal y como vemos en el gráfico 18, las desigualdades entre aquellas personas sin estudios primarios y las de nivel universitario son de más del doble, tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 17: Prevalencia de limitación crónica de la actividad, por sexo y grupo socioeconómico.
% estandarizados por edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 18: Prevalencia de limitación crónica de la actividad, por sexo y nivel de estudios.
% estandarizados por edad. CAPV, 2002

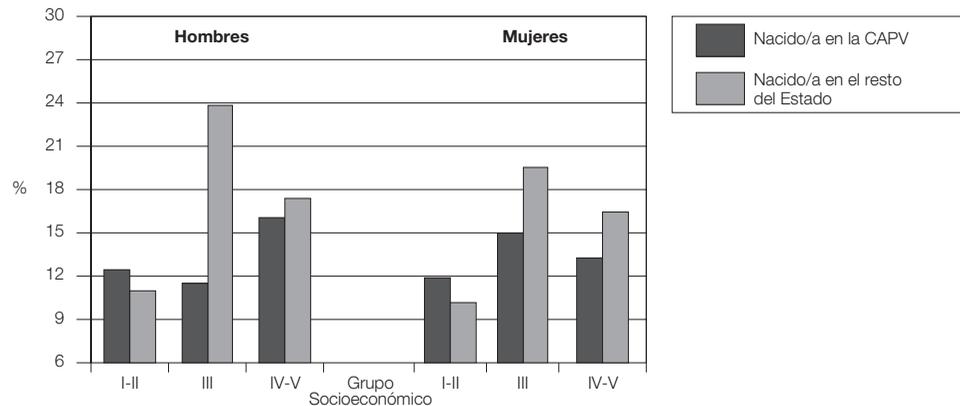


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por último, y en cuanto a las desigualdades derivadas del lugar de nacimiento, los hombres mayores de 45 años nacidos en el resto del Estado tienen un 25% más de limitación crónica que los nacidos en la CAPV, siendo esta cifra de un 21% en el caso de las mujeres. Sin embargo, el gráfico 19 nos muestra que esta relación varía según la clase social ya que en las clases altas la prevalencia de la limitación crónica de la actividad es mayor entre las personas nacidas en la CAPV, mientras que en el resto aquéllas nacidas en el resto del Estado sufren mayor limitación crónica¹⁶.

Un estudio sobre la evolución de las desigualdades sociales en la CAPV mostró que la limitación crónica de la actividad se distribuía según un claro gradiente social y que las desigualdades eran superiores en 1992 que en 1986, según la ocupación, el nivel educativo y el nivel de renta en hombres y en mujeres (Anitua y Esnaola, 2000).

¹⁶ Dados los resultados del análisis estratificado que se muestran en el gráfico 19, no se realizaron análisis de regresión ajustados por la clase social, por lo que no se presenta la significación estadística de la relación ajustada por esa variable.

Gráfico 19: Prevalencia de limitación crónica de la actividad, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002

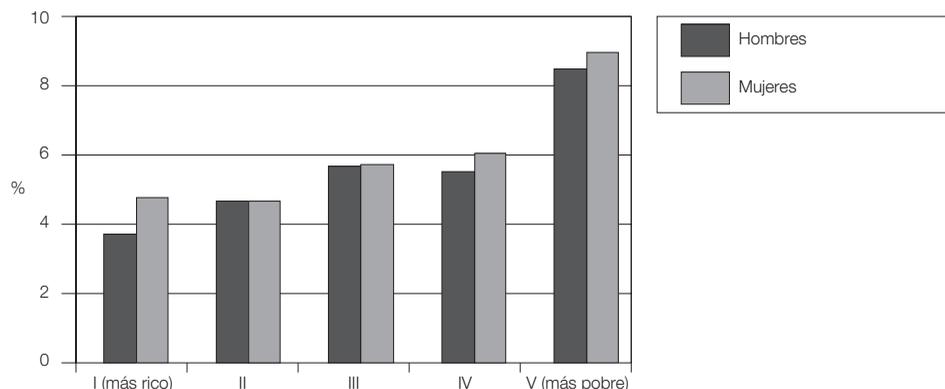
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

2.1.5. Restricción temporal de la actividad

Por restricción temporal de la actividad se entiende la reducción de la actividad por debajo del nivel habitual, debido a algún problema de salud de corta o larga duración en las dos semanas anteriores a la realización de la encuesta. En función de la edad y de la situación laboral, se pregunta, concretamente, si la persona ha debido quedarse en la cama, reducir la realización de las labores del hogar, dejar de ir al colegio o dejar de ir al trabajo por motivos de salud.

- Resultados

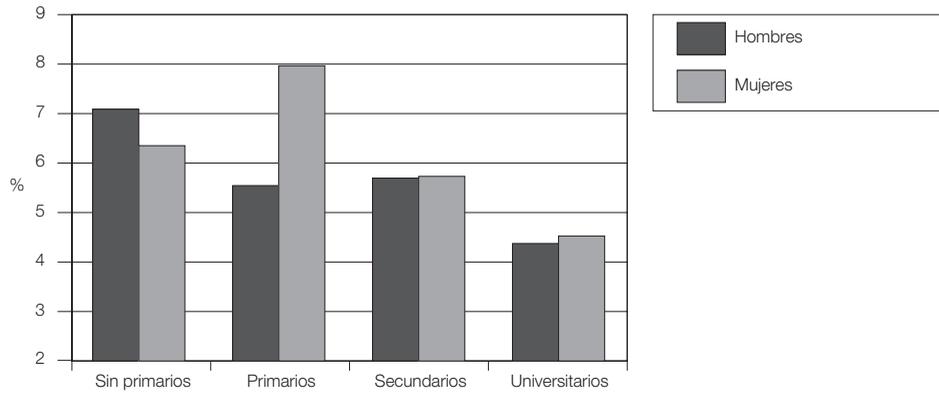
A pesar de que las prevalencias de limitación temporal son bajas en la CAPV (alrededor de un 6% para el total de la población), este indicador también se distribuye según un gradiente socioeconómico claro, que sitúa a aquellas personas de menor nivel socioeconómico con una restricción temporal de la actividad mayor. Concretamente, entre los hombres, aquellos de clase V (más pobre) sufren 2,3 veces más restricción temporal que los de clase I (más rica), mientras que entre las mujeres la diferencia es casi del doble.

Gráfico 20: Prevalencia de limitación temporal de la actividad, por sexo y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

El nivel de estudios también se asocia con la restricción temporal de la actividad aunque el patrón no es tan claro como en el caso de la clase. Las diferencias observadas no son estadísticamente significativas en ningún caso.

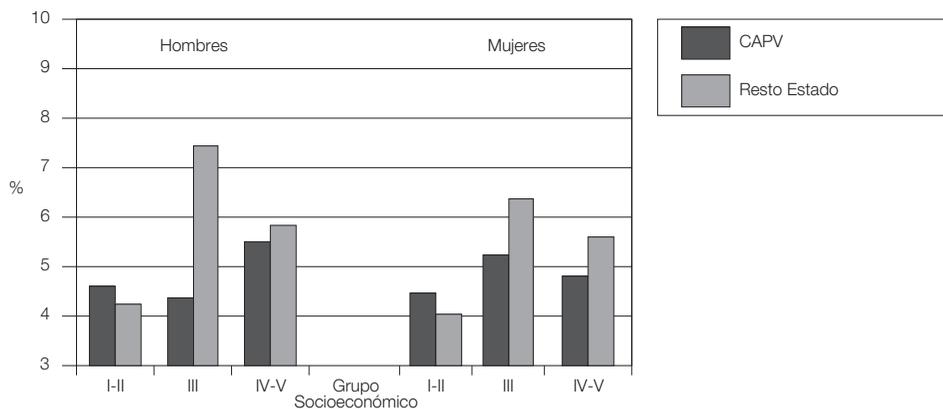
Gráfico 21: Prevalencia de limitación temporal de la actividad, por sexo y nivel de estudios. % estandarizados por edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por último, y en relación al lugar de nacimiento, la prevalencia de la limitación temporal es mayor en aquellas personas mayores de 45 años nacidas en el resto del Estado. En todos los grupos socioeconómicos y tanto en hombres como en mujeres, el lugar de nacimiento genera desigualdades que son especialmente relevantes entre las mujeres de clase media (clase III) y bajas (clases IV y V)¹⁷.

Gráfico 22: Prevalencia de limitación temporal de la actividad, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. % estandarizados por edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Un análisis de la evolución de las desigualdades en la limitación temporal de la actividad en la CAPV mostró que entre 1986 y 1992 las desigualdades aumentaron, especialmente según el nivel educativo en los hombres y según el nivel de ingresos y el nivel educativo en las mujeres (Anitua y Esnaola, 2000).

¹⁷ Dados los resultados del análisis estratificado que se muestran en el gráfico 22, no se realizaron análisis de regresión ajustados por la clase social, por lo que no se presenta la significación estadística de la relación ajustada por esa variable.

2.1.6. Salud social: apoyo afectivo y confidencial

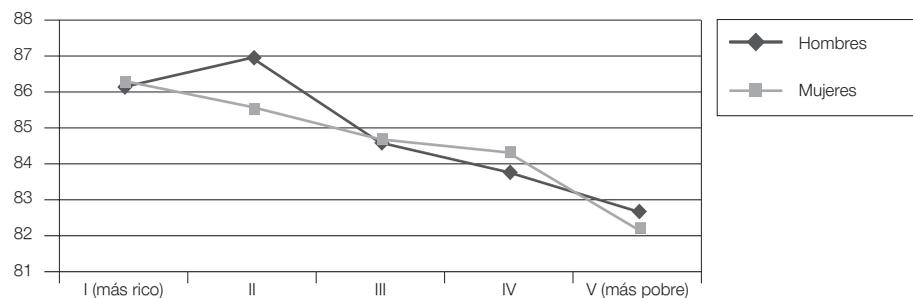
La salud social trata de recoger el apoyo social afectivo y confidencial con que cuentan las personas. Podría definirse como el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con las demás, distinguiéndose dos dimensiones: el apoyo confidencial, es decir, la posibilidad de contar con personas para comunicarse; y el apoyo afectivo, que se refiere a las demostraciones de amor, cariño y empatía. Diversos estudios han relacionado el apoyo social con variables como la mortalidad y la morbilidad física y mental (Berkman, 1979; Kawachi y col, 1996) aunque, en la actualidad, existe un debate intenso sobre su influencia y la idoneidad de su utilización en la explicación de las desigualdades sociales en salud (Waterson y col, 2004; Muntaner, 2004).

En el caso de la ESCAV, el apoyo social se recoge mediante la escala denominada DUKE, que mide los aspectos cualitativos y funcionales del apoyo más que el número o la extensión de la red de apoyo. Los 8 ítems que contiene la encuesta (con puntuaciones de 1 a 5) se agrupan en las dos citadas dimensiones: apoyo confidencial y apoyo afectivo.

- Resultados

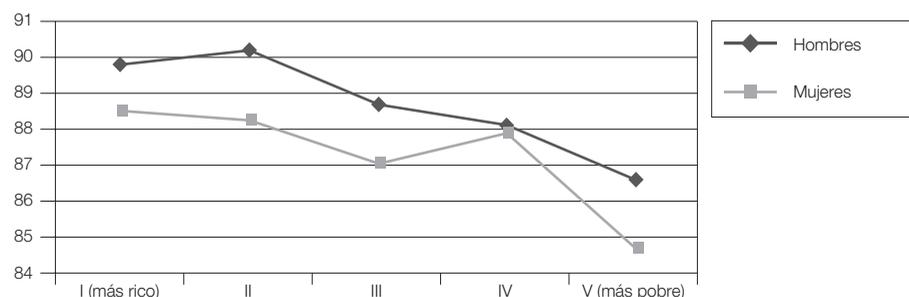
Como puede observarse a continuación, en la CAPV existe un gradiente socioeconómico tanto en el apoyo confidencial como en el afectivo, de forma que en los grupos más ricos (I y II) las puntuaciones son más elevadas que en los más pobres. Estas desigualdades son mayores en el apoyo confidencial y estadísticamente significativas en todos los casos, a excepción del apoyo afectivo en los hombres.

Gráfico 23: Puntuaciones en el índice de apoyo confidencial, por sexo y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

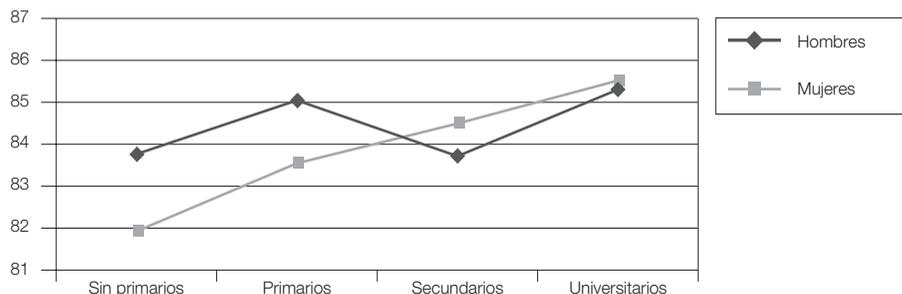
Gráfico 24: Puntuaciones en el índice de apoyo afectivo, por sexo y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

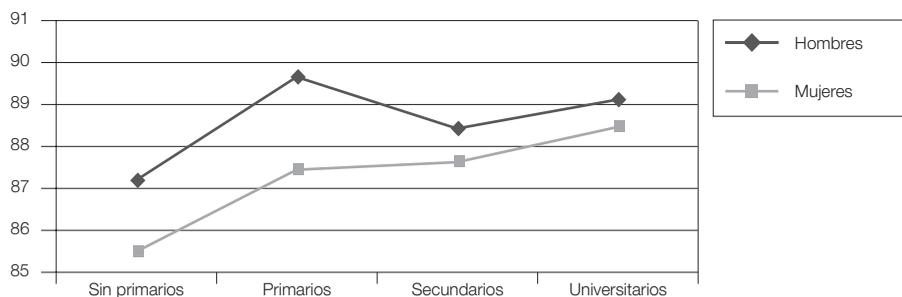
Según el nivel de estudios, la salud social también se reparte de forma desigual. Así, las personas sin estudios primarios gozan de menor apoyo confidencial y afectivo que las de estudios universitarios, siendo el gradiente claro para las mujeres, aunque las diferencias entre los diferentes niveles no son estadísticamente significativas en ningún caso.

Gráfico 25: Puntuaciones en el índice de apoyo confidencial, por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

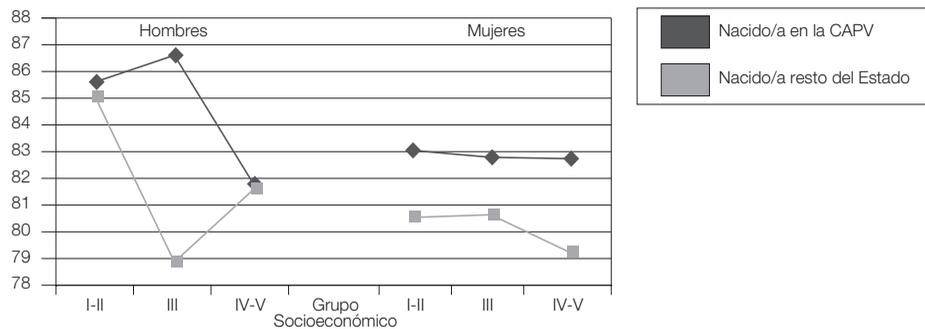
Gráfico 26: Puntuaciones en el índice de apoyo afectivo, por sexo y nivel de estudios. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002



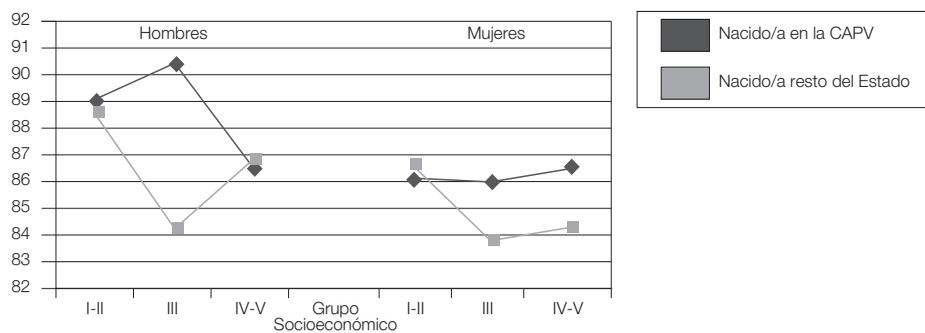
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por último, se puede observar que el lugar de nacimiento también establece diferencias en la salud social de las personas, siendo aquéllas nacidas en la CAPV las que obtienen mayores puntuaciones en ambas dimensiones de la salud social (afectiva y confidencial). Esta relación se observa en todos los grupos socioeconómicos, con la excepción del apoyo afectivo en los hombres de clases más desfavorecidas y las mujeres de clases más ricas¹⁸.

¹⁸ Dados los resultados del análisis estratificado que se muestran en los gráficos 27 y 28, no se realizaron análisis de regresión ajustados por la clase social, por lo que no se presenta la significación estadística de las relaciones ajustadas por esa variable.

Gráfico 27: Puntuaciones en el índice de apoyo confidencial, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 28: Puntuaciones en el índice de apoyo afectivo, por sexo, lugar de nacimiento y grupo socioeconómico. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

2.1.7. Los estilos de vida relacionados con la salud

La manera de enfermar de una población viene determinada, en parte, por los riesgos que corren las personas en la realización de sus tareas cotidianas así como por las conductas y los estilos de vida adoptados (Pasarín y Fernández, 2002). Entre estas últimas, se incluyen aspectos como el sedentarismo, los trastornos derivados de dietas poco equilibradas, el consumo de alcohol y el hábito tabáquico, los cuales están implicados, al menos, en un tercio del total de la carga de enfermedad en Europa (WHO, 2002). A menudo, estos factores se consideran hábitos de vida libremente elegidos por las personas, por lo que su modificación dependería, casi exclusivamente, de la voluntad de éstas. Este enfoque, sin embargo, no presta la suficiente atención a la influencia del contexto socioeconómico en la realización de tales elecciones (Stronks y col, 1996) y, por lo tanto, a su naturaleza injusta. Desde esta otra perspectiva, la reducción de las desigualdades en los estilos de vida provendría de intervenciones relacionadas con políticas fiscales, la mejora del acceso a productos sanos a precios asequibles o el acceso a instalaciones deportivas y recreativas (WHO, 2002). Y ello porque, tal y como se verá en los siguientes apartados, las conductas dañinas para la salud están más presentes en los grupos sociales más desfavorecidos.

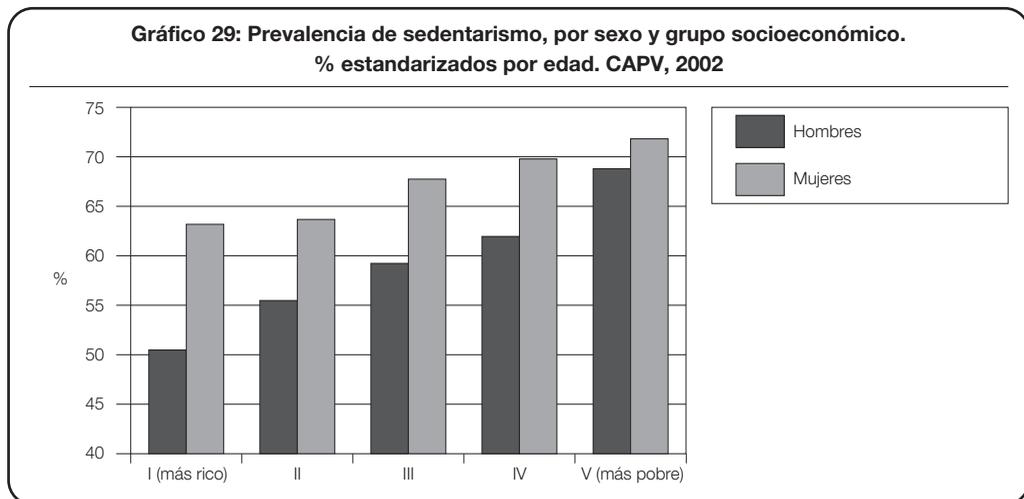
2.1.7.1. Prevalencia de sedentarismo

Se entiende por sedentarismo la falta de realización de ejercicio físico en el tiempo libre. En el caso de la ESCAV, su medición se realiza a partir de la combinación de la frecuencia y la duración de las actividades físicas, de forma que las personas son clasificadas como “sedentarias”, “moderadamente activas”, “activas” y “muy activas”.

Varios estudios han demostrado que la falta de actividad física se asocia con un incremento de la mortalidad (Pate y col, 1995; Sesso y col, 1999; Villeneuve y col, 1998) así como con un mayor riesgo de aparición y desarrollo de numerosas enfermedades no transmisibles (Pate y col, 1990; Varo y col, 2003). Igualmente, diversos trabajos han mostrado que la inactividad física no se distribuye de forma homogénea en la población sino que, por el contrario, disminuye a medida que aumenta el nivel socioeconómico y el nivel educativo de las personas (Navarro y Benach, 1996; Galán, 2002). Mientras que el ejercicio físico realizado en el tiempo libre, que produce ganancias para la salud, es más prevalente en las clases altas, el esfuerzo físico durante la actividad laboral, que puede resultar perjudicial para la salud (por sobrecarga física), sigue un patrón contrario, es decir, es más frecuente en las clases bajas (Gutiérrez-Fisac, 1998). Las variables de contexto o ecológicas también se asocian con la frecuencia en la realización de ejercicio físico, tal y como concluyó un estudio realizado a nivel estatal, que mostró la asociación existente entre el nivel socioeconómico de la provincia y la prevalencia de sedentarismo en las mujeres mayores de 45 años (Pascual y col, 2005).

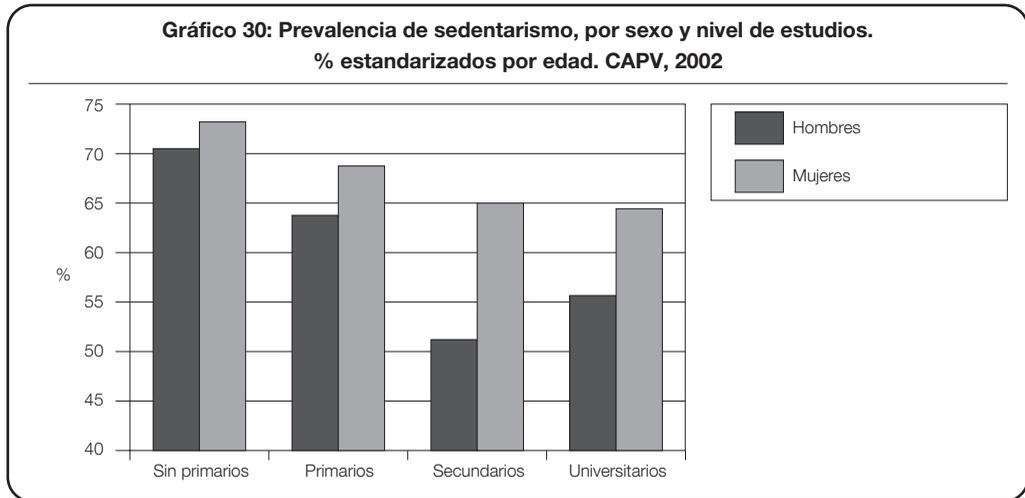
- Resultados

En la CAPV el sedentarismo está estrechamente relacionado con las características socioeconómicas de las personas, siendo un 36% superior en los hombres de clase V (más pobre) que en los de clase I (más rica). De la misma forma, las mujeres de menor nivel socioeconómico son un 14% más sedentarias que las más ricas.

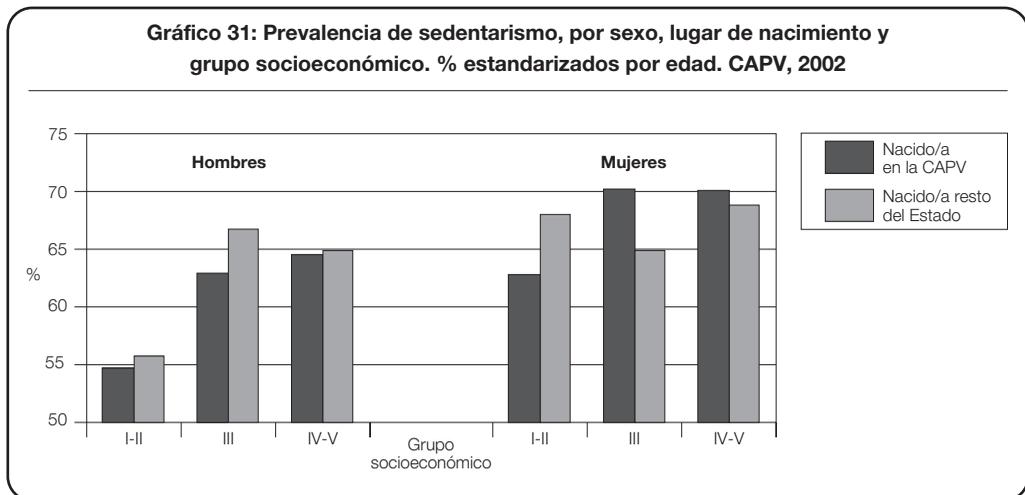


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

El nivel de estudios también está asociado con la inactividad física en el tiempo libre, especialmente en los hombres, ya que aquéllos sin estudios primarios son un 26,7% más sedentarios que aquéllos con estudios universitarios. En el caso de las mujeres, el aumento del sedentarismo es gradual a medida que desciende el nivel educativo, siendo las diferencias entre los grupos más extremos de un 13,2%. Las diferencias entre las mujeres no son, sin embargo, estadísticamente significativas.



Por último, hay que señalar que haber nacido fuera de la CAPV está relacionado con un mayor sedentarismo en los hombres mayores de 45 años de todos los grupos socioeconómicos, si bien esta diferencia no es estadísticamente significativa. En el caso de las mujeres, aquéllas nacidas en la CAPV de clases menos favorecidas (III, IV-V) son más sedentarias, invirtiéndose el patrón para las más ricas¹⁹.



2.1.7.2. Prevalencia de obesidad

Aunque en los últimos años conocemos más acerca de los factores que determinan la obesidad y sobre los componentes del sistema regulador del peso corporal, la prevalencia de la obesidad en la población ha aumentado considerablemente (WHO, 2004). Este fenómeno está generando una gran alarma social y su prevención se considera ya un verdadero asunto de salud pública. Numerosos estudios han demostrado que la obesidad se asocia con un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas (como las cardiovasculares), con un mayor uso de servicios sanitarios y con una mayor mortalidad general (Field y col, 2001;

¹⁹ Dados los resultados del análisis estratificado que se muestran en el gráfico 31, no se realizaron análisis de regresión ajustados por la clase social, por lo que no se presenta la significación estadística de la relación ajustada por esa variable para el caso de las mujeres.

National Task Force on the Prevention and Treatment of Obesity, 2000; Guallar-Castillón y col, 2002; Troiano y col, 1996). De no invertirse la tendencia creciente en la prevalencia de la obesidad, durante el siglo XXI esta epidemia sustituirá al hábito tabáquico como principal causa de mortalidad evitable.

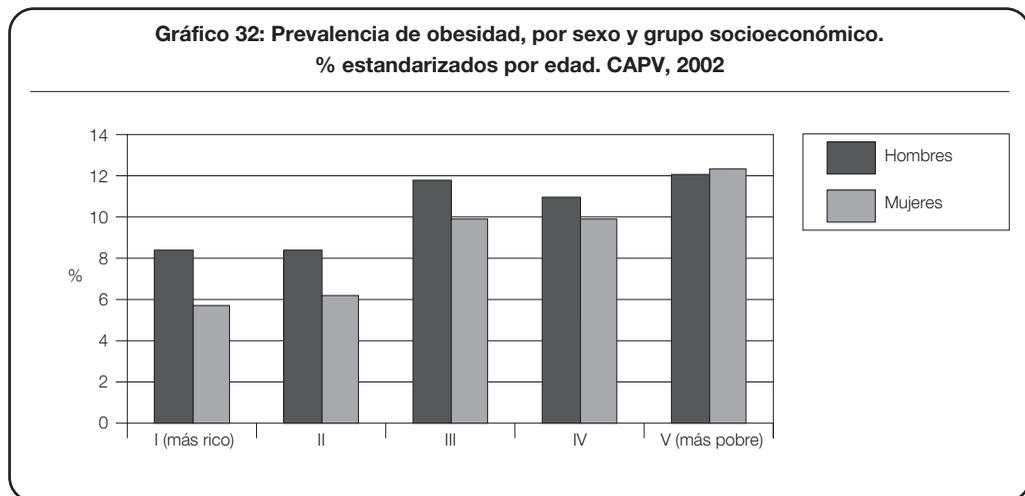
A pesar de que la obesidad está presente en todos los grupos sociales, su prevalencia está relacionada con factores de tipo socioeconómico. En el contexto español, se ha demostrado que las personas de menor nivel de estudios y las mujeres tienen una mayor probabilidad de ser obesas (Regidor y col, 1994; Gutiérrez-Fisac, 1995; Rebato y col, 2001; Aranceta y col, 2001; Soriguer y col, 2004). Estas desigualdades, además, tienden a incrementarse debido a que la obesidad está aumentando, principalmente, entre las personas de niveles socioeconómicos más bajos (Gutiérrez-Fisac y col, 2000b).

En la ESCAV, la obesidad se calcula a partir del Índice de Masa Corporal (IMC), siguiendo el criterio Bray (Bray, 1987). A partir de los resultados de este índice, que pone en relación el peso con la altura de la persona, se establece que todas las personas con un IMC igual o superior a 30 son obesas.

- Resultados

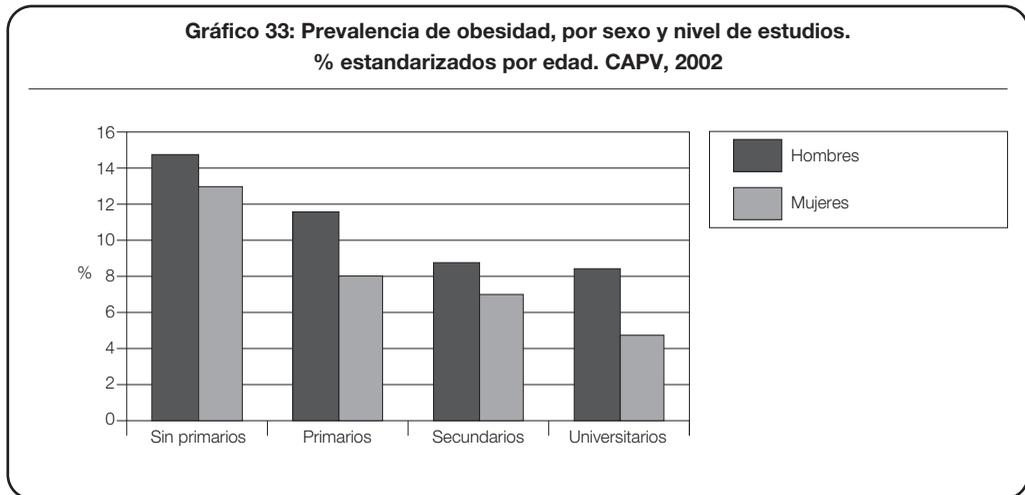
En la CAPV, la obesidad se distribuye siguiendo un claro patrón socioeconómico, más evidente en el caso de las mujeres. En éstas, la prevalencia de obesidad entre las pertenecientes a la clase más pobre es el doble que en la más rica, mientras que en el caso de los hombres las diferencias entre clases, de un 41%, no son estadísticamente significativas.

La existencia de un gradiente socioeconómico en la obesidad, más claro en mujeres que en hombres, coincide con lo hallado en otros estudios realizados tanto en la CAPV (Rebato y col, 2007) como en otros contextos (Gutiérrez-Fisac, 1998; Sarlio-Lahteenkorva y col, 2006). Estos estudios señalan que la mayor demanda de esfuerzo físico en los trabajos realizados por los hombres de menor nivel socioeconómico les prevendría del desarrollo de la obesidad. Asimismo, la presión social respecto a la imagen corporal de las mujeres conllevaría su mayor preocupación por mantener su peso, especialmente entre las mujeres de clase media y alta (Tanaka y col, 2002; Rebato y col, 2007).



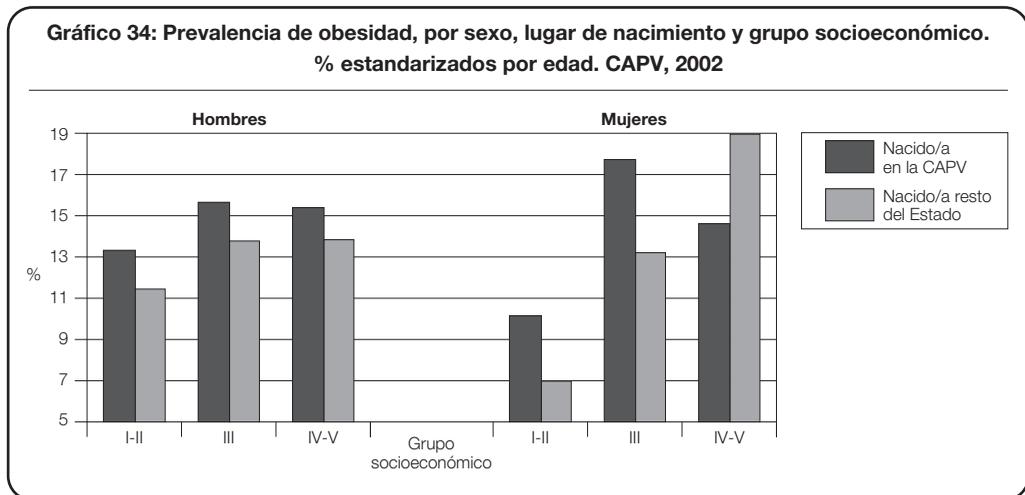
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

El nivel de estudios de las personas se asocia con la obesidad en forma de claro gradiente, de manera que las mujeres con menor nivel de estudios tienen 2,6 veces más obesidad que las de estudios superiores, siendo en los hombres tal diferencia de 1,7. Probablemente, y además de otros factores, un mejor conocimiento de los componentes de una dieta sana entre la población con mayor nivel educativo, así como su menor sedentarismo, expliquen, en parte, este gradiente.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por último, se muestran las desigualdades en la prevalencia de la obesidad asociadas al lugar de nacimiento. A diferencia del patrón que venimos observando en otras variables, este problema de salud es más prevalente en las personas nacidas en la CAPV, con la única excepción de las mujeres más pobres, para las que haber nacido fuera de la CAPV supone padecer un 30,5% más de obesidad que las nacidas en la CAPV²⁰.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

2.1.7.3. Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es responsable del 9% de la carga global de enfermedad (mortalidad y morbilidad) en Europa (Rehn y col, 2001), siendo su consumo excesivo un factor que provoca diversos problemas sociales (accidentes, violencia, problemas laborales...) y de salud (cirrosis, algunos tipos de cáncer, hipertensión arterial...). Sin embargo, su relación con la salud es más compleja que en el caso del tabaco, ya que un consumo moderado puede ser beneficioso para la salud (WHO, 2002).

²⁰ Dados los resultados del análisis estratificado que se muestran en el gráfico 34, no se realizaron análisis de regresión ajustados por la clase social, por lo que no se presenta la significación estadística de la relación ajustada por esa variable para el caso de las mujeres.

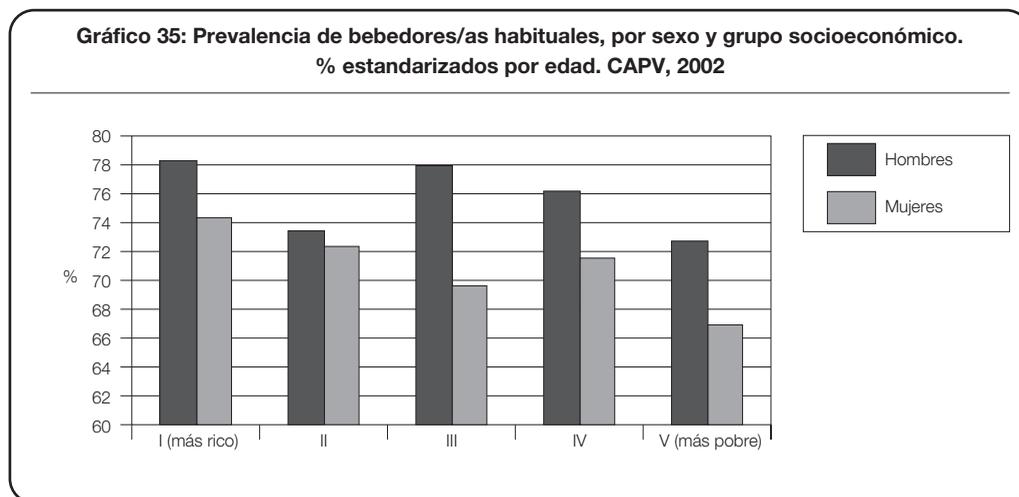
El patrón social del consumo de alcohol es también más complejo que el de otros hábitos de vida. Su consumo es más habitual entre las personas de mayor nivel educativo, tanto en hombres como en mujeres (SAMHSA, 2003; Moore y col, 2005; Casswell y col, 2003), pero su consumo en exceso es más frecuente entre los niveles educativos más bajos (SAMHSA, 2003; Casswell y col, 2003; Regidor y col, 2004; Karlamangla y col, 2006).

La ESCAV recoge el consumo de alcohol de la población a partir de la técnica del recuerdo retrospectivo, con la ayuda de una extensa lista de bebidas alcohólicas. En función del resultado obtenido, se clasifica a las personas en una serie de categorías, a partir de las cuales se han construido las siguientes para el presente análisis:

- Bebedores/as habituales: aquéllas personas que bebieron durante el último año menos de 55 cc de alcohol diario en el caso de los hombres, y menos de 30 cc en el caso de las mujeres.
- Bebedores/as excesivos/as: aquellas personas que declararon consumir diariamente más de 91cc de alcohol en el caso de los hombres y más de 55 en el caso de las mujeres.
- Bebedores/as sospechosos/as de alcoholismo: calculado en base a las respuestas del test CAGE²¹.

• Resultados

En relación a la distribución socioeconómica y por nivel de estudios del consumo de alcohol, los datos muestran que en la CAPV el patrón que se establece es diferente en función de la cantidad consumida. Así, tal y como se puede ver en el siguiente gráfico, las clases sociales más ricas consumen alcohol de forma habitual en mayor proporción que las más pobres. En el caso de los hombres, los pertenecientes a la clase I (más rica) beben un 7,3% más que los de la V (más pobre), siendo de un 10,7% la diferencia que se da entre las mujeres. A pesar de que en el gráfico puede observarse un gradiente socioeconómico relativamente claro para las mujeres, las diferencias existentes no son significativas para ninguno de los sexos.

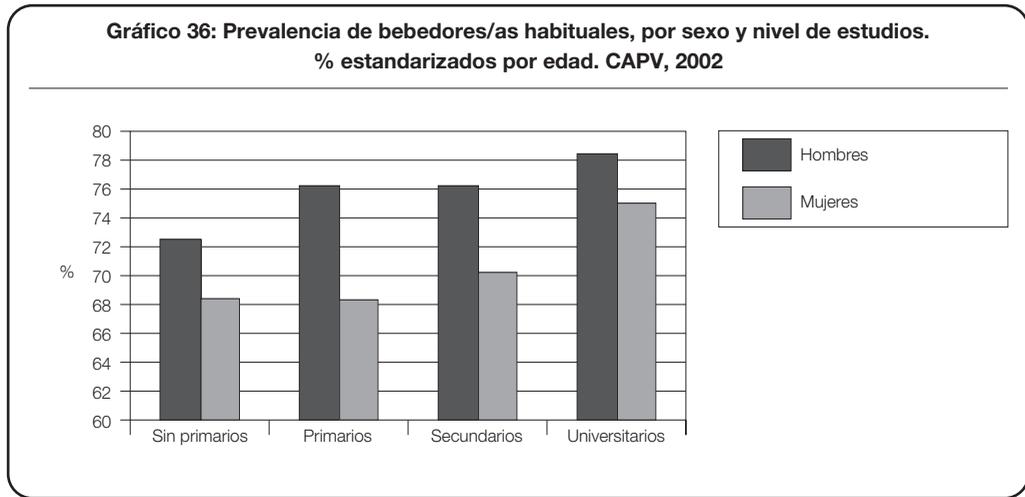


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En relación al nivel de estudios, parece que el patrón que se establece es consistente con lo mencionado para el nivel socioeconómico, siendo distinto a lo observado en las demás variables del análisis. Así,

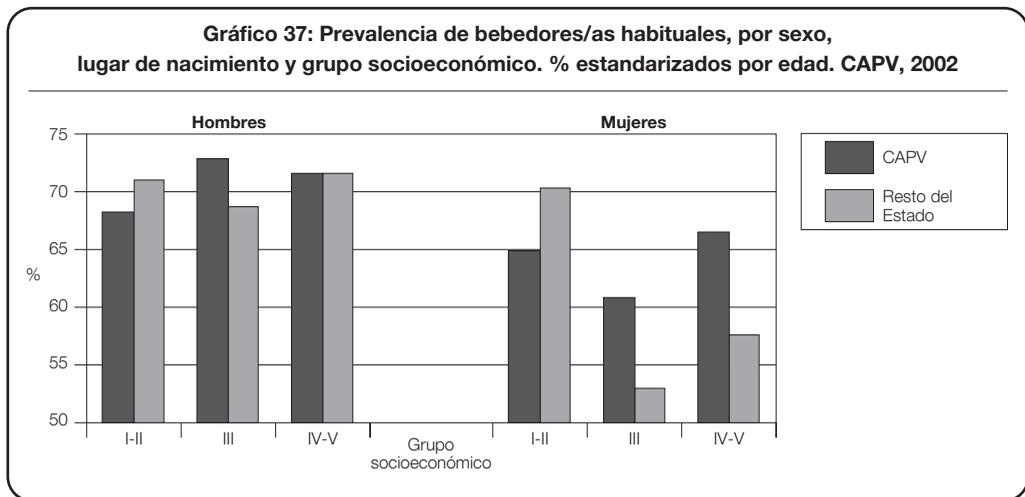
²¹ Para más información sobre el cálculo de esta variable, ver Departamento de Sanidad, 2004.

el gráfico 36 muestra que la población con estudios superiores bebe más de forma habitual que los de niveles inferiores, especialmente en el caso de las mujeres. Esta relación no es, sin embargo, estadísticamente significativa.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En relación al lugar de nacimiento, en el siguiente gráfico se puede ver que no parece existir un modelo claro que asocie la prevalencia de bebedores/as habituales y el hecho de haber nacido en la CAPV o en el resto del Estado²².



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En el caso de los/as bebedores/as excesivos/as, su relación con las variables sociodemográficas que venimos analizando se ha realizado a través de un modelo de regresión logística²³, debido al escaso tamaño muestral que representa esta categoría (237 personas en la ESCAV). Los resultados de este análisis sugieren que en los hombres existe un gradiente socioeconómico según el cual las clases más desfavorecidas

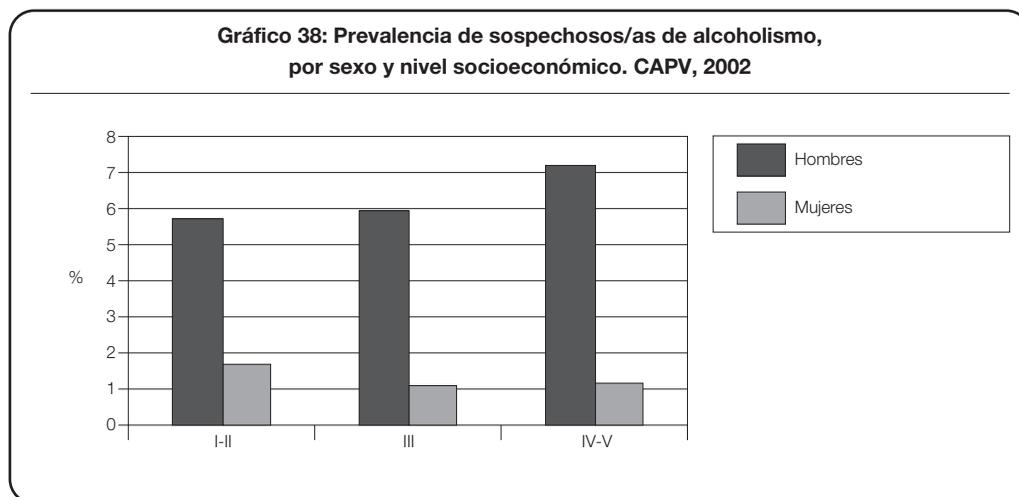
²² Dados los resultados del análisis estratificado que se muestran en el gráfico 37, no se realizaron análisis de regresión ajustados por la clase social, por lo que no se presenta la significación estadística de la relación ajustada por esa variable.

²³ Ver nota al pie 13.

beben de forma excesiva en mayor medida que las más ricas, aunque las diferencias entre grupos no son estadísticamente significativas (OR clase V respecto a clase I: 1,40; IC95% 0,68-1,85)²⁴. En el caso de las mujeres, no parece existir un patrón claro aunque, en todo caso, ocurriría lo contrario, es decir, que en las clases más pobres se bebe en exceso menos que en las más ricas. De cualquier manera, la clase social tampoco establece diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres (OR clase V respecto a clase I: 0,52; IC95% 0,19-1,38).

En lo que respecta a la prevalencia de bebedores/as excesivos/as según el nivel de estudios, tampoco existe un patrón claro, y las diferencias no son estadísticamente significativas ni en hombres ni en mujeres. Tampoco se pueden establecer diferencias relativas al lugar de nacimiento en la población mayor de 45 años.

Para terminar con el análisis de las desigualdades sociales relacionadas con el consumo de alcohol, el siguiente gráfico muestra la proporción de personas de 16 y más años sospechosas de alcoholismo, por sexo, edad y grupo socioeconómico. Tal y como puede verse, el porcentaje de hombres sospechosos de alcoholismo es mayor en las clases IV y V (más pobres), mientras que en las mujeres las diferencias son prácticamente inapreciables.



Fuente: Departamento de Sanidad, 2004

En conclusión, lo que se puede afirmar es que beber de forma habitual es más frecuente en las clases sociales más ricas y en los niveles de estudios superiores debido a que se trata de un hábito de relación social, culturalmente aceptado. Sin embargo, beber de forma excesiva y ser sospechoso/a de alcoholismo es, en los hombres, más prevalente en las clases sociales más pobres, en las que el consumo abusivo está relacionado con dificultades psicológicas, sociales e interpersonales derivadas de entornos familiares, laborales o sociales adversos.

²⁴ Los odds ratios (OR) son medidas de asociación que, calculadas en este caso a partir de modelos de regresión logística, ofrecen una aproximación de cuánto más probable es que ocurra un evento (beber en exceso, en este caso) en un grupo (clase V) que en otro (clase I). En este caso, la probabilidad de que las personas de clase más desfavorecida beba en exceso se multiplica por 1,4 con respecto a las de clase I (es decir, su probabilidad es mayor). Debido a que el cálculo de esta medida se realiza a partir de los datos de una muestra, es necesario considerar su error asociado, de forma que los OR se acompañan de unos intervalos, que con un 95% de nivel de confianza, contienen el valor real del OR en la población. En este caso, como el intervalo contiene el 1, afirmaremos que las diferencias observadas no son estadísticamente significativas con un 95% de nivel de confianza. Ver nota 13 y 14 sobre la significación estadística y su relevancia.

2.1.7.4. Consumo de tabaco

El consumo de tabaco sigue siendo la principal causa de muerte evitable en el mundo y es origen de un gran abanico de problemas de salud ampliamente estudiados, entre los que destacan el cáncer de pulmón, vesícula, esófago, laringe, boca y garganta y enfermedades cardiovasculares (WHO, 2006). Actualmente, también se sabe que el tabaco contribuye al desarrollo de enfermedades como cataratas, neumonía, leucemia, cáncer de estómago, cáncer de páncreas, cáncer de útero, cáncer de riñón, periodontitis y otras enfermedades (United States Department of Health and Human Services, 2004).

El hábito tabáquico, presente en todos los grupos sociales, no afecta por igual a toda la población ya que, como han demostrado varios estudios, su consumo sigue un gradiente socioeconómico (Giskes y col, 2005).

Para entender la desigual distribución del consumo de tabaco según la clase social y el sexo, es útil considerar el *modelo de difusión de las innovaciones*, propuesto por Rogers (Rogers, 1962). Tal y como explicó este autor en la década de los 60, el proceso por el cual las nuevas ideas y prácticas como el consumo de tabaco se incorporan y difunden en las sociedades no es de carácter aleatorio sino que está social y culturalmente determinado. En una primera fase, tales innovaciones son aprendidas e incorporadas por aquellos grupos sociales de mayor nivel educativo y estatus socioeconómico, que se encuentran en las posiciones sociales más privilegiadas. Posteriormente, se extienden a los demás grupos para, finalmente, acabar restringidos a los grupos que más tardíamente las han adoptado, los de menor nivel socioeconómico. Los hombres, por su parte, tienden a adoptar las innovaciones antes que las mujeres, debido a su posición privilegiada relacionada con el poder que históricamente han ostentado y que se traduce en un mayor acceso a las fuentes de información y mayores rentas (Pasarín y Fernández, 2002).

La evolución de las desigualdades en el consumo de tabaco en el Estado español se adapta a las etapas descritas por este modelo de difusión, ampliamente utilizado para explicar la evolución del consumo del tabaco por clase social y sexo en otros países occidentales (López y col, 1994; Graham, 1996). En una primera fase, el consumo de tabaco fue un hábito eminentemente masculino reservado, además, a las clases más altas, que, en base al estatus que otorgaba, lo utilizaban como medio de distinción social. Posteriormente, en una segunda fase, el fenómeno se hizo más común entre los hombres, siendo la prevalencia similar entre las diferentes clases, mientras que la prevalencia continuaba siendo baja en las mujeres. Esta época, que fue la de máxima prevalencia del consumo en el Estado español, se alcanzó a mitad de la década de los setenta en los varones y a finales de los ochenta y principios de los noventa en las mujeres (Fernández y col, 2003). En una tercera etapa, el consumo descendió en los hombres, especialmente entre los de mejor posición socioeconómica, con lo que las desigualdades sociales crecieron, siendo ya el consumo en la década de los 90 mayor entre los grupos de menor nivel socioeconómico (Regidor y col, 2001b; Borrell y col, 2000b). Durante esta época, el consumo siguió creciendo en las mujeres, especialmente en las clases bajas, de forma que en las mayores de 45 años el consumo continuaba siendo mayor entre las clases altas, mientras que en las más jóvenes, de 25 a 44, ya no existían diferencias entre clases (Regidor y col, 2001b).

En la actualidad, el Estado español se sitúa al final de esta tercera fase en la que el gradiente social del consumo depende del sexo. En los hombres, el patrón social en el consumo de tabaco es claro, mientras que en las mujeres no lo es, aunque en un futuro cercano cabe esperar que su patrón se vaya asemejando al de los hombres. De hecho, en las mujeres, el consumo de tabaco sigue creciendo en las clases sociales más desfavorecidas, de forma que en Cataluña, por ejemplo, las mujeres jóvenes de clases más desfavorecidas ya fuman más que las más ricas (Pasarín y col, 2005). Esta desigualdad en el consumo de tabaco entre las mujeres ya se observa en algunos países europeos, donde la proporción

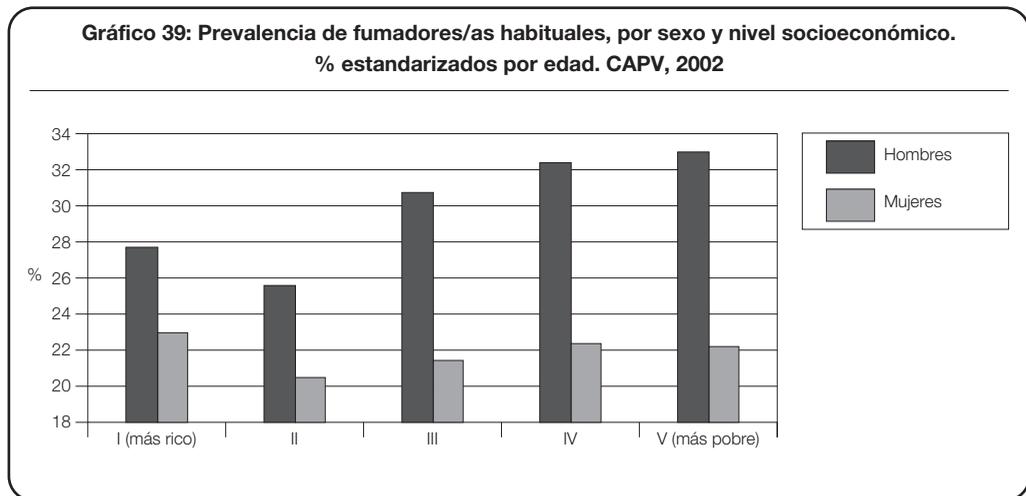
de fumadoras es más elevada entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos (Cavelaars y col, 2000; Jefferis y col, 2004).

En el caso de la ESCAV, la población se clasifica en función del hábito tabáquico de la siguiente manera:

- Fumador/a habitual: fuma, al menos, un cigarrillo diario.
- Exfumador/a: ha fumado diariamente pero ha dejado de fumar.
- No fumador/a: ha fumado menos de 100 cigarrillos en toda su vida.
- Fumador/a ocasional: no fuma diariamente pero ha fumado a lo largo de su vida al menos 100 cigarrillos.

• Resultados

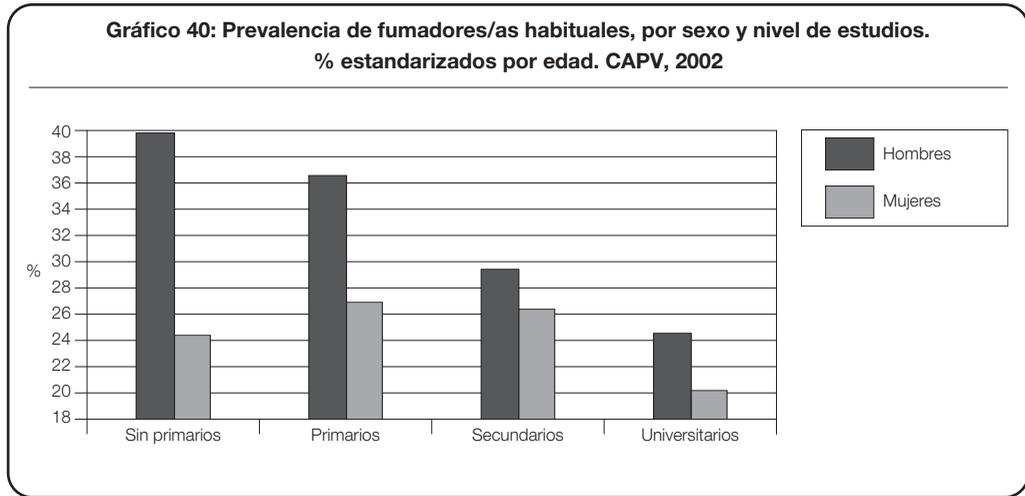
La CAPV, al igual que el resto del Estado español, se encuentra al final de la tercera fase del modelo descrito anteriormente. En consecuencia, la relación entre el hábito tabáquico y el nivel socioeconómico es clara en los hombres, en los que la prevalencia de fumadores es un 18,2% superior en la clase más pobre con respecto a la más rica, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Sin embargo, al considerar todos los grupos de edad el patrón no es tan claro en el caso de las mujeres, las cuales están viviendo un proceso de cambio en la distribución del consumo de tabaco por clase social, de manera que, en la actualidad, no existe una asociación clara. Así, tal y como se puede observar en el siguiente gráfico, las prevalencias se sitúan en torno al 21% a lo largo del espectro socioeconómico, siendo ligeramente superior el porcentaje de fumadoras en la clase I (más rica) que en la clase V (más pobre).



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En relación al nivel de estudios, el modelo es similar al descrito para el nivel socioeconómico. Mientras que en los hombres fumadores se da un patrón por el que aquéllos sin estudios primarios fuman un 62% más que los que poseen estudios universitarios, en las mujeres el gradiente no es tan claro debido a la transformación del patrón social de su consumo. Así, a pesar de que las universitarias también son las que menos fuman,

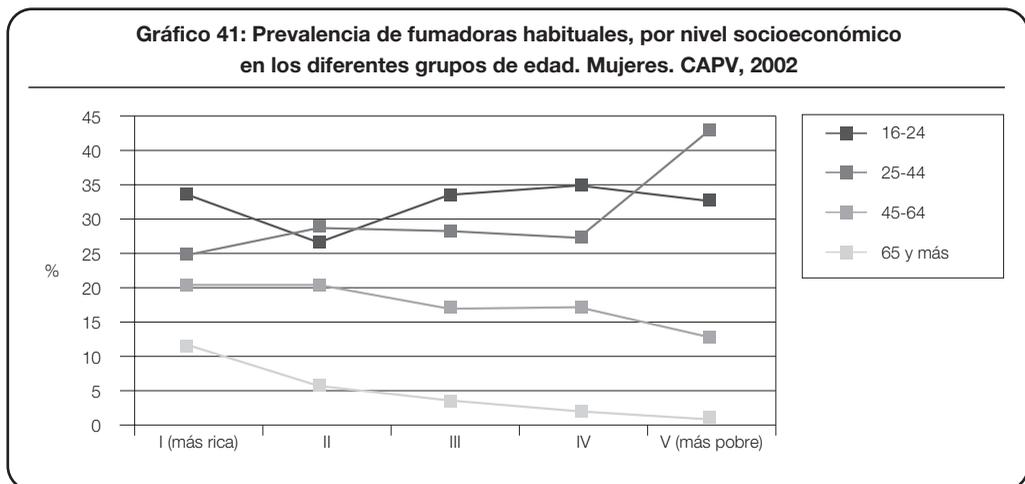
a diferencia de lo que ocurre con los hombres, aquéllas sin estudios primarios no son las que más lo hacen, sino que lo hacen en menor medida que las de estudios primarios y las de secundarios.



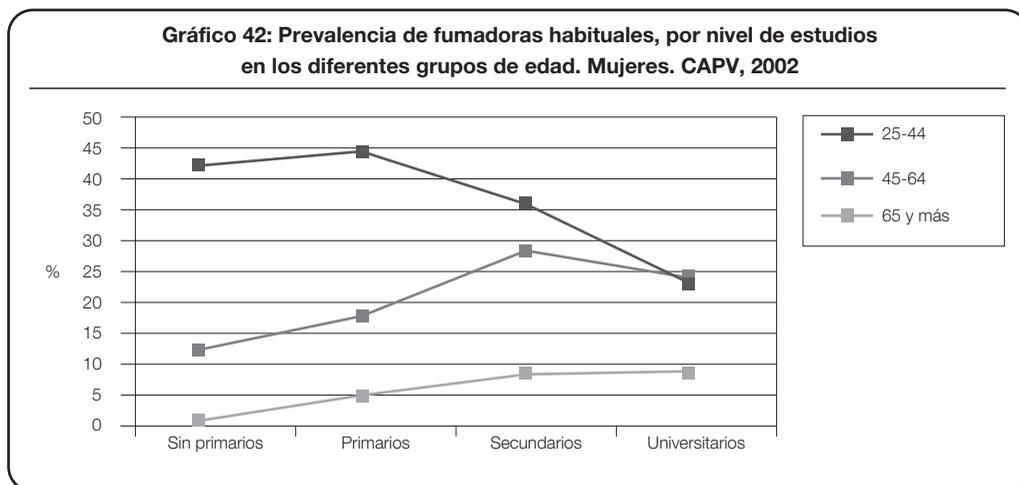
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por tanto, a la luz de los datos se podría afirmar que el patrón social del consumo de tabaco según la clase y el nivel de estudios es claro únicamente en los hombres. En el caso de las mujeres, parece entrecerse que el consumo es cada vez menos frecuente en las clases y niveles de estudio altos, mientras que éste aumenta en los estratos menos favorecidos.

Este hecho se observa más claramente si realizamos un análisis del consumo en los diferentes grupos de edad, con el que podemos observar que, al igual que demuestran otros estudios (Fernando y col, 2005), en las edades adultas, las mujeres de clases altas fuman más que las de clases bajas, mientras que en las edades más jóvenes el patrón se invierte en el sentido de que fuman en mayor proporción las de menor clase social y nivel educativo más bajo. Todo ello hace prever un futuro patrón socioeconómico claro en el consumo de tabaco en mujeres, similar al que se ha descrito para los hombres.

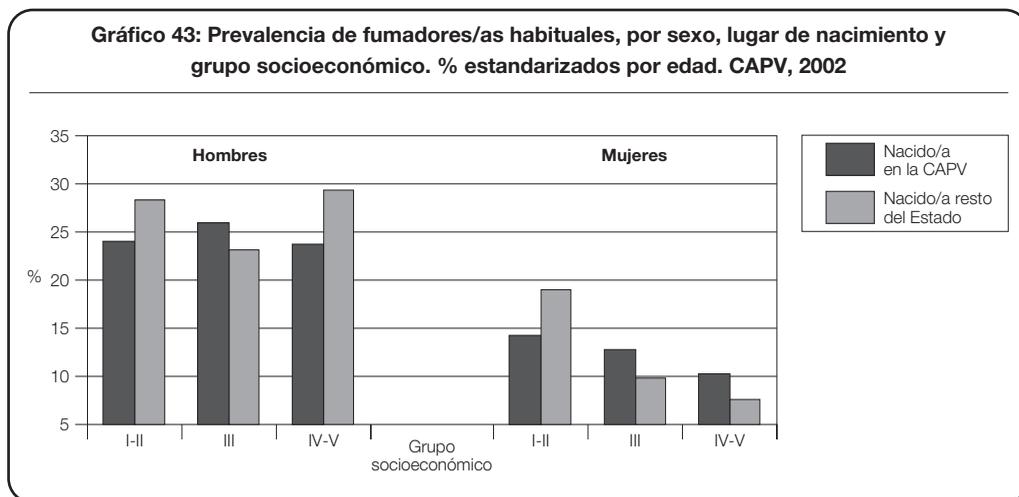


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Para finalizar, el gráfico 43 nos muestra las desigualdades en la prevalencia de fumadores/as habituales por lugar de nacimiento en la población mayor de 45 años. Esta relación varía según el sexo y la clase social, en consonancia con la tendencia antes descrita. En los hombres, aquéllos nacidos fuera de la CAPV fuman menos, a excepción del grupo III, mientras que en las mujeres el patrón general es el contrario: aquéllas nacidas en la CAPV fuman más, salvo en las clases más ricas²⁵.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Otros trabajos realizados en la CAPV han encontrado desigualdades sociales en la distribución de estos hábitos de vida (sedentarismo, obesidad, alcohol y tabaco) en el mismo sentido que los descritos anteriormente. Un estudio citado con anterioridad (Larrañaga y col, 2005), que analizó la relación entre el nivel socioeconómico y la diabetes Tipo 2, estudió también la prevalencia de diferentes factores de riesgo (sedentarismo, obesidad y consumo de tabaco) entre los/as pacientes diabéticos/as. Entre sus conclusiones, se resalta que la prevalencia de la obesidad y de un estilo de vida sedentario fue superior en los grupos socioeconómicos más desfavorecidos, incluso tras controlar por el efecto de la edad y la duración

²⁵ Dados los resultados del análisis estratificado que se muestran en el gráfico 43, no se realizaron análisis de regresión ajustados por la clase social, por lo que no se presenta la significación estadística de la relación ajustada por esa variable.

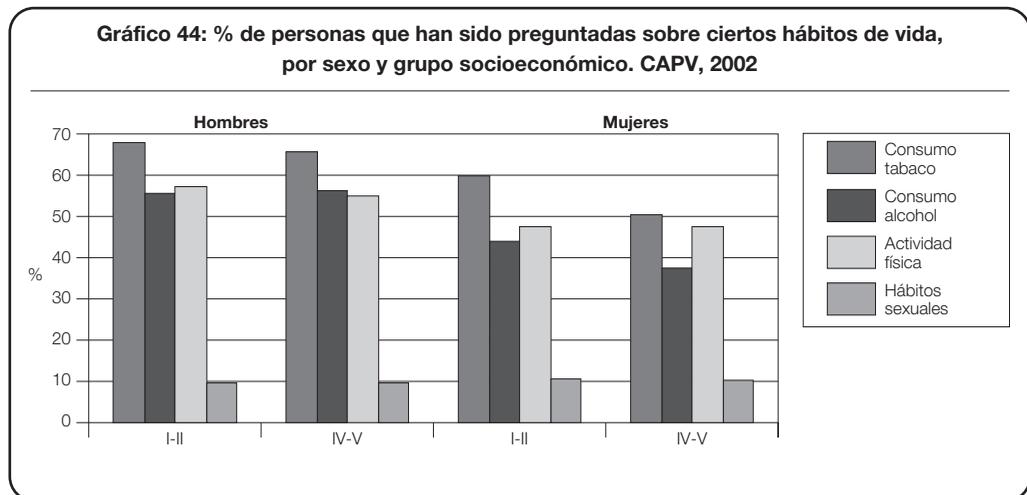
de la diabetes. En las mujeres, el riesgo de padecer obesidad fue 1,6 veces mayor si vivían en las áreas más desfavorecidas con respecto a las zonas más ricas. En el caso de los hombres, la probabilidad fue 1,8 veces superior. En relación al sedentarismo, el riesgo fue 1,2 veces mayor en las mujeres de áreas desfavorecidas y 1,7 veces superior en los hombres. No se hallaron, sin embargo, diferencias significativas en el consumo de tabaco en los hombres aunque sí entre las mujeres de áreas más desfavorecidas, quienes tuvieron menos riesgo de ser fumadoras.

2.1.8. El consejo médico preventivo

Con el objetivo de conocer la frecuencia con la que el personal sanitario da consejos preventivos durante las consultas, la ESCAV 2002 plantea una serie de cuestiones para saber en qué medida se pregunta a las personas acerca de su consumo de tabaco, su consumo de alcohol, su actividad física, sus hábitos sexuales o su peso corporal. Asimismo, se recoge el porcentaje de personas que recibe consejo para el abandono de dichos hábitos.

- Resultados

En la CAPV, no existen diferencias apreciables en la proporción de hombres que son preguntados acerca de diferentes hábitos de vida. En las mujeres, por el contrario, las pertenecientes a las clases más desfavorecidas son preguntadas con menor frecuencia en todos los casos (consumo de tabaco y de alcohol, práctica de actividad física y hábitos sexuales), si bien las desigualdades más importantes se dan en el consumo de tabaco y de alcohol, con unas diferencias entre grupos de 18% y 13% respectivamente²⁶.



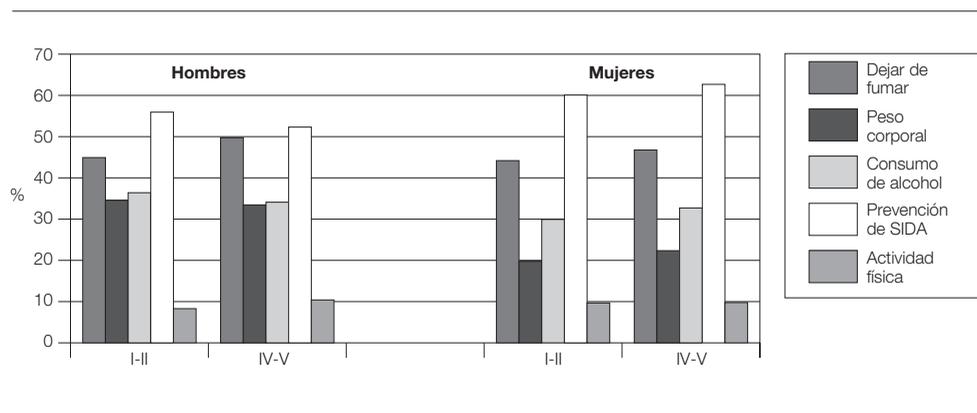
Fuente: Departamento de Sanidad, 2004

Una vez los/as pacientes han sido preguntados/as acerca de los hábitos de vida relacionados con la salud, el personal sanitario aconseja acerca de la adopción de conductas más saludables. En este sentido, las diferencias en función del grupo socioeconómico de los/as pacientes son poco claras pero apuntan a que el patrón que se establece es inverso al anterior ya que, en todos los tipos de consejo dados, las personas de clases sociales más bajas reciben consejo médico en mayor medida que las más ricas. Probablemente, un

²⁶ Estos datos han sido tomados directamente de la publicación de la Encuesta de Salud (Departamento de Sanidad, 2004) por lo que no ha sido calculada la significación estadística.

mayor conocimiento de los grupos socioeconómicos más altos sobre las pautas a seguir para modificar tales hábitos explique que el personal sanitario considere menos necesario que reciban algún consejo médico.

Gráfico 45: % de personas que han recibido consejo médico*, por sexo y grupo socioeconómico. CAPV, 2002



* Los denominadores de esas proporciones son: en el caso de dejar de fumar, la población fumadora habitual; en el consumo de alcohol, la población bebedora habitual; en la actividad física, la población sedentaria; y en el peso corporal, la población obesa.

Fuente: Departamento de Sanidad, 2004

2.2. DESIGUALDADES SOCIALES EN LA MORTALIDAD Y LAS ESPERANZAS DE SALUD EN LA CAPV

2.2.1. Desigualdades sociales en la mortalidad

Ninguna persona puede escapar a la muerte pero existen importantes desigualdades respecto a cuándo y de qué morimos, según nuestra clase social, nuestro nivel de estudios, el lugar de nacimiento y demás condiciones socioeconómicas.

La mortalidad es una de las principales herramientas para la monitorización del estado de salud de una población y uno de los indicadores más adecuados para su comparación entre países debido, principalmente, a la calidad y la exhaustividad de los registros en los que se recoge, y a su acceso relativamente sencillo. Su uso para el estudio de las desigualdades sociales en salud ha sido recurrente desde la década de los 80, cuando el informe Black describió la existencia de importantes desigualdades sociales en la mortalidad, que posteriormente también han sido descritas en muchos otros países europeos (Mackenbach, 2006).

En el caso del Estado español, el estudio de las desigualdades sociales en la mortalidad cuenta también con una importante tradición, cuyo origen se remonta a la década de los 70-80 (FOESSA, 1975; Hinojal, 1977; Domingo, 1980; Latour y col, 1987; Alonso y Antó, 1988). Sin embargo, los estudios sobre desigualdades sociales en la mortalidad en España han tenido que hacer frente a una serie de dificultades en su desarrollo, debido al bajo nivel de cumplimentación de la ocupación en el Boletín Estadístico de Defunción, así como a las restricciones legislativas existentes (Regidor y col, 1994; Borrell y Pasarín, 1999). Ante tales dificultades, se han desarrollado varias estrategias de análisis:

1. *Los estudios ecológicos*: estos estudios comparan la mortalidad de diferentes distritos, barrios u otras entidades poblacionales de condiciones socioeconómicas diferentes. Así, se analiza el efecto que tienen sobre la salud características contextuales como el medio ambiente, aspectos socioculturales

u otros relacionados con la provisión de servicios. Además, en casos como el español, donde no ha sido posible el uso de variables individuales, los estudios ecológicos ofrecen una aproximación al efecto que diversas variables individuales como el nivel de estudios o el nivel socioeconómico tienen sobre la mortalidad.

En el Estado español, los estudios que han utilizado una perspectiva ecológica han sido diversos tanto a nivel estatal (Rodríguez-Sanz y col, 2003; Regidor y col, 2003; 2005) como en Cataluña (Borrell y col, 1997; Pasarín y col, 1999; Domínguez-Berjón y col, 2005), Madrid (Etxenike, 1994), Granada (Ruiz y March, 1998), Sevilla (Ruiz-Ramos y col, 2004) o la Comunidad Valenciana (Nolasco y col, 2004).

En el caso de la CAPV, en 2006 se publicó un trabajo que, utilizando esta perspectiva ecológica, analizó las desigualdades sociales en la mortalidad en el periodo 1996-1999 (Esnaola y col, 2006). En base a un índice de privación socioeconómica²⁷, se dividió el total de secciones censales en cinco grupos de similar tamaño, de menor a mayor privación socioeconómica. Una vez clasificadas las secciones, se compararon las tasas de mortalidad, las esperanzas de vida y las causas de muerte de los cinco grupos, tal y como se verá posteriormente.

2. *El enlace de los registros de mortalidad con registros poblacionales*: este tipo de estudios permite utilizar algunos indicadores socioeconómicos recogidos en el padrón municipal o en el censo para valorar las desigualdades sociales en la mortalidad. Han sido llevados a cabo en Barcelona y Madrid (Borrell y col, 1999b; Regidor y col, 2001) mostrando, por ejemplo, que en el periodo 1993-94 la tasa de mortalidad de las personas mayores de 25 en Barcelona era menor en aquéllas con mayor nivel educativo. La esperanza de vida a los 25 años²⁸ también se relacionó con el nivel de estudios, siendo las diferencias entre los niveles educativos de 6 y 3,2 años en hombres y mujeres en Madrid, y de 5,2 y 2 en Barcelona, respectivamente.

En el caso de la CAPV, en 2005 se publicaron los resultados de un estudio que analizó la asociación entre la mortalidad y las características socioeconómicas de las personas, a partir del enlace de registros de población con el registro de población, en el periodo 1996-2001 (Departamento de Sanidad, 2005).

- Resultados en la CAPV

A continuación, se exponen los resultados de los dos estudios realizados sobre mortalidad en la CAPV recientemente mencionados, que analizan, con estrategias diferentes (ecológica e individual), las desigualdades en las tasas de mortalidad, la mortalidad por causas y la mortalidad atribuible en la población de la CAPV.

Ambos estudios muestran un claro gradiente social en la mortalidad. Tal y como se recoge en la siguiente tabla, las tasas de mortalidad decrecen a medida que aumenta el nivel socioeconómico de la zona de residencia, de manera que la mortalidad de las secciones del grupo V (más pobre) es un 26% más alta en hombres y un 11% en mujeres respecto a la del grupo I (más rica). Si tenemos en cuenta la edad, las desigualdades son más evidentes en los hombres a partir de los 15 años, mientras que en las mujeres, lo son a partir de los 30 (Esnaola y col, 2006).

²⁷ Este índice combina información de cuatro indicadores socioeconómicos (proporción de personas activas en situación de desempleo, proporción de trabajadores/as manuales no cualificados/as, proporción de personas con estudios primarios o inferiores y proporción de viviendas de baja confortabilidad (índice desarrollado por Eustat-Instituto Vasco de Estadística), a partir de un análisis de componentes principales.

²⁸ Las esperanzas de vida pueden calcularse para cualquier edad. En el caso de la esperanza de vida a los 25 años en el periodo 1993-1994, ésta expresaría el número de años que una persona de esa edad esperaría vivir si experimentara la misma mortalidad ocurrida en todas las edades en la población general de 1993-1994.

Tabla 2: Tasas* de mortalidad estandarizadas por edad y riesgos relativos (RR), según las condiciones socioeconómicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1999

	Hombres			Mujeres		
	Tasa estandarizada	**RR	***IC (95%)	Tasa estandarizada	**RR	***IC (95%)
1 (más rico)	816,6	1		434,8	1	
2	877,2	1,07	(1,04-1,11)	451,0	1,05	(1,01-1,08)
3	873,0	1,07	(1,04-1,11)	451,7	1,05	(1,01-1,08)
4	921,6	1,13	(1,09-1,16)	465,8	1,07	(1,04-1,11)
5 (más pobre)	1020,7	1,26	(1,22-1,30)	486,0	1,11	(1,07-1,15)

*Tasa estandarizada por 100.000 habitantes, ajustada por edad según la población europea estándar ³⁰.

**RR. Riesgo relativo o razón de tasas de mortalidad ajustada por edad ³¹

***IC intervalo de confianza.

Fuente: Esnaola y col, 2006

Las tasas de mortalidad también siguen un claro gradiente socioeconómico según las características individuales de las personas (Tabla 3). En el caso de los hombres de 20 a 64 años, el patrón es claro en todas las variables, de forma que la mortalidad es un 88% mayor en aquéllos que no tienen estudios respecto a los universitarios, un 68% mayor en los trabajadores manuales no cualificados respecto a los directivos y titulados superiores, un 117% mayor en los que habitan en viviendas de bajo confort respecto a las de confort alto, y algo más del doble en los parados e inactivos respecto a los ocupados. Asimismo, entre las mujeres, las tasas de mortalidad también aumentan a medida que desciende el nivel de estudios, el confort de la vivienda y empeora la situación laboral. Así, la mortalidad es un 29% mayor en las que no tienen estudios respecto a las universitarias, un 53% mayor en las mujeres que habitan en viviendas de confort bajo respecto a las de confort alto y un 45% en las mujeres desempleadas respecto a las ocupadas.

Entre los/as mayores de 64 años, las desigualdades son similares en ambos sexos y reproducen el patrón descrito para las personas de 20 a 64, aunque de una forma menos acusada (Departamento de Sanidad, 2005).

Estos estudios también estimaron la mortalidad atribuible a las desigualdades, es decir, el número de defunciones que se evitaría durante todo el periodo estudiado si todos los grupos tuvieran la misma mortalidad que el grupo más favorecido.

En este sentido, si todas las personas en la CAPV hubieran tenido la mortalidad de las personas que viven en las secciones censales de mayor nivel socioeconómico, se hubieran evitado 5.221 muertes durante el periodo estudiado (1996-1999), es decir, el 9,4% del total de muertes observadas en el periodo (Esnaola y col, 2006).

Por su parte, si en lugar de considerar las características del área de residencia, se realiza el análisis a partir de las variables individuales comentadas (nivel de estudios, grupo socioeconómico, confort de la vivienda y situación laboral), la mortalidad atribuible a las desigualdades es mayor. Si todas las personas hubieran sufrido la misma mortalidad que aquéllas con estudios universitarios, en la CAPV se hubieran evitado un total de 12.709 muertes, es decir, el 15,8% de las ocurridas. En el caso de las mujeres, si todas hubieran sufrido la misma mortalidad que las universitarias, se hubieran evitado el 14,3% de las muertes, el 4,2% si todas hubieran tenido la tasa de mortalidad de las directivas y técnicas superiores y

²⁹ Ambos estudios se pueden consultar en la dirección <http://www.osanet.euskadi.net/r85-13732/es/> (consultado el 18 de febrero de 2007).

³⁰ Una explicación detallada acerca de la estandarización y ajuste de tasas se muestra en el Anexo metodológico.

³¹ El riesgo relativo (RR) es una medida de asociación que expresa cuánto más frecuente es un evento en un grupo que en otro.

el 10,2% si todas ellas hubieran tenido la mortalidad de las que viven en viviendas de confort alto. En el caso de los hombres, las desigualdades son aún mayores, ya que las muertes evitadas alcanzarían un 17% según el nivel de estudios, un 12,7% según el grupo socioeconómico y un 15,8% según el confort de la vivienda (Departamento de Sanidad, 2005).

Tabla 3: Tasas* de mortalidad estandarizadas por edad, según nivel de estudios, grupo socioeconómico, situación laboral y nivel de confort de la vivienda. CAPV, 1996-2001

	Hombres		Mujeres	
	20-64	65 y más	20-64	65 y más
Nivel de estudios				
Superior	247	4.644	128	2.437
Secundaria, profesional	336	4.977	138	2.641
Primaria	371	5.229	133	2.859
Sin estudios	515	5.489	230	3.012
Grupo socioeconómico				
Directivos/as, titulados/as superiores	242	4.679	129	2.623
Técnicos medios	259	5.228	130	2.643
Empleados/as administrativos/as	310	5.017	127	2.671
Trabajadores/as manuales cualificados/as	311	5.427	141	2.912
Trabajadores/as manuales no cualificados/as	404	5.391	109	2.927
Situación laboral				
Ocupados/as	263		115	
Parados/as	501		144	
Inactivos/as	817		143	
Confort de la vivienda				
Alto	257	4.768	120	2.660
Medio	361	5.391	139	2.963
Bajo	553	6.170	183	3.500

* Tasa anual por 100.000, ajustada por edad según la población de la CAPV de 1996

Fuente: Elaborado a partir de varias tablas de Departamento de Sanidad, 2005

Tabla 4: Mortalidad atribuible a las desigualdades socioeconómicas. Población de 20 y más. CAPV, 1996-2001

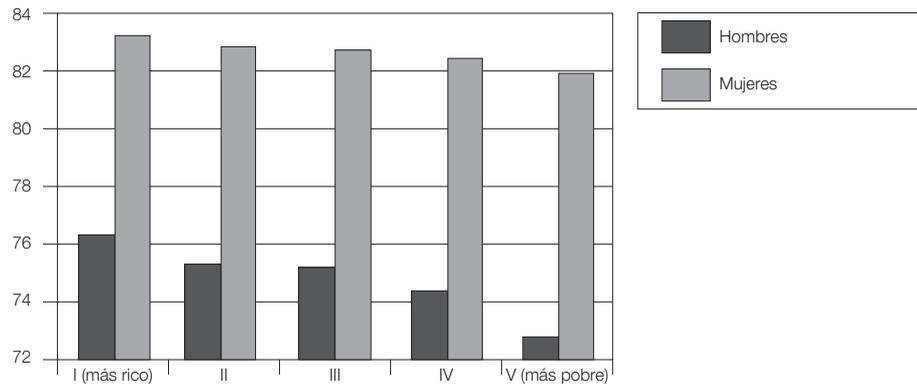
	Hombres			Mujeres		
	Defunciones observadas	Mortalidad atribuible		Defunciones observadas	Mortalidad atribuible	
		N	%		N	%
Nivel de estudios	43.236	7.369	17,0	37.250	5.340	14,3
Grupo socioeconómico	40.251	5.111	12,7	9.451	396	4,2
Confort de la vivienda	43.672	6.911	15,8	37.996	3.856	10,1
Desempleo*	7.073	942	13,3	1.323	121	9,1

*Población de 20 a 64 años

Fuente: Departamento de Sanidad, 2005

Como consecuencia de un riesgo de morir diferente según las diversas variables socioeconómicas, la esperanza de vida sigue un claro gradiente social, en el sentido de que el número de años que una persona espera vivir al nacer es menor a medida que empeora el nivel socioeconómico de la zona de residencia (Gráfico 46). Concretamente, nacer en uno de los barrios de menor nivel socioeconómico supone tener una esperanza de vida 3,5 años menor para los hombres y 1,3 para las mujeres.

Gráfico 46: Esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres, según las condiciones socioeconómicas del lugar de residencia. CAPV, 1996-1999



Fuente: Esnaola y col, 2006

Para finalizar, y en relación a las diferentes causas de muerte, los datos muestran que las mayores desigualdades en las tasas de mortalidad entre secciones censales en los hombres de 0 a 64 años se observan en la sobredosis por droga, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el sida y la cirrosis hepática. Para las mujeres de esa misma edad, las desigualdades mayores se concentran en la cirrosis hepática, el sida y la enfermedad cerebrovascular. En el caso del cáncer de mama y de pulmón en las mujeres, las tasas de mortalidad son, en cambio, mayores en las zonas más ricas debido, probablemente, a factores reproductivos en el primer caso (Kelsy y Horn-Ross, 1993) y a la distribución del consumo del tabaco en el segundo.

En cuanto a la población mayor de 65 años, las mayores desigualdades se observan en la EPOC, la cirrosis hepática y el cáncer de pulmón en los hombres, y en la diabetes, el cáncer de estómago, la cirrosis hepática y la EPOC en las mujeres.

También se observan desigualdades en las causas de muerte según las variables individuales consideradas (nivel de estudios, grupo socioeconómico, confort de la vivienda y situación laboral). De manera general, a medida que empeoran tales indicadores, aumenta la mortalidad por sida, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, EPOC, cirrosis, sobredosis, diabetes (salvo en hombres de 20 a 64 años) y suicidio (salvo en mujeres mayores de 64 años).

En varias causas de muerte, el patrón e intensidad de las desigualdades varía según la edad y el sexo de las personas. En el caso del cáncer de pulmón, por ejemplo, mientras que los hombres se ajustan al patrón socioeconómico general señalado, las mujeres de 20 a 64 siguen un patrón inverso, siendo la mortalidad un 65% menor entre aquéllas sin estudios que en las tituladas superiores, lo que es coherente con el patrón de consumo de tabaco según sexo descrito en el apartado 2.1.7.4. Asimismo, en las mujeres de 20 a 64 años, la mortalidad por cáncer de mama es menor en las de nivel socioeconómico bajo, mientras que en las mayores de tal edad el patrón es el inverso.

2.2.2. Desigualdades en las esperanzas de salud

En la CAPV, al igual que en la mayoría de los países occidentales, la evolución demográfica en las últimas décadas se ha caracterizado, entre otros aspectos, por un aumento de la esperanza de vida y de la longevidad (Arregi y col, 2006). Estos procesos demográficos han ido unidos a un cambio en el patrón de las enfermedades, según el cual cada vez son más prevalentes las enfermedades crónicas que, sin ser

mortales, afectan gravemente la salud y la calidad de vida de las personas. En este contexto, las medidas basadas exclusivamente en la mortalidad dejan de ser un buen resumen de la salud de una población, ya que no son capaces de incorporar la visión de la calidad de vida relacionada con la salud.

En los últimos años, este hecho ha suscitado un creciente interés por las medidas que intentan integrar en un único indicador la perspectiva de la mortalidad y la salud. Dentro de estas denominadas “medidas resumen de la salud de la población” (MRSP) (Murray y col, 2002), se engloban las esperanzas en salud (Robine y col, 2002) que, siguiendo la lógica de las esperanzas de vida, intentan estimar los años que una persona espera vivir en un estado de salud determinado.

Son varios los usos y las potencialidades de las MRSP en general, como de las esperanzas en salud en particular. En el caso del estudio de las desigualdades sociales en salud, estas medidas han resultado ser una buena herramienta (Gadikou y col, 2000) ya que ofrecen una visión global de las desigualdades y establecen un gradiente social mayor que al utilizar las esperanzas de vida (Wilkins y col, 1983; Bronnum-Hansen y col, 2004).

Varios estudios han descrito la existencia de desigualdades sociales en las esperanzas en salud en el ámbito internacional, señalando que la población de menor nivel de estudios, clase social y menores recursos, no sólo vive vidas más cortas sino que pasa una mayor proporción de su vida en mala salud (Bossuyt y col, 2004; Bajekal, 2005; Mackenbach, 2006).

En el caso del Estado español, desde principios de la década de los 90 se han calculado esperanzas de salud (Regidor y col, 1994) y se han descrito desigualdades geográficas en la distribución de la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD), a partir de un gradiente norte-sur y este-oeste que establecía 12 años de diferencia en la EVLD al nacer entre las provincias más desiguales (Gutiérrez-Fisac y col, 2000). A finales de la década de los noventa, también se describieron desigualdades en la esperanza de vida en buena salud según el nivel de estudios en Madrid y Barcelona. Las diferencias entre los niveles de estudios más desiguales en la esperanza de salud (EVBS) a los 25 años³² fueron de 7,5 y 5,6 años en hombres y mujeres para el caso de Madrid, y de 9,5 y 13,4 años respectivamente en Barcelona (Martínez-Sánchez y col, 2001).

En el caso de la CAPV, se han analizado las desigualdades según las características socioeconómicas del área de residencia³³ de dos tipos de esperanzas en salud: la esperanza en buena salud (EVBS) en el periodo 1996-1997 (Ruiz y col, 2005) y la esperanza de vida ajustada por calidad (EVAC) en el periodo 1999-2003 (Esnaola y col, 2007). En el caso de la EVBS, las desigualdades al nacer, entre los grupos de secciones más desiguales, fue de 9,2 años en el caso de los hombres y de 6,8 en las mujeres. Respecto a la EVAC, para el periodo 1999-2003, las desigualdades a los 15 años, entre las secciones más ricas y más pobres, fue de 4,6 y 3,6 años en hombres y mujeres respectivamente.

En cualquier caso, la conclusión de ambos trabajos apunta al hecho de que a medida que el nivel socioeconómico de la sección censal desciende, las personas que residen en ellas viven menos tiempo y pasan, además, más años en mala salud. Es decir, el porcentaje de vida en mala salud de las personas residentes en secciones censales socioeconómicamente desfavorecidas es superior al de aquéllas que viven en áreas más favorecidas.

³² Las esperanzas de salud, al igual que las esperanzas de vida pueden calcularse a cualquier edad. En este caso, al tratarse de la esperanza de vida en buena salud a los 25 años en el periodo 1993-94, ésta expresaría el número de años que una persona de esa edad esperaría vivir en buena salud si experimentara la mortalidad y salud que tuvo la población general en el periodo 1993-94. Por tanto, una diferencia de 7 años en la esperanza de vida en buena salud entre personas universitarias y personas sin estudios significaría que una persona con estudios universitarios esperaría vivir en buena salud 7 años más que una sin estudios.

³³ Se dividieron las secciones censales en cinco categorías según un índice de privación que ha sido descrito en la nota 27 en referencia al estudio de Esnaola y col, 2006.

2.3. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD AL INICIO DE LA VIDA, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD EN LA CAPV: LA HERENCIA DE LAS DESIGUALDADES

“The most sustainable investment we can make in healthy populations is to take proper care of our children’s health”

(Kofi Annan, 1997)

El nivel de salud durante las primeras etapas de la vida guarda una estrecha relación con la salud durante la vida adulta. Por ello, algunos estudios señalan la niñez como una etapa crucial de la vida de la personas, ya que la exposición a factores de desventaja social durante este periodo está relacionada tanto con la salud como con el estatus socioeconómico a lo largo de la vida adulta (Dahlgren y Whitehead, 1991; Esping-Andersen, 2002; Regidor y col, 2004).

Durante el pasado siglo XX, en los países de nuestro entorno hemos asistido a un proceso continuado de mejoras relacionadas con la salud en la infancia. Entre los factores que pueden explicar dicha evolución se encuentran los elevados estándares de vida, los adelantos médicos y nutricionales y el acceso generalizado a los servicios de salud. Sin embargo, siguen existiendo desigualdades socioeconómicas en la salud de los/as niños/as pertenecientes a diferentes clases sociales como, por ejemplo, en relación al bajo peso al nacer, las complicaciones durante la última fase del embarazo o al crecimiento (Van De Mheen y col, 1998; Mielck y col, 2002; Cano-Serral y col, 2006; Jane y col, 2000; Regidor y col, 1994; Rodríguez y col, 1995). En el caso de la CAPV, varios estudios han analizado la relación entre las condiciones socioeconómicas del lugar de residencia de la madre y diferentes indicadores de la salud perinatal y la mortalidad infantil (Valls i Soler, 2004; Esnaola y Ramos, 2000).

Por otra parte, las desigualdades sociales en la salud de la población adolescente también han sido ampliamente documentadas (Koivusilta y col, 2006; West y Sweeting, 2004; Blane y col, 1994), lo que ha permitido relacionar el contexto socioeconómico de la población joven con diversos resultados en salud y ver, por tanto, el grado en el que las desigualdades se heredan entre generaciones.

Siguiendo esta misma línea, el siguiente capítulo analiza las desigualdades en la salud durante las primeras etapas de la vida y la juventud, centrándose específicamente en:

- La población de recién nacidos/as y primer año de vida, a partir de datos de mortalidad infantil y varios estudios publicados (Latorre y col, 2007; Esnaola y Ramos, 2000; Departamento de Sanidad, 2002).
- La población adolescente de 4 a 18 años, a partir de los resultados de la Encuesta de Nutrición 2005 (Departamento de Sanidad, 2006).
- Los/as hijos/as adolescentes y adultos/as de 16 a 34 años que conviven con sus progenitores/as, a partir de los datos de la ESCAV 2002.

2.3.1. Desigualdades en la salud perinatal y la mortalidad infantil

En el trabajo “Desigualdades Sociales en la Salud Perinatal en la CAPV” (Latorre y col, 2007) se analizaron las desigualdades sociales en la salud perinatal, a partir de los datos correspondientes a 70.381 partos en

hospitales públicos de Osakidetza-Servicio Vasco de Salud durante el periodo 1995-2001. Como indicadores socioeconómicos se utilizaron los índices de pobreza de cada comarca extraídos de la Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales de 2000 de Eustat (Instituto Vasco de Estadística). El estudio mostró la existencia de una relación directa entre esta tasa de pobreza de la comarca y las tasas de prematuridad y de bajo peso.

Tabla 5: Tasas de pobreza grave, porcentaje de prematuridad y de bajo peso al nacer en las diferentes comarcas. CAPV, 1995-2001

Comarca	Tasa de pobreza ³⁴	Prematuridad ³⁵ (%)	Peso (%)		
			<1.500 gr	1.500-2.499 gr	<2.500gr
Alto Deba	1,1	0,88	0,95	4,81	5,74
Vitoria-Gasteiz	1,7	2,58	0,73	4,72	5,46
Donostialdea/Margen Derecha*	3,9	2,74	0,70	4,64	5,34
Aiara	4,5	3,19	1,06	4,18	5,25
Bajo Deba	4,8	1,86	0,59	4,57	5,16
Bizkaia-Costa	4,9	3,12	0,83	4,28	5,11
Tolosa-Goierni	5,2	4,11	1,26	5,96	7,22
Duranguesado	5,3	3,51	0,96	4,54	5,49
Margen Izquierda	8,3	3,25	0,81	5,47	6,28
Bilbao	8,9	5,55	0,96	6,25	7,21
Total CAPV	5,5	3,35	0,82	5,10	5,92

*Donostialdea y Margen Derecha fueron unidas para el análisis por el autor, por presentar la misma tasa de pobreza

Fuente: Elaboración propia a partir de Latorre y col, 2007

La tabla anterior muestra que aquellas comarcas con mayor tasa de pobreza muestran una mayor prevalencia de nacimientos prematuros. En este sentido, la prematuridad en la comarca de Bilbao (con una tasa de pobreza de 8,9) es 6,3 veces superior a la del Alto Deba (con una tasa de pobreza de 1,1). Una tendencia similar se observa en los nacimientos de bajo peso (entre 1.500gr y 2.500gr), ya que la comarca con mayor tasa de pobreza, Bilbao, tiene casi un 30% más de nacimientos de este tipo que la comarca con menor tasa de pobreza, Alto Deba.

Tras ajustar por la edad de la madre³⁶, la tasa de pobreza se sigue relacionando positivamente tanto con la prematuridad como con el bajo peso natal (Latorre y col, 2007).

Además de estos indicadores de salud perinatal, el Plan de Salud 2002-2010 (Departamento de Sanidad, 2002) destaca también la existencia de desigualdades sociales en las puntuaciones del índice Apgar al minuto del nacimiento³⁷, que es discretamente mayor en las zonas de mayor nivel socioeconómico.

Por su parte, la mortalidad infantil también se relaciona con la tasa de pobreza de la comarca. En los años 2000-2004, las comarcas con mayor riesgo de morir en el primer año de vida, Bilbao y Ezkerraldea, son las que registraron en 2004 unas de las mayores tasas de pobreza y ausencia de bienestar de la CAPV

³⁴ La tasa de pobreza hace referencia a la relación de personas que viven en una situación de insuficiencia de recursos económicos para hacer frente, en el corto plazo, a la cobertura de las necesidades básicas, particularmente las relacionadas con los gastos de alimentación, vivienda, vestido y calzado, sobre el total de la población (Latorre y col, 2007, a partir de Encuesta de Pobreza y Desigualdades sociales, 2000).

³⁵ Número de nacimientos con menos de 37 semanas de gestación sobre el total de nacidos/as vivos/as en un año (expresado en %).

³⁶ Hay que tener en cuenta que las mujeres menores de 20 años tienen mayor probabilidad de tener un nacimiento prematuro o de bajo peso, y que la presencia o proporción de éstas puede no ser homogénea en todas las comarcas, lo que hace necesario ajustar por la edad de la madre para eliminar su posible efecto confusor en la relación entre la prematuridad y la tasa de pobreza de la comarca.

³⁷ Sistema de evaluación de la condición física del/ de la recién nacido/a, uno y cinco minutos después del nacimiento. Con un valor máximo de 10, mide su frecuencia cardíaca, su respiración, su tono muscular, su respuesta a los estímulos y su color.

(Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social, 2005). En la siguiente tabla, puede verse que en la Comarca Bilbao el riesgo relativo (RR)³⁸ de morir sin haber cumplido el año de vida es de 1,29 (un 29% superior) con respecto al conjunto de la CAPV. En el caso de Ezkerraldea, donde la desigualdad es aún más evidente, el riesgo relativo de morir antes del año de vida es de 1,41 (un 41% superior) en relación al promedio de la CAPV.

Tabla 6: Tasas* de mortalidad infantil, por comarcas sanitarias. CAPV, 2000-2004

				RR (referencia CAPV)	
	Casos	Tasa*	IC 95%	RR	IC 95%
Uribe	13	1,35	(0,62 – 2,08)	0,39	(0,22 - 0,68)
Interior	32	2,46	(1,61 – 3,31)	0,71	(0,50 - 1,02)
Araba	34	2,95	(1,97 – 3,96)	0,86	(0,60 - 1,22)
Gipuzkoa Este	71	3,64	(2,80 – 4,49)	1,06	(0,82 - 1,37)
Gipuzkoa Oeste	50	3,90	(2,82 – 4,97)	1,13	(0,84 - 1,52)
Bilbao	62	4,45	(3,35 – 5,55)	1,29	(0,98 - 1,69)
Ezkerraldea	53	4,85	(3,55 – 6,15)	1,41	(1,05 - 1,88)
Total CAPV	315	3,45	(3,07 - 3,83)	1,00	--

*Número de muertes por cada 1.000 nacimientos

Fuente: Elaboración propia a partir de Informes de Mortalidad 2000-2004. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco (Departamento Sanidad, 2004b)

2.3.2. El estado de salud de la población de 4 a 18 años

El siguiente capítulo muestra las conclusiones extraídas por el informe “*Encuesta de Nutrición 2005: Hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años*” (Departamento de Sanidad, 2006)³⁹, que permite analizar las desigualdades sociales en la salud de la población vasca adolescente, de forma similar a lo realizado para la población general, a partir de la ESCAV’02.

El nivel socioeconómico se ha asignado a cada persona a partir de la ocupación de la cabeza de familia, lo que en la mayor parte de las ocasiones corresponde al padre o a la madre. Se clasifica, así, a la población infantil y joven en “nivel alto” (lo que en la ESCAV corresponde a los grupos socioeconómicos I y II), “nivel medio” (grupo III) y “nivel bajo” (grupos IV y V).

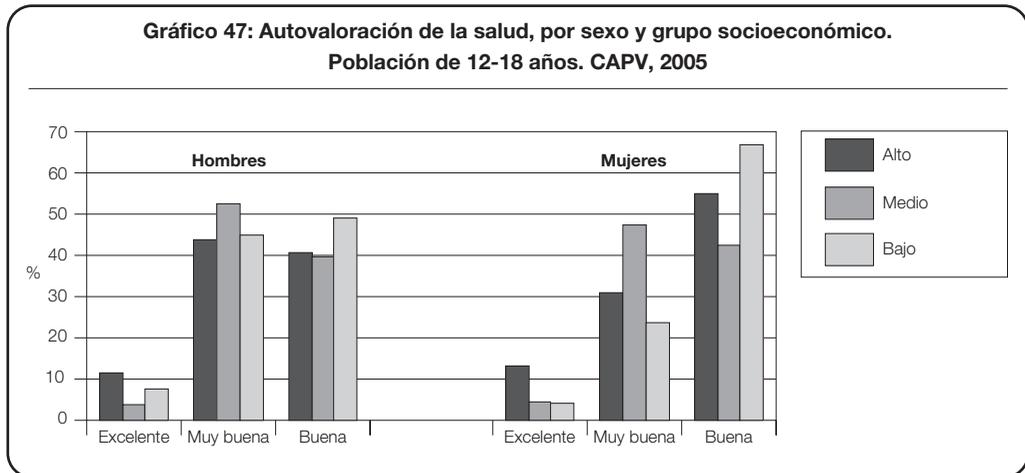
Los resultados que se muestran indican que las desigualdades sociales en salud se heredan ya que, de la misma manera que se veía para la población adulta, la población de 4 a 18 años perteneciente a hogares de nivel socioeconómico más bajo muestran peores resultados en los indicadores de salud analizados.

- Resultados

Para comenzar, los siguientes gráficos muestran la distribución por grupos socioeconómicos de la autovaloración de la salud, categorizada como “excelente”, “muy buena” y “buena”. Tal y como puede apreciarse, los/as jóvenes del grupo socioeconómico más favorecido afirman que su salud es excelente en mayor medida que los/as de nivel más bajo, tanto en hombres como en mujeres. Paralelamente, las personas pertenecientes a las clases más bajas valoran su salud como buena (la categoría más baja en este caso) más frecuentemente que las clases más altas.

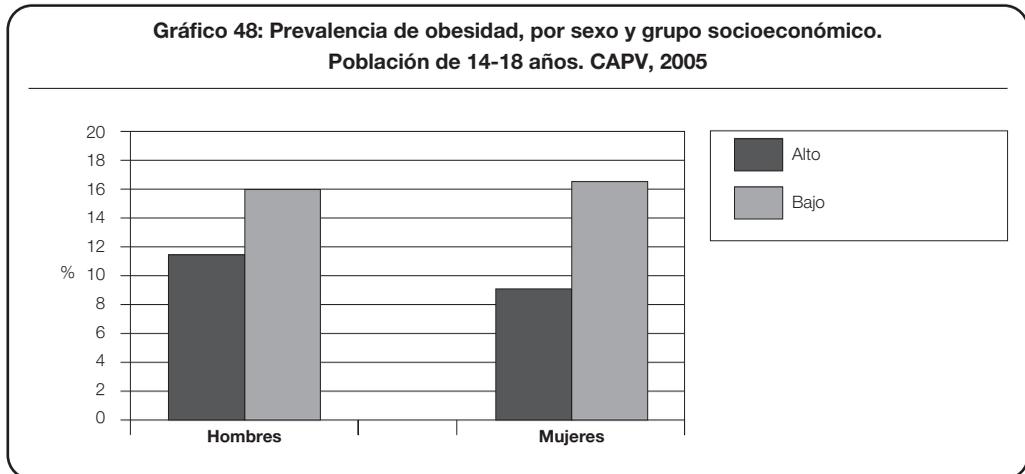
³⁸ El Riesgo Relativo es una medida de asociación que expresa cuánto más frecuente es un evento (en este caso la mortalidad infantil) en un grupo (Bilbao) que en otro (CAPV).

³⁹ La Encuesta de Nutrición 2005 fue realizada por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Se entrevistó a una muestra de 1.063 niños y niñas de 4 a 18 años utilizando la muestra de la ESCAV’02. El trabajo de campo se llevó a cabo de marzo de 2004 a febrero de 2005. Más detalles de la metodología así como los primeros resultados pueden consultarse en Departamento de Sanidad, 2006.

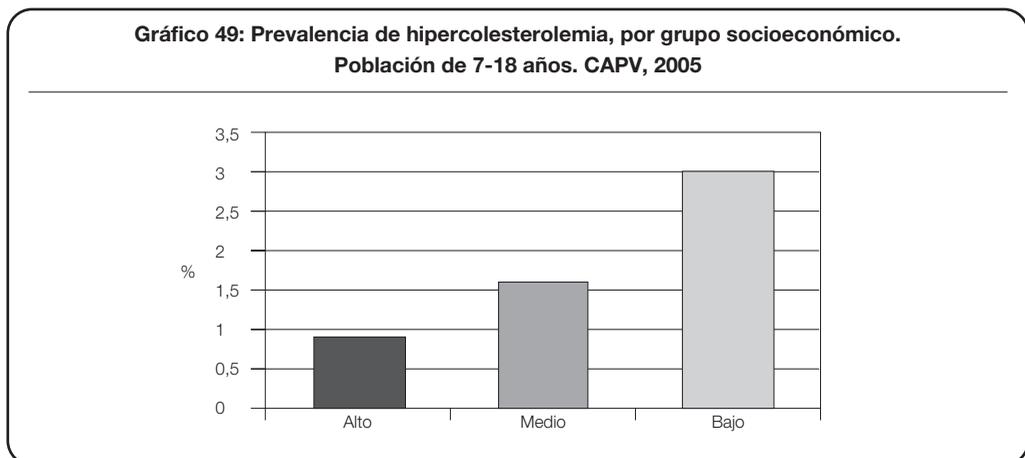


Fuente: Encuesta de Nutrición 2005 (Departamento de Sanidad, 2006)

Por su parte, la obesidad y la hipercolesterolemia (mayor de 200mg/dl) son también más frecuentes en los grupos socioeconómicos más bajos, tanto en hombres como en mujeres.



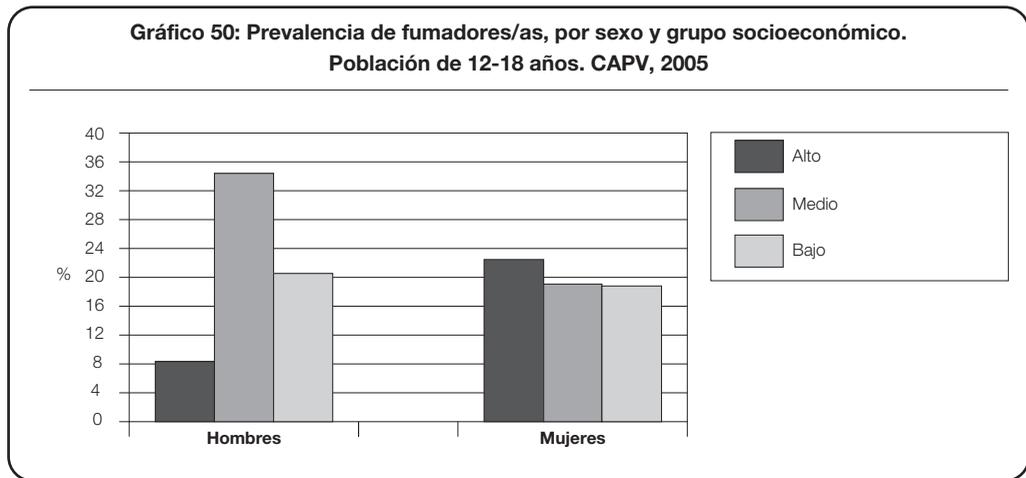
Fuente: Encuesta de Nutrición 2005 (Departamento de Sanidad, 2006)



Fuente: Encuesta de Nutrición 2005 (Departamento de Sanidad, 2006)

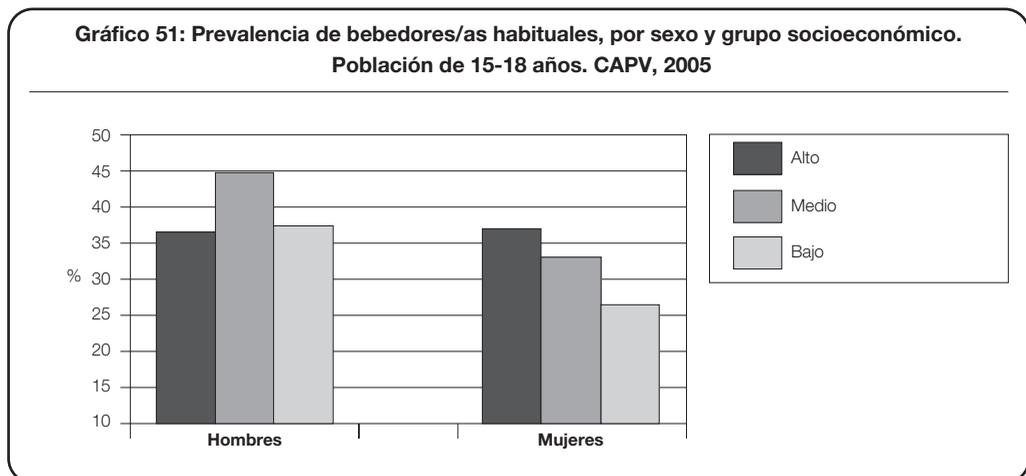
En cuanto a determinados hábitos de vida relacionados con la salud, como el consumo de alcohol, de tabaco y la realización de ejercicio físico, hay que destacar que, de la misma manera que ocurre en la población adulta, la influencia del contexto socioeconómico también es relevante en los/as jóvenes.

Para empezar con el consumo de tabaco, el siguiente gráfico nos muestra que los chicos de 12 a 18 años de nivel socioeconómico bajo y medio fuman más que los de nivel alto, a diferencia de las chicas que son más fumadoras si pertenecen al grupo socioeconómico más elevado. Un patrón similar se observa para la población adulta, tal y como se ha analizado en el apartado 2.1.7.4.



Fuente: Encuesta de Nutrición 2005 (Departamento de Sanidad, 2006)

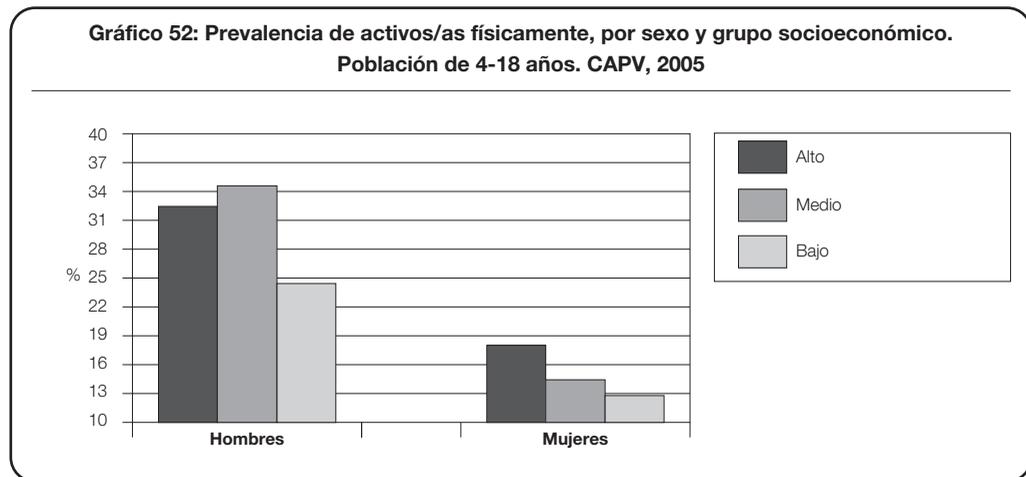
En segundo lugar, y en referencia al consumo de alcohol, no parece existir un gradiente socioeconómico entre los bebedores de 15 a 18 años. En el caso de las mujeres, en cambio, la mayor proporción de bebedoras habituales se encuentra en el grupo socioeconómico más elevado, siendo tal diferencia de un 37% entre los grupos alto y bajo.



Fuente: Encuesta de Nutrición 2005 (Departamento de Sanidad, 2006)

Para finalizar con el apartado de los hábitos de vida relacionados con la salud, el siguiente gráfico muestra la relación entre el nivel socioeconómico y la práctica de ejercicio físico en el tiempo libre. Tal y como ocurre en la población adulta, los grupos socioeconómicos altos, tanto en hombres como en mujeres,

realizan en mayor medida ejercicio físico, siendo el gradiente más claro en las mujeres. En estas últimas, la diferencia entre los grupos alto y bajo asciende a un 38%.



Fuente: Encuesta de Nutrición 2005 (Departamento de Sanidad, 2006)

Otras cuestiones relacionadas con la dieta, como la importancia del consumo de pescado o de sal yodada, también son más frecuentes entre los/as jóvenes de las clases sociales más elevadas (Departamento de Sanidad Gobierno Vasco, 2006).

2.3.3. El estado de salud de los/as hijos/as adolescentes y adultos/as de 16 a 34 años

Volviendo a los datos que nos ofrece la ESCAV'02, en este apartado se examina la autovaloración de la salud de los/as hijos/as de entre 16 y 34 años que viven en el hogar con sus progenitores/as. Para describir las desigualdades, se han utilizado las características socioeconómicas de sus padres/madres o de las personas de referencia en el hogar:

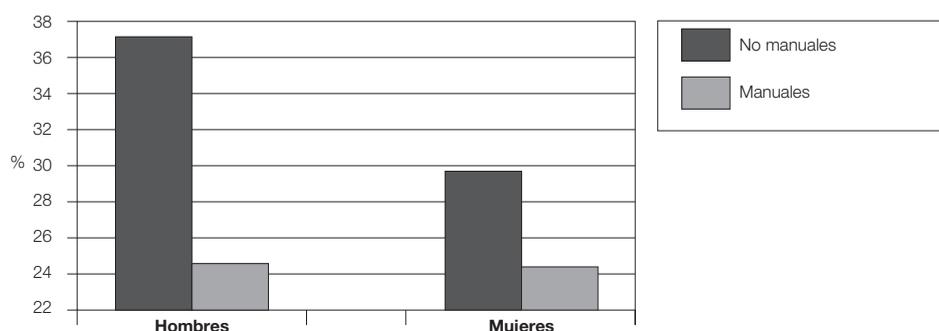
- Nivel socioeconómico: los cinco grupos socioeconómicos utilizados hasta ahora se han categorizado en “trabajadores/as manuales” (que agrupa a los grupos IV y V) y “trabajadores/as no manuales” (grupos I, II y III).
- Nivel educativo: a partir de los estudios declarados del padre y de la madre, se han creado dos categorías: “padre y madre hasta estudios primarios” y “padre y madre con estudios secundarios o más”. Esta variable sólo ha sido asignada a aquéllas personas que cuentan con ambos progenitores.
- Lugar de nacimiento: a partir del lugar de nacimiento de ambos progenitores, se han creado dos categorías: “padre y madre nacidos/as en la CAPV” y “padre y madre nacidos/as fuera de la CAPV”.

Con este tercer apartado, se pretende completar la visión acerca de la herencia de las desigualdades sociales en salud en la CAPV, a partir del análisis de la relación entre el contexto social del hogar de pertenencia y la autovaloración de la salud de los/as hijos/as de entre 16 y 34 años. En términos generales, se podría afirmar que, si bien con una menor intensidad, los modelos de desigualdad por nivel socioeconómico, nivel de estudios y lugar de nacimiento observados en la población adulta se transfieren a los/as hijos/as.

- Resultados

En la CAPV, la mayor parte de la población juvenil afirma tener una salud buena, como cabe esperar a tales edades. Sin embargo, los/as jóvenes pertenecientes a hogares de clases no manuales (más ricos) perciben su salud como muy buena en mayor medida que aquéllos/as que viven en hogares de clases manuales (más pobres). Estas diferencias, que se dan tanto en hombres como en mujeres, son mayores en los primeros, en los que pertenecer a un hogar no manual (más rico) supone un 51% más de prevalencia de muy buena salud que los hogares manuales (más pobres). Las diferencias son estadísticamente significativas únicamente en el caso de los hombres.

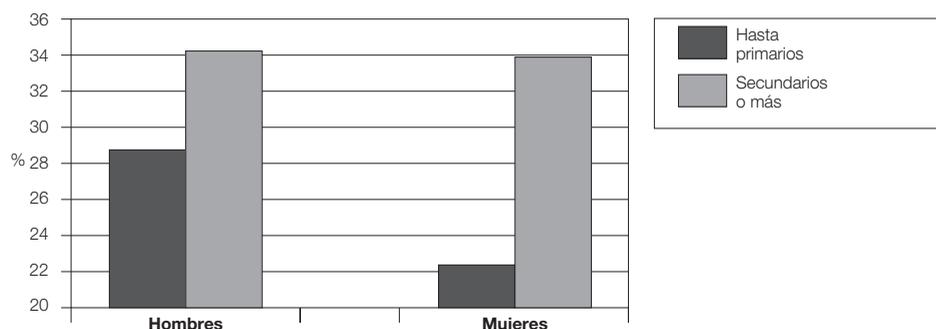
Gráfico 53: Prevalencia de muy buena salud percibida, por sexo y nivel socioeconómico del hogar. Hijos/as 15-34 años. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

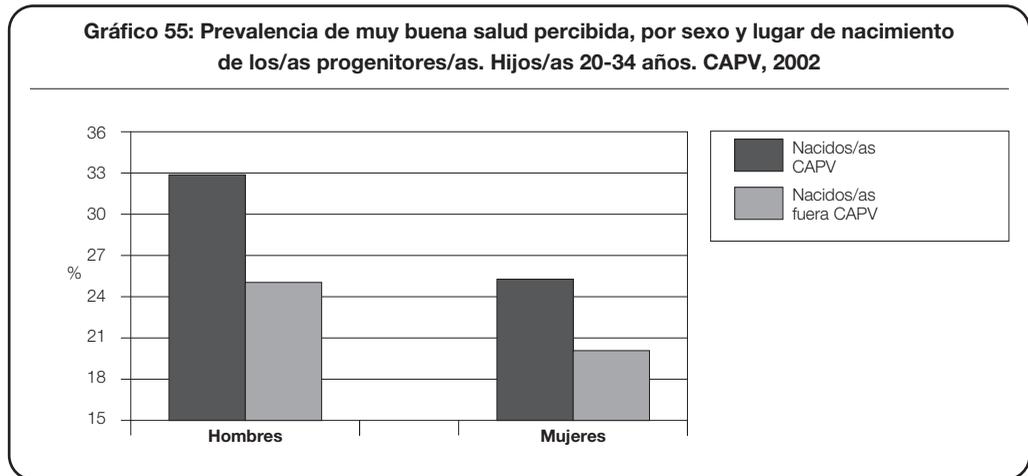
En relación al nivel educativo de los/as progenitores/as, en el siguiente gráfico podemos ver que, tal y como ocurre con el nivel socioeconómico, los/as jóvenes cuyos/as progenitores/as poseen estudios secundarios o superiores afirman tener muy buena salud más frecuentemente que los/as hijos de padres/madres sin estudios primarios. Los modelos de regresión logística confirman la tendencia que, sin embargo, no es estadísticamente significativa.

Gráfico 54: Prevalencia de muy buena salud percibida, por sexo y nivel de estudios de los/as progenitores/as. Hijos/as 15-34 años. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En relación al lugar de nacimiento de los/as progenitores/as, la tendencia es la misma que la descrita para el nivel socioeconómico y el nivel de estudios: la proporción de jóvenes que valoran su salud como muy buena es superior en los hogares donde ambos/as progenitores/as han nacido en la CAPV que en aquellos otros en los que han nacido en el resto del Estado, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

2.4 SÍNTESIS DE RESULTADOS CAPÍTULO II

A pesar de contar con un sistema de salud universal y un alto nivel de desarrollo socioeconómico, en la CAPV existen importantes desigualdades sociales en la salud, que hacen que la posición socioeconómica determine tener una peor salud, enfermar más y morir antes. Estas desigualdades no son una cuestión de ricos y pobres sino que afectan al conjunto de la sociedad, de manera que a medida que empeora la posición socioeconómica, aumenta el riesgo de tener mala salud, enfermar más y vivir menos.

La clase social y el nivel de estudios constituyen a comienzos del siglo XXI, dos claros determinantes del estado de salud de las personas en la CAPV.

Pertener a las clases sociales más pobres así como poseer un nivel de estudios más bajo supone tener una peor salud percibida, una peor calidad de vida relacionada con la salud, más problemas crónicos, así como una mayor incapacidad permanente por problemas de salud. La magnitud de esta desigualdad se traduce, por ejemplo, en que la frecuencia de una mala salud percibida aumenta a medida que desciende la clase social. Así, en los hombres de la clase social más pobre la mala salud percibida es un 76% mayor que en los de la más rica. En las mujeres, esta desigualdad alcanza el 49%.

Las desigualdades sociales en salud se heredan de padres/madres a hijos/as.

El contexto socioeconómico de los hogares también condiciona la salud de los recién nacidos/as, los niños/as y la población adolescente y joven de la CAPV. Nacer en una comarca con mayor nivel de pobreza supone tener peor salud al nacer y una mayor probabilidad de morir en el primer año de vida. Además, ser hijo/a de padres/madres con menor nivel de estudios o de clase social más baja se relaciona con una peor salud en la niñez, la adolescencia y la juventud. La herencia de estas desigualdades cobra especial importancia si se tiene en cuenta, además, que el estado de salud durante las primeras etapas de la vida guarda una estrecha relación con la salud durante la etapa adulta. Las desigualdades en este colectivo son especialmente injustas ya que el simple hecho de nacer en un hogar socioeconómicamente desfavorecido condiciona el bienestar presente y futuro de las personas.

En la población residente en la CAPV mayor de 45 años, las personas nacidas en otros lugares del Estado tienen peor salud que la población nacida en la CAPV, independientemente de su clase social actual.

Los hombres y mujeres mayores de 45 años nacidos/as en el resto del Estado, en su gran mayoría inmigrantes que llegaron a la CAPV a partir de mediados del siglo pasado, valoran peor su salud, tienen peor calidad de vida relacionada con la salud y más problemas crónicos que los nacidos/as en la CAPV. De esta forma, la mala salud declarada es entre un 11% y un 15% más frecuente en la población nacida en el resto del Estado.

Además, esta desigualdad ha sido transmitida a sus hijos/as, ya que éstos/as tienen peor salud que los hijos/as de padre y madre nacido/a en la CAPV, si bien esta relación es menos intensa que en el caso de sus progenitores/as.

Fumar, beber alcohol o hacer ejercicio físico no son hábitos que respondan a decisiones meramente individuales sino que deben ser entendidas teniendo en cuenta el contexto socioeconómico de las personas.

A medida que desciende la posición social aumenta la probabilidad de beber en exceso, hacer menos ejercicio físico en el tiempo libre, padecer obesidad y, en el caso de los hombres, ser fumador habitual. Así, por ejemplo, los hombres y las mujeres más pobres tienen un 36% y un 14% más de probabilidad de ser sedentarios/as que los/as de mayor clase social respectivamente.

Aunque la muerte sea un hecho inevitable, la posición social condiciona cuándo y de qué morimos.

Vivir en un barrio con peor nivel socioeconómico, tener menor nivel de estudios, una peor situación laboral, vivir en una vivienda de menor confort o pertenecer a una clase social más baja supone tener una mayor probabilidad de morir antes, una esperanza de vida más corta y pasar una mayor proporción de la vida en mala salud. En este sentido, por ejemplo, si entre 1996 y 2001 todas las personas hubieran tenido la misma mortalidad que las universitarias, en la CAPV se hubieran evitado el 17% de las muertes en los hombres y el 14% en las mujeres, es decir, cerca de 13.000 muertes.

Capítulo III:

LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA SALUD

No nos harán volver a “lo biológico marca el destino”, un concepto que busca delimitar, confinar y reducir a las mujeres y niñas a sus características físicas sexuales.

Bella Abzug, 1995

3.1. ALGUNAS CONSIDERACIONES E HIPÓTESIS EN TORNO A LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA SALUD

3.1.1. El binomio sexo-género en el estudio de la salud

La salud de hombres y mujeres es *diferente* y es *desigual*. Ciñéndonos a la diferenciación que establecíamos en el primer capítulo entre estos dos conceptos, diríamos que su salud es diferente porque existe una serie de factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que determinan el funcionamiento y el riesgo de enfermar de los cuerpos de unos y otras, y es desigual porque existe otra serie de condicionantes sociales, explicados por el género, que influyen de forma injusta sobre la salud de hombres y mujeres (Rohlf's y col, 2000).

Pero ¿qué es el *género*? La aparición de la noción de género como categoría de análisis se remonta al siglo XVII con las primeras líneas de pensamiento que apuntaban que la desigualdad social entre hombres y mujeres no era producto de la diferencia natural, biológica, sino que la propia organización social y política elaboraba argumentaciones defendiendo la inferioridad de la naturaleza femenina (Esteban, 2001).

Sin embargo, no es hasta mediados del siglo XX cuando, al amparo de las primeras reflexiones feministas, el género pasa a constituir una categoría de análisis central en el mundo académico. Tal y como subrayaba Simone de Beauvoir en su obra clásica, *El segundo Sexo* (Beauvoir, 1981):

“No se nace mujer, se llega a serlo. Ningún destino biológico, psíquico o económico define la figura que reviste en el seno de la sociedad la hembra humana; es el conjunto de la civilización el que elabora ese producto... al que al final se califica de femenino”

Por ello, los roles y los atributos asignados a las mujeres varían de unas sociedades a otras, ya que lo que en algunas se consideraba puramente femenino (la capacidad de cuidado, la ternura, la sensibilidad...) en otras puede estar más asociado a los hombres, o simplemente no darse una separación tan radical entre los atributos de unos y de otras (Mead, 1973).

En la defensa de este tipo de reflexiones se basó el esfuerzo desarrollado durante la década de los 70 por separar los conceptos de sexo y género, en un intento por enfatizar el origen sociocultural del segundo y denunciar la subordinación social de las mujeres derivada de la naturalización de su posición social. De esta manera, el sexo designaría las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres mientras que el género haría alusión a la construcción social del sexo, es decir, a la construcción cultural y simbólica de la feminidad y la masculinidad, compuesta por el conjunto de prácticas sociales, representaciones y valores asociados a hombres y mujeres que implican una diferenciación asimétrica de espacios y funciones sociales (Esteban, 2001). Hasta ese momento, los conceptos de masculinidad y feminidad se habían asumido como herencias naturales derivadas del sexo biológico de las personas, en contra de lo cual las teorías del género afirman que las características morfológicas y anatómicas dimórficas (los sexos) son esenciales para definir al individuo aunque no suficientes para la afirmación de su género, que se construye a través de la identidad en la sociedad (Rohlf s y col, 2000). El género, además, está presente en todas las sociedades y permea todas las dimensiones de la vida social y privada (Harding, 1989). En consecuencia, y tal y como apunta M.J. Izquierdo (Izquierdo, 1998), ser hombre o ser mujer sería el resultado de la combinación de:

Mujer = sexo hembra + género femenino

Hombre = sexo macho + género masculino

Los *sistemas sexo-género*, cambiantes en cada contexto social, son, por lo tanto, el conjunto de prácticas, símbolos, representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de las diferencias sexuales, y que determinan tanto la posición social diferenciada para hombres y mujeres como las relaciones desiguales entre ambos. La mayor parte de estos sistemas ha generado una situación de discriminación y marginación de las mujeres respecto al espacio público, ya que éstas han sido relegadas al ámbito reproductivo, económicamente invisibilizado y socialmente menos valorado.

Esta segregación sexuada de espacios proviene de la asociación que tradicionalmente se ha hecho entre las mujeres con lo natural (debido, fundamentalmente, a su función reproductora), y los hombres con lo cultural. Este discurso “naturalista”, junto a la acción de elementos estructurales (sociales y económicos) dirigidos a la perpetuación del poder masculino, ha relegado, hasta hace relativamente poco, a las mujeres a cuestiones exclusivamente de reproducción y de cuidados. De esta forma, las diferencias biológicas se convierten en desigualdades, perpetuando la situación de discriminación de las mujeres.

Cuando nos referimos específicamente al campo de la salud, el término sexo designa las características biológicas y genéticas de una persona que la definen físicamente como hombre o mujer, es decir, todo aquello relacionado con los cromosomas, los órganos sexuales, las hormonas y las características sexuales secundarias de las personas (WHO, 1998). Por su parte, el género, como categoría de análisis, ha sido introducido a partir de la década de los setenta, en un intento de superar los planteamientos más

tradicionales que habían extraído conclusiones sobre el comportamiento típicamente femenino y las características de las mujeres (sus destrezas, su inteligencia y su sexualidad, fundamentalmente) en base a argumentos exclusivamente biológicos, olvidando todo condicionante de carácter sociocultural.

Nos encontramos, por lo tanto, con dos modelos explicativos de las diferencias en salud entre hombres y mujeres (García-Calvente, 2004):

- *Modelos biológicos-genéticos:* Este tipo de modelos enfatiza el papel de la biología y la herencia genética en el comportamiento social de las personas y en el comportamiento de su cuerpo. Partiendo del paradigma biomédico clásico, de orientación positivista, se afirma que las diferencias sexuales son determinantes en las diferencias genéticas, hormonales y fisiológicas entre hombres y mujeres, factores que, en última instancia, establecen riesgos diferentes de enfermar. La evidencia científica, sin embargo, no ha arrojado demasiada luz al respecto. Además, tradicionalmente, la investigación biomédica realizada desde este modelo ha sufrido de un androcentrismo tal que, en muchas ocasiones, sus conclusiones han quedado invalidadas para las mujeres, al creer que estudiar a los hombres era suficiente para conocer también el comportamiento de las mujeres. Concretamente, a partir del desastre de la talidomina⁴⁰, las mujeres fueron sistemáticamente excluidas como sujetos de ensayos clínicos (dirigidos en su mayor parte a la comprobación de la efectividad de fármacos) y como componentes en las muestras de las investigaciones, si bien no ha habido reparo en generalizar los resultados de estos estudios al conjunto de la población. Según este tipo de modelos biológicos no podríamos hablar de desigualdad sino de diferencia en función de la mayor o menor vulnerabilidad biológica a determinados riesgos y condiciones de salud entre hombres y mujeres.
- *Modelos socioculturales:* Este conjunto de razonamientos considera el género un elemento indispensable a la hora de explicar las desigualdades en salud entre hombres y mujeres. Por ello, estos modelos inciden en la explicación del origen social de las desigualdades entre ambos ya que, bajo esta perspectiva, el contexto socioeconómico y político así como las normas y valores sociales adscritos a cada sexo condicionan las experiencias vitales de las personas y, por lo tanto, su salud.

Para comprender cómo se produce la configuración social del género, el proceso de socialización juega un papel muy relevante, al tratarse del proceso por el cual las personas se adaptan a los requerimientos de la sociedad en que viven a partir del aprendizaje de normas de conducta y valores en su relación con diversos agentes de socialización como la escuela, la familia o el grupo de pares, así como las instituciones y los medios de comunicación. Así, la clasificación por sexo de las personas en el nacimiento se acompaña de la adquisición de una identidad social de género, que a lo largo de la vida delimita los espacios, las funciones, las actividades y los roles para hombres y mujeres. En casi todas las sociedades, el proceso de socialización es coherente con la división sexual del trabajo, por la cual los hombres se orientan hacia el espacio público y el trabajo remunerado, mientras que las mujeres se ocupan principalmente del mantenimiento del bienestar social, el llamado trabajo reproductivo (trabajo en el hogar, cuidados informales de sus miembros y mantenimiento de las redes sociales, fundamentalmente) (Benería, 1981). Esta socialización en el rol de cuidadoras y proveedoras de bienestar ha significado que las mujeres se hayan convertido en “agentes de salud”, ya que muchas de las enfermedades leves y patologías agudas son atendidas por ellas en el seno del hogar (Rohlf y

⁴⁰ En 1958, en más de 50 países se comercializó la talidomida como paliativo de las náuseas en los primeros meses de embarazo. El producto, que sólo fue probado en animales, fue clasificado como no tóxico y provocó la malformación de 20.000 bebés.

col, 2000). Tal y como muestra una investigación realizada en nuestro contexto, el 66% de las personas que necesitan atención la reciben exclusivamente de sus familiares, mayoritariamente de una mujer (García-Calvente y col, 1999). De hecho, se calcula que sólo un 12% del tiempo que se dedica al cuidado de la enfermedad es provisto por los servicios sanitarios (Durán, 1991), lo que ha llevado a denominar estos cuidados informales como un “sistema invisible de cuidados de salud”, una gran zona sumergida del verdadero iceberg de la atención a la salud (García-Calvente y col, 1999).

Por todo ello, la investigación basada en estos modelos socioculturales ha utilizado variables relacionadas con las condiciones materiales y culturales, especialmente las características del trabajo productivo y el reproductivo, la interacción entre ambos, los factores familiares y otros factores sociales, como los patrones de comportamiento, condiciones de vida y eventos vitales, que influirían de manera desigual en el estado de salud de unos y de otras.

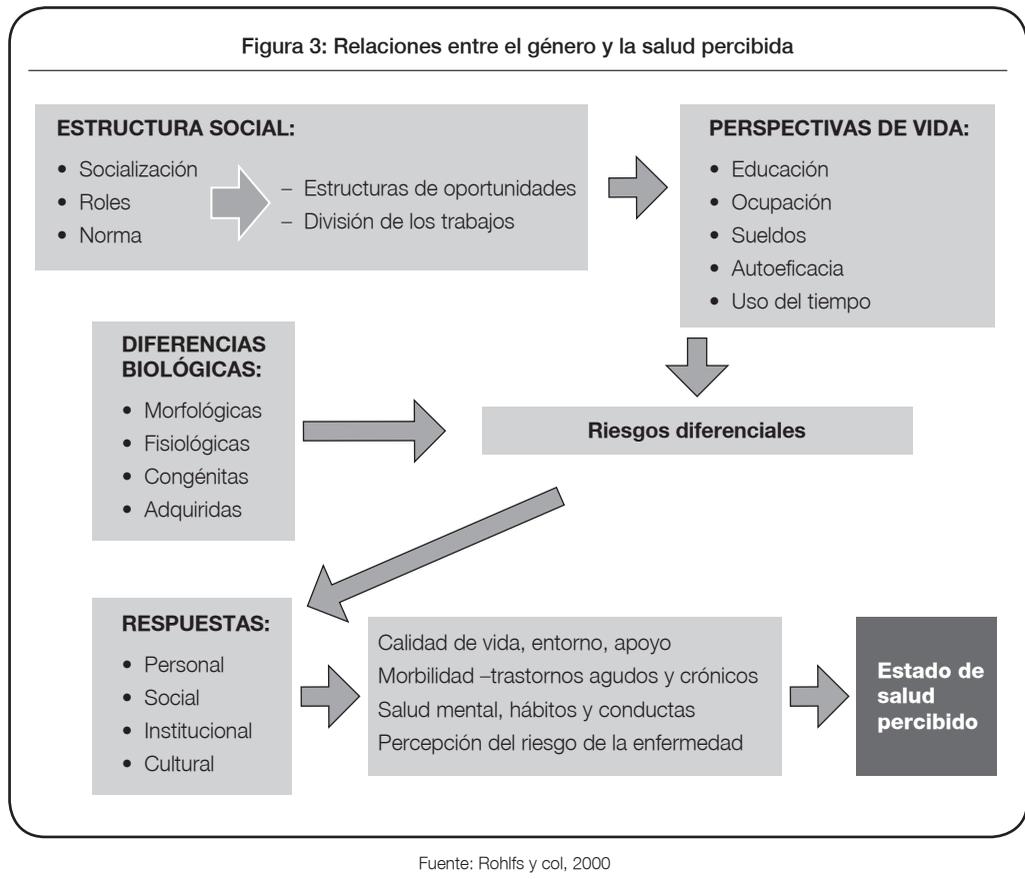
Fruto de la popularización del concepto de género, actualmente en la investigación sobre salud se ha generado una confusión terminológica con la categoría predominante hasta el momento, el sexo, para definir las diferencias entre hombres y mujeres, de tal forma que en muchos estudios el concepto género sustituye al sexo como sinónimo políticamente correcto, sin que ello conlleve un cambio de perspectiva o replanteamiento teórico y metodológico de los propios estudios (Krieger, 2003; Gómez, 2001; Esteban, 2001). Por el contrario, utilizar el término género de forma correcta implicaría interpretar los resultados de mortalidad o morbilidad según los determinantes sociales y biológicos de tales procesos, que son diferentes y desiguales para hombres y mujeres (Rohlf, 2003).

Asimismo, se afirma que tal preocupación por otorgar al género el lugar que nunca había ocupado en la investigación sobre la salud de hombres y mujeres ha derivado, en ocasiones, en divisiones simplistas y ciegas a enfoques que plantean que no solamente las relaciones de género influyen en la expresión e interpretación de los rasgos biológicos (la salud y la enfermedad, por ejemplo), sino que también las características relacionadas con el sexo pueden crear o incrementar las desigualdades de género en salud. Las relaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural, por lo tanto, deben estudiarse en el marco de una aproximación dinámica que evite caracterizaciones estáticas e invariables en el sistema sexo-género.

Siendo conscientes, por tanto, de que ningún modelo puede ofrecer por sí mismo una explicación satisfactoria de las desigualdades de género, adoptar una perspectiva de género en salud implicaría ser conscientes de tal bidireccionalidad y ser capaces además de vincular la división del poder de una población con los perfiles epidemiológicos y con las características de los sistemas de salud (accesibilidad y financiación) de tal población (Gómez, 2001).

A diferencia de lo que tradicionalmente se ha podido entender por enfoque de género, el interés no se centraría en el estudio de la situación de las mujeres. Este enfoque tiene un carácter relacional que, por lo tanto, enfatiza las relaciones de desigualdad entre ambos sexos (o entre los ámbitos masculinos y femeninos) en torno a la distribución del poder, con consecuencias concretas sobre diferentes aspectos de la vida. Asimismo, lo que distingue al enfoque de género es que subraya la necesidad de evitar generalizaciones sobre otras variables dentro del colectivo de las mujeres, de forma que no queden invisibilizadas las diferencias que existen, entre otras, por clase social, nivel educativo, lugar de residencia, etnia u orientación sexual.

En la generación de estas desigualdades de género en salud interviene un conjunto de factores que se relacionan de forma compleja, para lo que es necesario un marco explicativo integral, que parta de la influencia conjunta de las diferencias biológicas y de la estructura social en determinados indicadores de salud (Rohlf y col, 2000):



3.1.2. Más longevas pero en peor salud: ¿una visión demasiado simple de las desigualdades de género en salud?

Cuando hablamos de las desigualdades de género en la salud, a menudo surge la siguiente cuestión: en la mayor parte de las sociedades, las mujeres son más longevas que los hombres y, sin embargo, padecen más enfermedades a lo largo de su vida. Este hecho, que se ha denominado “la paradoja de la mortalidad” (Danielson y Lindberg, 2001), se basa en un conjunto de evidencias, reflexiones y realidades que merece la pena analizar con detenimiento.

La ventaja de supervivencia femenina ha sido parcialmente asociada a factores genéticos, ya que es un hecho que la mortalidad masculina tiende a superar a la femenina a cualquier edad, incluso en el periodo gestacional y perinatal. En edades más adultas, la sobremortalidad masculina vendría explicada, en parte, por una mayor prevalencia de comportamientos de riesgo culturalmente asignados al género masculino: consumo de alcohol y tabaco, accidentes laborales y de tráfico, etc.

Sin embargo, vivir durante más años no significa hacerlo con mejor salud y, según indican algunos estudios, éste podría ser el caso de las mujeres, las cuales padecen con mayor frecuencia que los hombres enfermedades agudas y trastornos crónicos limitantes (no mortales) así como niveles más altos de discapacidad a lo largo de su ciclo vital (Artazcoz y col, 2004c; Gonzalo y col, 2004).

Esta realidad, es decir, el hecho de que las mujeres sean más longevas pero sufran mayor morbilidad, ha constituido la conclusión más generalizada en la investigación sobre género y salud aunque, ya en

los últimos años, diversos estudios han cuestionado tal afirmación, apuntando en otra dirección (Arber y Cooper, 1999; Macintyre y col, 1996). Según Macintyre, una de las autoras que con más énfasis ha tratado de rebatir esta tesis tradicional, la relación que hasta el momento se ha establecido entre el género y la salud en la literatura sociológica y epidemiológica se ha simplificado hasta el extremo de que la evidencia que la ha confirmado ha tendido a ser publicada, mientras que la contraria, a no serlo (Macintyre y col, 1996). Así, y sin obviar el hecho de que para algunos indicadores de salud las mujeres muestran peores resultados, esta nueva perspectiva subraya la heterogeneidad de situaciones dentro del colectivo de las mujeres, derivadas de sus diferentes circunstancias en el mercado laboral y en el espacio doméstico, de su edad, etnia o clase social (Verbrugge, 1989; Annandale y Hunt, 2000; Walters y col, 2002).

Bajo esta perspectiva, si bien tradicionalmente los roles sociales asignados al género femenino podían resultar protectores para su salud en relación a aquéllos asignados a los hombres, desde el momento en que las mujeres comienzan a desarrollar trabajos de tipo remunerado en el espacio público, éstas deben soportar cargas de trabajo mayores (el remunerado más el doméstico) y tienden a adoptar conductas menos saludables que afectan negativamente a su estado de salud. Un estudio realizado a partir de la Encuesta Nacional de Salud de 1997 mostró que, independientemente del efecto de la edad y de la clase social, la prevalencia de tabaquismo era significativamente superior en las mujeres ocupadas. Concretamente, fumaban el 39% de las mujeres empleadas y el 41% de las paradas, y sólo lo hacía el 20% de las amas de casa (Artazcoz y col, 2004c).

Por ello, esta corriente de estudio de las desigualdades de género en salud defiende evitar cualquier generalización sobre la salud de las mujeres debido justamente a este proceso de progresiva complejidad y multiplicidad de los roles que ejercen.

3.1.3. Los roles familiares y laborales: ¿cuál es su influencia en la salud de las mujeres?

Los roles ocupacionales (el trabajo productivo) y los familiares (el trabajo reproductivo) ocupan la mayor parte del tiempo en la vida de las personas, razón por la cual una línea importante de investigación sobre desigualdades sociales en salud se ha interesado por la influencia que estos dos factores ejercen en la salud de las personas, aunque con esquemas de análisis distintos en el caso de los hombres y de las mujeres. En ellos, su salud ha sido analizada a partir de un marco de clase social ocupacional (trabajo productivo), mientras que en el caso de las mujeres el marco de análisis ha considerado tres roles básicos: la situación laboral (ama de casa o trabajadora remunerada), el estado civil o de convivencia y la maternidad. En el caso de los países del sur de Europa, estas perspectivas paralelas han gozado de gran aceptación debido al modelo de clara división por género de los roles y las funciones sociales, es decir, del trabajo productivo y reproductivo.

En consecuencia, la investigación sobre género y salud ha sufrido varias carencias: a) el estudio de la influencia de la clase social en la salud de las mujeres; b) el estudio de la influencia de los roles familiares en la salud de los hombres; y c) las desigualdades de género en salud derivadas de la asignación de las responsabilidades familiares entre hombres y mujeres (Artazcoz, 2004).

En el momento histórico actual, en el que las mujeres han comenzado a ocupar espacios y funciones tradicionalmente reservados a los hombres y que las fronteras entre lo puramente masculino y lo femenino comienzan a diluirse, es indispensable no reproducir estas perspectivas paralelas. Por ello, en el marco de esta progresiva multiplicación de roles desarrollados por las mujeres, el estudio de su estado de salud y enfermedad, así como de las desigualdades existentes entre las mismas, ha estado basado en la comprobación de una de las siguientes hipótesis (Waldron y col, 1998; Lahelma y col, 2002):

1. *Hipótesis del conflicto de rol o cargas múltiples:* Según esta hipótesis, tener un trabajo remunerado (especialmente si éste es a jornada completa) a la vez que criaturas en edad de ser atendidas puede dañar la salud, como consecuencia del estrés provocado por el desempeño paralelo del rol de madre y de trabajadora remunerada. Este “conflicto de roles” (Goode, 1960) generaría en las mujeres la sensación de no estar cumpliendo debidamente ambas obligaciones, especialmente cuando el volumen de trabajo para poder combinar la vida familiar y laboral es elevado. Por ello, el estado civil o de convivencia, las condiciones laborales así como los recursos materiales y personales disponibles para hacer frente a tal sobrecarga de trabajo serán factores relevantes que podrán modificar el efecto sobre la salud de tal combinación. Así, se ha documentado que los efectos positivos de trabajar fuera de casa se limitan a las mujeres solteras sin descendencia (Waldron y col, 1998) o las que realizan su trabajo a tiempo parcial (Arber, 1991; Bartley y col, 1992). Asimismo, un estudio canadiense concluyó que las mujeres que vivían en pareja y no realizaban un trabajo remunerado sufrían menos estrés que las empleadas (Canadian Institute for Health Information, 2003).

Para la hipótesis del conflicto de rol, las madres solteras constituyen un grupo de riesgo de especial interés, más aún si se encuentran desempleadas en países en los que las redes de protección social no alcanzan a paliar las situaciones de privación material y pobreza.

2. *Hipótesis de potenciación de rol:* Según este planteamiento, ejercer roles múltiples (madre, trabajadora, esposa...) contribuye a un mejor estado de salud debido a que favorece el establecimiento de redes de apoyo social más fuertes así como mayores fuentes de recursos económicos. En este sentido, poseer un trabajo remunerado fuera del hogar favorece la independencia de la mujer, reforzando su capacidad de decisión y, por lo tanto, aumentando su autoestima y bienestar personal (Lahelma y col, 2002).

La mayor parte de los estudios que han analizado la relación de los diferentes roles de la mujer y su estado de salud confirma esta hipótesis (Verbrugge, 1983; Macintyre y col, 1996; Fokkema, 2002; Lahelma y col, 2002). Sin embargo, en muchos de ellos, no se ha logrado distinguir entre los efectos de los roles sobre la salud y los efectos de la salud sobre la ocupación de los roles. A menudo, en la relación hallada entre el ejercicio de roles múltiples y el buen estado de salud no ha sido controlado el llamado “sesgo de la trabajadora sana”, es decir, la posibilidad de que el estado de salud de las personas determine los roles sociales que éstas pueden desarrollar. En este sentido, aquellas mujeres que desempeñan roles relacionados con el trabajo remunerado y la maternidad serían las que, de antemano, cuentan con un mejor estado de salud y podrían, por lo tanto, plantearse la realización conjunta de tales funciones (trabajadora y madre). A diferencia de los hombres, quienes, a pesar de padecer problemas de salud, son menos tendentes a abandonar el mercado laboral, el trabajo remunerado en el caso de las mujeres continúa considerándose un rol adicional y, como consecuencia, su abandono está socialmente mejor tolerado si éste se debe a su mal estado de salud (Fokkema, 2002).

No obstante, algunos estudios que han tratado de controlar este sesgo, contando en su población de estudio únicamente con mujeres que manifestaban un buen estado de salud o no tener ninguna enfermedad crónica, han extraído conclusiones similares (Arber, 1991; 1997; Bartley y col, 1992). Además, en el caso de Europa del sur, donde la tasa de actividad femenina es especialmente baja debido al gran número de mujeres que dedican íntegramente su jornada a las tareas domésticas, este “efecto de la trabajadora sana” sería menos evidente que en otros contextos, ya que ser ama de casa no tendría por qué ser consecuencia de un mal estado de salud sino producto de un sistema que no ha promovido la salida de las mujeres al mercado laboral.

La formulación de estas dos grandes hipótesis no agota el espectro de combinaciones posibles sobre el efecto que los diferentes roles de las mujeres provocan en su salud. A medida que se han publicado nuevos resultados sobre estas líneas de investigación, también se han producido modificaciones sobre las mismas, dando lugar a interpretaciones que tienen en cuenta elementos de ambos planteamientos. Siguiendo a Waldron (Waldron y col, 1998), la citada hipótesis de potenciación de rol puede derivar en *la hipótesis de la complementación del rol* cuando los beneficios asociados a la ocupación de un rol son superiores si se ocupa paralelamente otro. Así, los recursos financieros y psicológicos provistos por la pareja podrían ser particularmente importantes para mujeres con responsabilidades familiares, con lo que el matrimonio o emparejamiento sería más beneficioso en términos de salud para aquellas mujeres que ya tuvieran hijos/as (Waldron y col, 1998). De la misma manera, esta hipótesis de la potenciación derivaría en *la hipótesis de la sustitución de roles*, cuando la adquisición de dos roles que proveen recursos similares no se traduce en un beneficio doble para el individuo sino que el segundo de ellos supone un beneficio adicional en salud proporcionalmente más pequeño. Como ejemplo, esta autora destaca que el empleo remunerado y el emparejamiento o matrimonio constituyen fuentes de recursos económicos y apoyo social. Por lo tanto, y a la luz de esta hipótesis, el empleo influiría menos positivamente en la salud de las mujeres casadas que en la de las solteras o divorciadas ya que las primeras contarían ya con una fuente adicional de recursos financieros y sociales. En relación a la mencionada hipótesis de las cargas múltiples, Waldron afirma que el efecto negativo que la combinación de los diferentes roles puede tener en la salud de las mujeres puede modificarse en función del número de horas trabajadas, el número de hijos/as, así como la edad de éstos/as y la de la propia mujer cuando tuvo el/la primero/a.

Todas estas combinaciones, derivadas de las dos hipótesis originales, indican que el desempeño de cada rol puede tener tanto efectos beneficiosos como dañinos sobre la salud, en función de las características del propio rol, la combinación concreta que de ellos se haga y el contexto socioeconómico de la propia mujer (Canadian Institute for Health Information, 2003).

3.2. LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EN LA SALUD DE LA POBLACIÓN DE LA CAPV

Hombres y mujeres enfermamos y morimos de forma diferente y desigual. De forma diferente porque biológicamente somos distintos, y de forma desigual porque la posición que ocupamos en la estructura social condiciona nuestros roles, hábitos, comportamientos y oportunidades, que generan desigualdades sociales en la salud de las poblaciones.

A partir de esta visión de las desigualdades en la salud entre hombres y mujeres, en este apartado se analiza la situación al respecto en la CAPV. Más allá de un análisis exhaustivo y comprensivo del estado de las desigualdades de género en la salud, la intención de las siguientes páginas es centrarse en los siguientes dos aspectos:

- En primer lugar, el análisis de las desigualdades de género en varios indicadores relevantes de la salud, la enfermedad y la mortalidad, que aporten una visión general de la diferente forma de vivir, enfermar y morir de hombres y mujeres.
- En segundo lugar, el estudio de la compaginación del trabajo doméstico y el remunerado como posible generador de desigualdades de género en salud, teniendo en cuenta, además, las posibles diferencias existentes en cada clase social. Partiendo de un marco integral que considera la interacción entre el género, la clase social y los tipos de trabajo (doméstico y remunerado), se analizará cuál de las hipótesis sobre la influencia de las cargas sobre la salud de las mujeres expuestas en el apartado 3.1.3. se adecua mejor al contexto de la CAPV.

3.2.1. Desigualdades de género en la mortalidad, el estado de salud y la enfermedad

3.2.1.1. La mayor longevidad de las mujeres: ¿un fenómeno en cambio?

Al igual que en el resto de países desarrollados (Gjonça y col, 1999), las mujeres de la CAPV viven más años que los hombres. Tal y como muestra la siguiente tabla, su mayor esperanza de vida se da tanto al nacer, con una diferencia de 7,1 años con respecto a los hombres, como a edades superiores. Ello conlleva que una mujer al nacer espera vivir un 9,2% más que un hombre y un 28,5% más a los 80 años⁴¹.

Tabla 7: Esperanza de vida (EV) a diferentes edades, por sexo. CAPV, 2002-2004

Edad	Hombres			Mujeres			Diferencia Mujeres-Hombres	
	EV	IC 95%		EV	IC 95%		Absoluta	%
0	77,0	76,9	77,1	84,1	84,0	84,2	7,1	9,2
40	38,4	38,3	38,6	45,0	44,9	45,1	6,7	17,3
65	17,1	17,1	17,2	21,9	21,8	21,9	4,7	27,4
80	7,6	7,5	7,7	9,8	9,7	9,8	2,2	28,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Informes de mortalidad de 2002 a 2004 (Departamento Sanidad Gobierno Vasco) y datos de población (INE).

Estas diferencias en la esperanza de vida son consecuencia de un menor riesgo de mortalidad de las mujeres a todas las edades. Los hábitos de vida poco saludables y las conductas de mayor riesgo, que son adoptados mayoritariamente por parte de los hombres, explican parte de esta sobremortalidad masculina (Carrión, 2006). El consumo de tabaco, de alcohol y las muertes por causas externas, principalmente accidentes de tráfico, son ejemplos de esta mayor prevalencia de hábitos poco saludables en los hombres.

En este sentido, en la tabla 8 podemos apreciar que en la CAPV, el consumo de tabaco es significativamente superior en hombres que en mujeres, aun ajustando por la edad y la clase social. Mayores incluso son las diferencias en la proporción de bebedores/as habituales, prácticamente el doble en hombres que en mujeres.

Tabla 8: Prevalencia de determinados hábitos de vida relacionados con la salud, por sexo. % estandarizados por edad. CAPV, 2002

	Hombres	Mujeres	Sign*	Sign**
Fumador/a habitual	30,7	21,8	<0,001	<0,001
Bebedor/a habitual	59,7	31,1	<0,001	<0,001

* Significación ajustada por edad mediante modelos de regresión logística⁴²

** Significación ajustada por edad y clase social mediante modelos de regresión logística

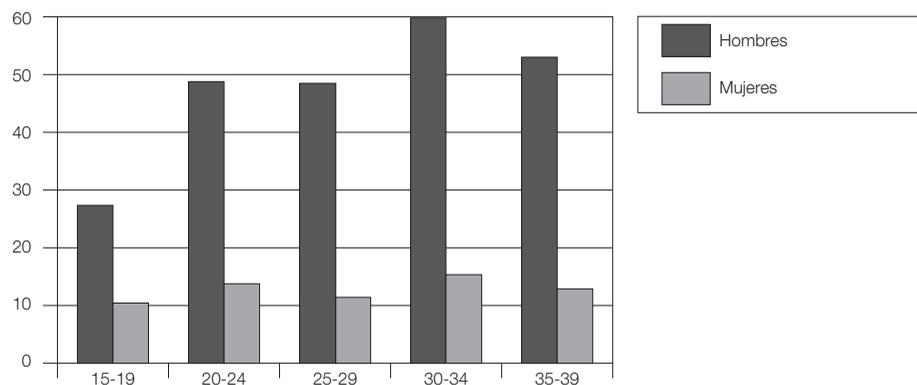
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV, 2002

El siguiente gráfico muestra que la mortalidad por causas externas (principalmente accidentes de tráfico y homicidios) es también mayor en los hombres que en las mujeres de la CAPV, sobre todo, en edades jóvenes, en las que ésta es la causa de muerte más importante⁴³. Asimismo, la mortalidad por enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas es también mayor en hombres que en mujeres (Departamento de Sanidad, 2004b).

⁴¹ La esperanza de vida puede calcularse para cualquier edad. La esperanza de vida a los 80 años expresaría el número de años que le quedan por vivir a una persona de esa edad si experimentara la mortalidad que tuvo la población general en un periodo específico (en este caso 2002-2004).

⁴² Una explicación acerca de la regresión logística puede consultarse en la nota 13 así como en el Anexo metodológico.

⁴³ Entre los hombres de 15 a 29 años, la mortalidad por causas externas supuso el 70% de las muertes registradas en 2004; en las mujeres de esa edad, el 45% (Departamento de Sanidad, 2004b).

Gráfico 56: Tasas* de mortalidad por causas externas, por sexo y edad. CAPV, 2002-2004


*Número de muertes por cada 100.000 habitantes

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Informes de mortalidad de 2002 a 2004. Departamento Sanidad Gobierno Vasco.

Estas diferencias son, en gran parte, consecuencia de unos modelos de socialización que transmiten una identidad de género con funciones sociales específicas para hombres y para mujeres. Ello explicaría que el consumo de tabaco, de alcohol, así como una mayor y más arriesgada conducción hayan sido comportamientos típicamente masculinos, ya que adoptar conductas de riesgo constituye uno de los elementos que conforman el rol social de los hombres (Carrión, 2006).

No obstante, la desigualdad en la mortalidad relacionada con los hábitos de vida se está modificando en los últimos años. Los roles sociales de las mujeres se han transformado sustancialmente en los países occidentales, por lo que los patrones de la mortalidad de hombres y mujeres han ido progresivamente asemejándose. En este sentido, se han propuesto varias hipótesis que tratan de explicar el proceso de homogeneización de roles y su efecto sobre las diferencias de mortalidad entre hombres y mujeres (Waldron y col, 2005):

- *La Hipótesis de la convergencia*, también denominada *Hipótesis de la emancipación de la mujer* (Waldron, 2000) o *Hipótesis de la reducción de la protección* (Pampel, 2001), afirma que a medida que las mujeres se incorporan al mercado de trabajo y asemejan sus roles a los de los hombres, éstas adoptan un mayor número de comportamientos de riesgo que reducen las diferencias en la mortalidad entre ambos sexos (Veevers y Gee, 1986).
- *La Hipótesis del ajuste institucional* propone que la progresiva participación de las mujeres en actividades tradicionalmente masculinas incrementa sus comportamientos de riesgo y, por tanto, su mortalidad. Sin embargo, a medida que la posición social de las mujeres mejora y comienzan a recibir apoyo por parte de las instituciones para poder desempeñar sus nuevos roles, éstas realizan de forma más segura estas nuevas actividades, reduciendo, de nuevo, su mortalidad con respecto a la masculina (Pampel, 2001).
- *La Hipótesis de la modernización de los roles de género* afirma que, si bien los roles sociales de las mujeres se han transformado, éstas sólo han adoptado aquellos comportamientos compatibles con los aspectos fundamentales de las responsabilidades tradicionales del rol

femenino, como el cuidado de los/as hijos/as. En este sentido, conducir, por ejemplo, puede ser de ayuda en el cumplimiento de diversas funciones familiares (como llevar y recoger a los/as hijos/as del colegio), por lo que esta hipótesis predice un aumento del número de mujeres conductoras y, por tanto, una reducción de las diferencias en la mortalidad por accidentes de tráfico. En cambio, beber en exceso, como ejemplo de otra conducta de riesgo tradicionalmente masculina, puede interferir en el cumplimiento de tales funciones de la esfera familiar, con lo que no se espera que las diferencias en la mortalidad derivada del consumo de alcohol decrezcan⁴⁴ (Waldron, 2000).

En el Estado español, durante el siglo pasado la esperanza de vida de las mujeres creció más que la de los hombres hasta la década de los 90. El aumento de esta brecha entre la mortalidad de hombres y mujeres fue especialmente acusado en la década de los 80, debido principalmente a las consecuencias del consumo de drogas y los accidentes de tráfico entre los hombres (Gómez Redondo, 1995; Ruiz y col, 1997). Sin embargo, la progresiva homogeneización de los estilos de vida de los hombres y las mujeres de las generaciones más jóvenes parece haber provocado la reducción de la diferencia en la esperanza de vida en la década de los 90 (Viciano, 2004; Gómez Redondo y Boe, 2004), cuando, por primera vez, la esperanza de vida de los hombres aumentó más que la de las mujeres (Observatorio de Salud de la Mujer, 2006).

En el caso de la CAPV, también estamos asistiendo a una progresiva homogeneización de la mortalidad de hombres y mujeres. Como puede observarse en la siguiente tabla, durante el periodo 1991-2003, la tasa de mortalidad estandarizada se redujo más entre los hombres (21%) que entre las mujeres (5,2%) y, paralelamente, el aumento en la esperanza de vida al nacer, a los 40 años y 65 años fue superior en los hombres que en las mujeres. Así, en 2003, los hombres tenían una esperanza de vida al nacer 5,5 años mayor que la que tenían en 1991, frente a los 2,3 años en las mujeres.

Tabla 9: Evolución de varios indicadores de mortalidad, por sexo. % de cambio en 2003 respecto a 1991. CAPV

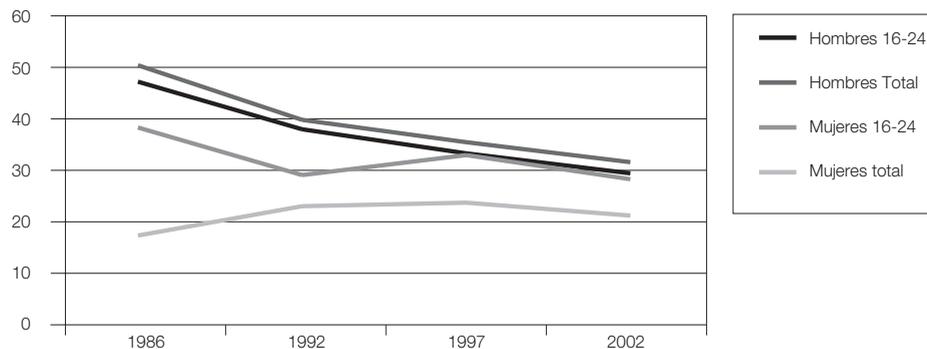
	Hombres	Mujeres
Defunciones	+8,4	+23,4
Tasa de Mortalidad Estandarizada	-21,7	-5,2
Tasa de Mortalidad Infantil	-56,9	-44,5
Esperanza de vida al nacer	+5,5	+2,3
Esperanza de vida a los 40	+6,4	+4,2
Esperanza de vida a los 65	+12,0	+8,2
Esperanza de vida a los 80	+7,4	+7,7

Fuente: Arregi y col, 2006

Efectivamente, si atendemos a la evolución de las desigualdades de género en los hábitos de vida relacionados con la salud, podemos comprobar que, en la CAPV, existe un proceso de homogeneización entre hombres y mujeres. El caso del consumo de tabaco es un claro ejemplo ya que, como podemos comprobar en el gráfico 57, las diferencias en la proporción de fumadores/as habituales entre hombres y mujeres se van reduciendo en las últimas décadas. En la actualidad, el consumo es muy similar entre las generaciones de hombres y mujeres.

⁴⁴ El hecho de que en algunos países europeos las diferencias en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres se hayan reducido puede poner en duda la transferibilidad de esta teoría a nuestro contexto (Bloomfield y col, 2003).

Gráfico 57: Prevalencia de población fumadora habitual, por sexo. Grupo de edad 16-24 y total. CAPV, 2002-2004



Fuente: Elaboración propia a partir de Departamento de Sanidad 2004

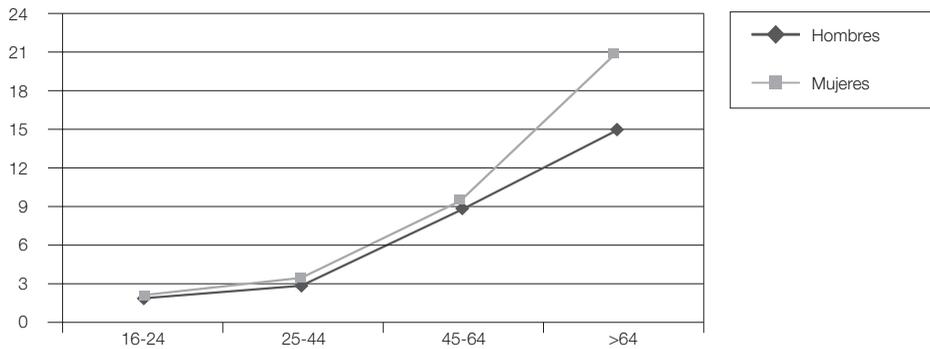
3.2.1.2. Más longevas pero menos sanas

Tal y como apuntábamos en el apartado 3.1.2., la mayor longevidad de las mujeres no significa que su salud sea mejor ni que enfermen menos. Muy al contrario, muchos estudios en contextos muy diversos han demostrado que las mujeres valoran de forma más negativa su salud (Doyal, 2001; Barreto y col, 2004; Abellán, 2004; Agència de Salut Pública, 2003; Artazcoz y col, 2004c; Rodríguez-Sanz y col, 2006) y que sufren más problemas físicos y psíquicos que los hombres (Verbrugge, 1989; Orfila y col, 2006).

A menudo, esta paradoja sobre la mayor longevidad de las mujeres y, a la vez, su mayor morbilidad, ha sido explicada aludiendo a que la diferente socialización de hombres y mujeres ha incidido en la manera en que las personas perciben sus síntomas e interpretan los procesos de enfermar lo que, en el caso de las mujeres, les llevaría a sobreestimar su morbilidad debido a que son más sensibles a sus problemas y los manifiestan antes. Los hombres, en cambio, que han sido educados en valores que subestiman el dolor corporal y psíquico, tenderían a no verbalizar sus problemas de salud y a no acudir a los servicios sanitarios si no perciben una agudización de sus problemas de salud (Van Wijk y Kolk, 1997). Sin embargo, algunos estudios han mostrado que tal explicación no es cierta (Macintyre y col, 1999; Davis, 1981; Marshall, 1982; Macintyre, 1993). Otra posible explicación estaría relacionada con los diferentes roles sociales (laborales y familiares) desempeñados por hombres y mujeres, que harían que las responsabilidades familiares de las mujeres se relacionaran con el padecimiento de más problemas crónicos que no llegan a matar, pero que tampoco dejan vivir (Verbrugge, 1983).

En el caso de la CAPV, tanto los resultados de la autovaloración de la salud como de la calidad de vida relacionada con la salud, medida a partir del SF-36, son peores en el caso de las mujeres. Así, el 39,6% de éstas afirman que su salud es normal, mala o muy mala, mientras que en el caso de los hombres la proporción se reduce al 35,4%. Tal diferencia se mantiene también cuando nos fijamos únicamente en la valoración de la salud como mala o muy mala, con una prevalencia en mujeres del 8,1% frente al 6,6% en los hombres. Tal y como muestra el gráfico 58, la desigualdad entre ambos sexos aumenta con la edad, siendo la proporción de mala salud superior en las mujeres en todos los grupos de edad.

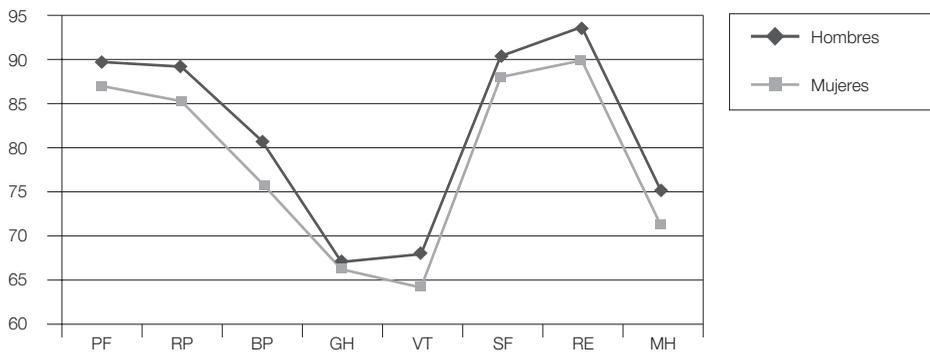
Gráfico 58: Prevalencia de mala/muy mala salud percibida, por sexo y grupos de edad. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, diversos estudios han descrito la existencia de desigualdades de género, independientemente del instrumento usado para su medida (Alonso y col, 1990; Emery y col, 2004; Hopman y col, 2000). En el caso de la CAPV, las mujeres muestran puntuaciones inferiores en todas las dimensiones del SF-36. Las mayores diferencias se dan en el dolor corporal (BP), la vitalidad (VT), la salud mental (MH) y el rol físico (RP), aunque también en el resto las diferencias son estadísticamente significativas, ajustando por la edad y la clase social.

Gráfico 59: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36*, por sexo. Medias estandarizadas por edad. CAPV, 2002

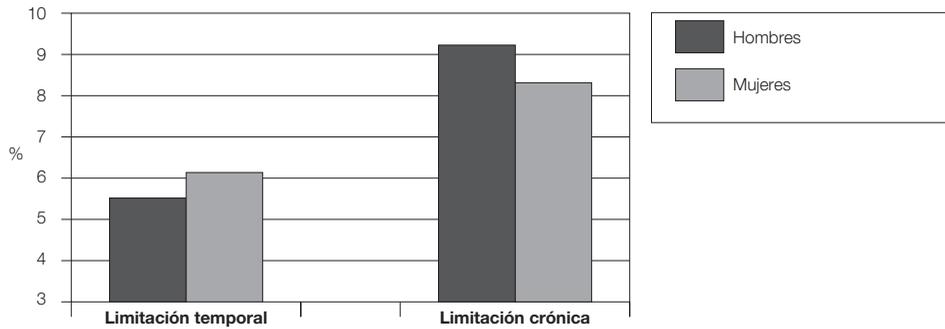


Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

*La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

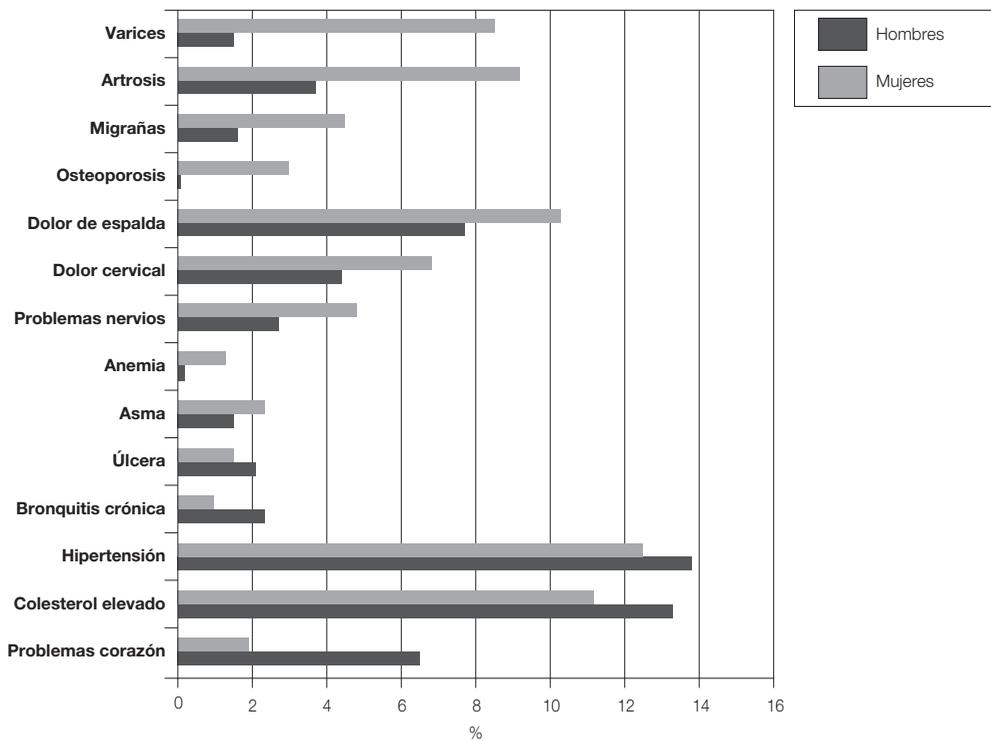
En relación a la restricción de la actividad, los patrones observados en hombres y en mujeres son diferentes en función de que ésta sea temporal o crónica. En el caso de la limitación temporal, las mujeres sufren un 11% más de limitación que los hombres, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. La restricción crónica o incapacidad permanente, por el contrario, es más prevalente en el caso de los hombres (9,2%) que en el de las mujeres (8,3%), debido, probablemente, a las limitaciones físicas asociadas al tipo de actividad laboral de perfil masculino, expuesta a mayores riesgos físicos.

Gráfico 60: Prevalencia de limitación temporal y crónica de la actividad, por sexo. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

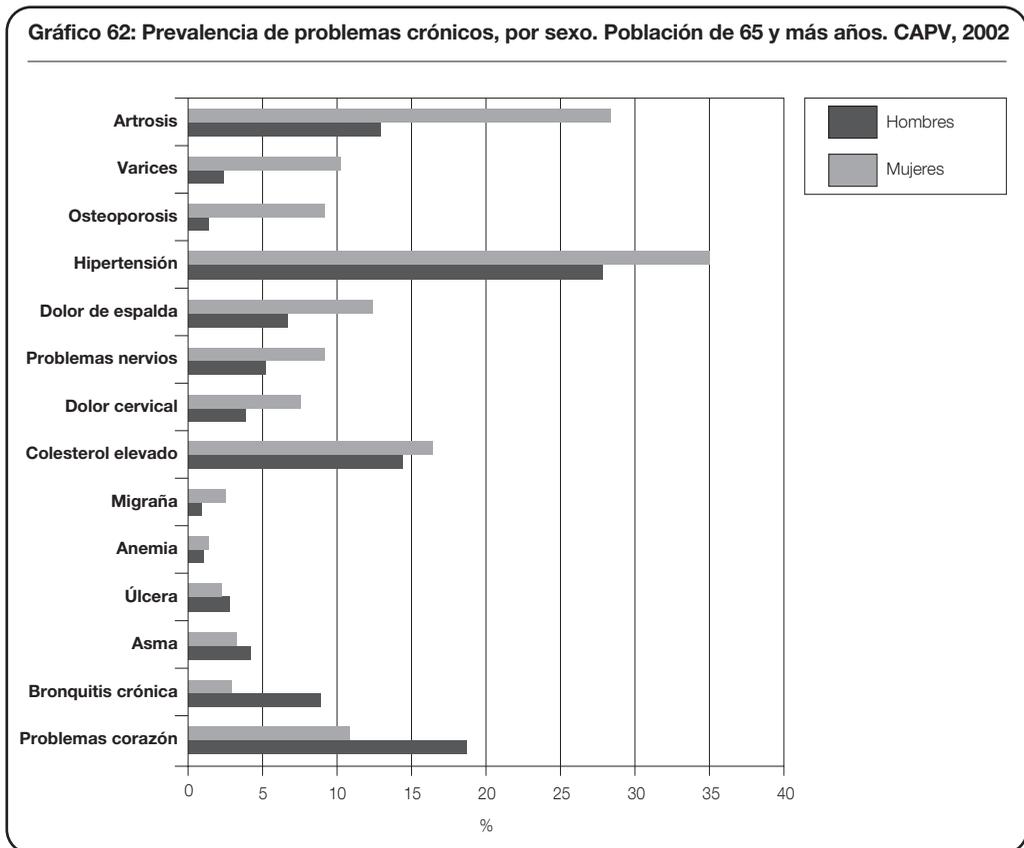
Gráfico 61: Prevalencia de problemas crónicos, por sexo. Población de 45 a 64 años. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En cuanto al padecimiento de problemas crónicos, la prevalencia es, de nuevo, mayor en las mujeres. Frente al 42,2% de los hombres que afirman padecer, al menos, un problema crónico, esta cifra se incrementa hasta un 46,3% en el caso de las mujeres. Si realizamos un análisis más pormenorizado de los problemas crónicos más frecuentes en cada sexo, podemos observar que la mayoría son más prevalentes en las mujeres y que existe un patrón de enfermar diferente por sexo que merece la pena resaltar: en los

hombres de 45 a 64 años, los problemas crónicos más prevalentes son la hipertensión, el colesterol, los problemas de corazón, de úlceras y la bronquitis crónica, que suelen asociarse a unos estilos de vida menos saludables como el consumo de alcohol, de tabaco y una dieta poco equilibrada. En las mujeres, la frecuencia de problemas musculoesqueléticos (dolor de espalda, artrosis o dolor cervical), así como psicósomáticos o de salud mental (migrañas o problemas de nervios) es más elevada y está relacionada, en parte, con unas condiciones de vida cotidiana (trabajo doméstico y su conciliación con el trabajo remunerado) más desfavorables. Estos patrones específicos en hombres y mujeres se observan también en la población mayor de 65 años.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Al contrario de lo que ocurriría con otros hábitos de vida como el consumo de tabaco o de alcohol, menos frecuentes en el caso de las mujeres, el sedentarismo y el bajo peso corporal vuelven a situar a las mujeres en una situación más perjudicial.

Comenzando con la práctica de ejercicio físico, es evidente que las oportunidades para su práctica en los niños y las niñas son aún desiguales ya que la imagen social más popular del deporte es todavía masculina. Además, ser fuertes, estar en forma, ser enérgicos y físicamente activos constituyen elementos que conforman el rol social de los hombres (Carrión, 2006), lo que explica la falta de modelos o referentes para las mujeres, que se ven desincentivadas para su práctica. En las mujeres adultas, además, la falta de hábito creado en la infancia y adolescencia junto con la falta de tiempo, debido a sus responsabilidades en la esfera familiar y la laboral, explicaría la poca disponibilidad para realizar actividades físicas planificadas (Artazcoz y col, 2001; Jausoro y col, 2006).

Respecto al peso corporal, si bien la prevalencia de obesidad es mayor en hombres que en mujeres, salvo en las personas mayores de 65 años, el peso insuficiente es claramente más frecuente en mujeres, especialmente entre las edades de 16 a 24 años. En este grupo, en el que la prevalencia de peso insuficiente es mayor que en el resto, lo padecen el 29,1% de las mujeres frente al 8,1% de los hombres. En el grupo de 25 a 34 años, las diferencias son todavía mayores, ya que existe un 18,8% de mujeres con peso insuficiente frente al 1,4% de hombres. La existencia de un patrón social en este aspecto es también reseñable, ya que las mujeres de clases no manuales (más ricas) muestran porcentajes de peso insuficiente más elevados que las manuales (más pobres), lo cual podría estar relacionado con que las mujeres de clases más favorecidas son más receptivas a los mensajes lanzados desde los medios de comunicación sobre la cultura del culto al cuerpo y la aceptación de los cánones actuales de belleza que fomentan la delgadez extrema. El patrón, en cambio, es inverso en el caso de la obesidad, siendo más obesas las mujeres de clase social manual (más pobre) en ambos grupos de edad.

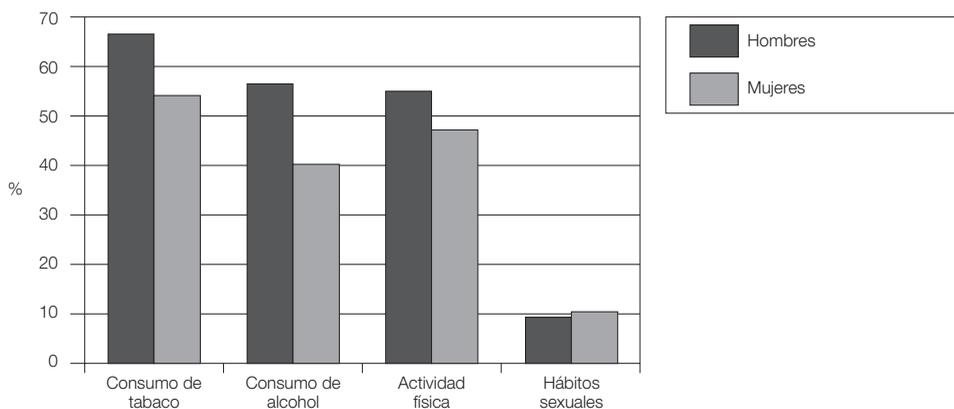
Tabla 10: Prevalencia de peso insuficiente y obesidad en mujeres de 16 a 34 años, por clase social. CAPV, 2002

Edad	Clase social	Peso insuficiente	Obesidad
16-24	No manuales	33,2	1,4
	Manuales	27,2	2,0
25-34	No manuales	23,1	2,6
	Manuales	16,4	3,5

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por último, y en relación al acceso y uso de los servicios sanitarios en la CAPV, también se evidencia la existencia de desigualdades de género. En el caso de la AP, su capacidad para prevenir y modificar los hábitos de vida relacionados con la salud que hemos mostrado es importante (Goldstein y col, 2004) y, por ello, resulta de gran interés analizar si existen desigualdades por razón de género en el consejo médico preventivo que se da en la consulta de atención primaria. Tal y como puede verse en el siguiente gráfico, las mujeres han sido preguntadas sobre sus hábitos de vida en menor medida que los hombres, a excepción de los hábitos sexuales. En el caso concreto del consumo de alcohol, tal diferencia asciende al 40%.

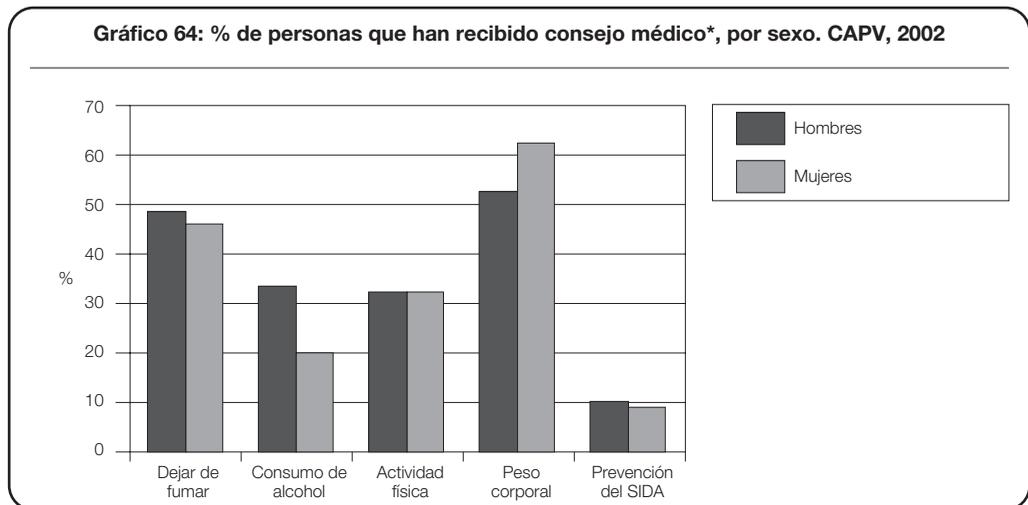
Gráfico 63: % de personas que han sido preguntadas sobre ciertos hábitos de vida, por sexo. CAPV, 2002



Fuente: Departamento de Sanidad, 2004

En base a tales resultados, podría pensarse que, probablemente debido a la mayor proporción de hombres que consumen tabaco y alcohol, el personal sanitario en atención primaria es más tendente a realizarles preguntas sobre sus hábitos de vida relacionados con la salud. A pesar de que tal conclusión ya no se sostendría en el caso de la actividad física (debido al mayor sedentarismo de las mujeres y, a la vez, la mayor proporción de hombres preguntados sobre la actividad física), si observamos el siguiente gráfico, parece que el sesgo de género en relación al consejo preventivo del personal sanitario es todavía más evidente.

Tal y como puede verse, entre la población fumadora y bebedora habitual, las mujeres reciben menos consejo que los hombres para dejar de fumar o reducir su consumo de alcohol. En el caso de la prevención del sida, las diferencias son pequeñas, e inexistentes en el caso de la actividad física. Por último, merece la pena resaltar que, pese a la mayor prevalencia de obesidad entre los hombres, las mujeres son aconsejadas en mayor medida sobre su peso corporal, lo cual pondría de relieve la influencia en los servicios sanitarios del modelo estético corporal dominante para las mujeres, que ejerce sobre ellas una mayor presión social para que sus cuerpos sean más delgados y las sanciona más severamente por su sobrepeso y obesidad.



*Los denominadores de esas proporciones son: en el caso de dejar de fumar, la población fumadora habitual; en el consumo de alcohol, la población bebedora habitual; en la actividad física, la población sedentaria; y en el peso corporal, la población obesa.

Fuente: Departamento de Sanidad, 2004

Otro aspecto analizado en la CAPV en relación al acceso desigual por género a los servicios sanitarios ha sido el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio. Además de tardar más tiempo en recibir los primeros cuidados debido a que acuden más tarde al hospital, la probabilidad de las mujeres de recibir este tratamiento es inferior al de los hombres y disminuye, además, a medida que aumenta su edad (Aldasoro y col, 2007).

La existencia de este diferente patrón descrito según sexo en la mortalidad y en la morbilidad hace de las medidas que integran esas dos dimensiones en un único indicador herramientas de análisis especialmente útiles para una descripción más comprehensiva de las desigualdades de género en salud. Es el caso de las esperanzas en salud, dentro de las que se incluye la esperanza en buena salud⁴⁵ (EVBS). La tabla 11 muestra los resultados de la esperanza en buena salud a los 15 años en los hombres y las mujeres de la CAPV en el periodo 2002-2004, y su comparación con la esperanza de vida en ese mismo periodo.

⁴⁵ La esperanza de vida en buena salud expresaría el número de años que una persona esperaría vivir en buena salud, si experimentara la mortalidad y estado de salud de los diferentes grupos de edad de la población general en ese periodo (en este caso 2002-2004).

En consonancia con lo que se ha recogido a lo largo del apartado 3.2.1., las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, pero también es mayor la proporción de vida que esperan vivir con mala salud. Así, mientras que una mujer a los 15 años espera vivir en mala salud el 22,24% de la vida que le resta, en el caso de los hombres tal porcentaje es del 17,69%. La diferencia se hace mayor con los años, de manera que a los 80, mientras que una mujer espera vivir el 48,6% de su vida restante con mala salud, para un hombre este porcentaje se reduce al 40,5%.

Tabla 11: Esperanza de vida (EV), esperanza de vida en buena salud (EVBS) y esperanza en mala salud (total de años y % sobre la EV) a diferentes edades. CAPV, 2002-2004

	EV	EVBS			Esperanza en mala salud	
		Años	IC 95%*		Años	% (sobre EV)
Hombres						
15 años	62,41	51,36	50,78	51,95	11,04	17,69
40 años	38,38	28,67	28,15	29,19	9,71	25,31
65 años	17,14	11,12	10,72	11,53	6,02	35,12
80 años	7,60	4,52	4,12	4,92	3,08	40,55
Mujeres						
15 años	69,54	54,08	53,48	54,67	15,47	22,24
40 años	45,03	31,20	30,69	31,71	13,84	30,73
65 años	21,85	12,72	12,33	13,11	9,13	41,79
80 años	9,77	5,02	4,69	5,35	4,75	48,61

* Intervalo de confianza de la EVBS al 95%

Fuente: Elaboración propia

3.2.2. Relativizando la paradoja de la mayor longevidad pero peor salud de las mujeres: el papel de los roles familiares y laborales en las desigualdades de género en la salud

Si bien es cierto que la paradoja sobre la mayor mortalidad masculina y la mayor morbilidad femenina ha sido ampliamente analizada desde la década de los 70 (Nathanson, 1975; Verbrugge, 1976; Waldron, 1983), más recientemente algunos/as autores/as han querido relativizarla afirmando que el supuesto sobre la mayor morbilidad femenina no es universal (Haavio-Manila, 1986; Kandrack y col, 1991; Hrabá y col, 1996). De hecho, si se consideran otras variables de carácter sociodemográfico como la edad, la clase social o las cargas de trabajo, las desigualdades de género en la salud y la enfermedad no siguen siempre el mismo patrón. Muy al contrario, se ha mostrado la existencia de una importante variabilidad en el estado de salud de las mujeres, dependiendo de su situación laboral, su clase social y las cargas de trabajo derivadas de la ocupación laboral y las exigencias familiares (Verbrugge, 1989; Macintyre y col, 1996; Arber y Cooper, 1999; Annandale y Hunt, 2000; Walters y col, 2002; Artazcoz y col, 2002).

Por su parte, la paulatina incorporación de la mujer al mercado de trabajo no ha venido acompañada de una corresponsabilidad de los hombres en la realización de las tareas del hogar. En un contexto en el que el trabajo remunerado es mayoritariamente a tiempo completo, la población anciana crece y los recursos comunitarios para el cuidado de las personas son limitados, se plantean varios interrogantes relacionados con el efecto que puede conllevar la conciliación de la vida familiar y laboral en la salud de las mujeres: ¿Tienen las ocupadas mejor salud que las paradas o las amas de casa en la CAPV? ¿La salud de las mujeres ocupadas se ve afectada dependiendo de las responsabilidades familiares que asumen? ¿Cómo influyen en estas relaciones la clase social y el apoyo social con que se cuenta?

En este apartado, se analiza la relación de las cargas familiares y laborales con la salud, determinando qué papel juegan en la explicación de las desigualdades de género en la salud. Para ello, en primer lugar, se exponen los resultados del análisis de la relación entre la situación laboral y la salud en los hombres

y las mujeres de la CAPV para, posteriormente, ver qué ocurre con la salud de las mujeres que tienen un trabajo remunerado en función del grado de equidad con la que reparte las tareas domésticas con su pareja. Como introducción de este segundo punto, se incluye una descripción de las desigualdades de género en la distribución de las cargas de trabajo remunerado, doméstico y de cuidados en la CAPV, a partir de la Encuesta de Presupuestos de Tiempo de 2003 (EPT'03), llevada a cabo por Eustat (Instituto Vasco de Estadística). Para finalizar, y a modo de conclusión, se ofrece una visión conjunta del fenómeno, que nos permita observar cuál de las situaciones en función de la situación laboral y el reparto de tareas domésticas es más beneficiosa para la salud de las mujeres.

3.2.2.1. *Situación laboral y salud: un patrón diferente en hombres y mujeres*

Diferentes estudios han demostrado que la situación laboral de las personas guarda una estrecha relación con su salud, en el sentido de que aquéllas con un trabajo remunerado gozan de mejor salud que las que no lo tienen (Jin y col, 1995; Mathers y Schofield, 1998; Benach y col, 2004; Virtanen y col, 2005). Son varias las razones que pueden explicar este efecto beneficioso del trabajo sobre la salud, comenzando por que, para la mayor parte de las personas, el trabajo constituye la principal fuente de ingresos económicos, además de proporcionar otros beneficios menos tangibles relacionados con la autoestima, el estatus social, el apoyo social y la estructuración temporal de la vida cotidiana (Bartley, 1994). En el caso específico de las mujeres, también existe evidencia acerca del mejor estado de salud de las que tienen un trabajo remunerado frente a las amas de casa, una relación no atribuible simplemente a un “efecto de la trabajadora sana”⁴⁶ (Waldron y col, 1998; Arber, 1997). Sin embargo, tales beneficios pueden desaparecer cuando se trata de trabajos precarios, peligrosos, monótonos o en los que las personas no pueden utilizar sus habilidades o no pueden tomar decisiones sobre los mismos (Artazcoz y col, 2005). Por ello, al analizar la relación entre el trabajo y la salud, es necesario considerar la influencia de la clase social ya que nos aportará la información más cercana sobre el tipo de trabajo remunerado que realizan las personas.

Por su parte, el desempleo, tal y como ocurre con otros condicionantes socioeconómicos, expone a las personas a situaciones de estrés físico, social y psicológico que se relacionan con un peor estado de salud (Kagan, 1987). Una revisión de la evidencia, publicada en 1998, señaló la existencia de una relación entre el desempleo y la mortalidad, la peor salud mental, la peor autovaloración de la salud y diversos hábitos de vida relacionados con la salud como el mayor consumo de tabaco y alcohol y una peor dieta (Mathers y Schofield, 1998).

En el Estado español, el desempleo ha sido relacionado con una peor salud en Barcelona, donde fue más evidente en el caso de la población desempleada que no recibía ningún subsidio, la cual mostraba una mayor prevalencia de hábitos no saludables como fumar, mayor prevalencia de enfermedades crónicas y psicológicas, y un mayor uso de los servicios sanitarios (Rodríguez, 1994). En Valencia también se halló que los trastornos psicológicos eran ocho veces más prevalentes entre quienes manifestaban hallarse en situación inestable o de desempleo en los últimos seis meses respecto a los/as que tenían un trabajo estable (Garrido y col, 1994).

Tomando en consideración este marco de análisis, en el siguiente apartado se analiza la salud de los hombres y mujeres de 24 a 65 años según su situación laboral, es decir, en función de si tienen un trabajo remunerado o, por el contrario, están en desempleo⁴⁷. En el caso de las mujeres, la comparación

⁴⁶ Tal y como explicábamos en el apartado 3.1.3., el efecto o sesgo de la trabajadora sana hace alusión a que aquellas mujeres que desempeñan roles relacionados con el trabajo remunerado son las que cuentan, de antemano, con un mejor estado de salud y pueden, por lo tanto, incorporarse al mercado laboral.

⁴⁷ Este análisis no incluye a las personas que se declararon hijos/as en el hogar ni a las personas desempleadas que declararon estar buscando su primer empleo.

incluye, además, a aquéllas que se dedican a las tareas del hogar⁴⁸. En cuanto a las variables de salud de interés, se ha calculado la razón de prevalencias (RP)⁴⁹ de la mala salud percibida, ajustada por edad y por la clase social de pertenencia (manual y no manual), y las puntuaciones medias de las dimensiones del SF-36, ajustadas por edad.

• Resultados

En relación a la mala salud percibida, en la siguiente tabla⁵⁰ puede observarse que en la CAPV los hombres desempleados tienen un 42% más de probabilidad de percibir su salud como mala que los que tienen un trabajo remunerado (RP 1,42; IC95% 1,04-1,93), independientemente también de su clase social (RP 1,40; IC95% 1,00-1,88). Esta relación es más intensa en los hombres de clase manual (más pobres), en los que la probabilidad de declarar mala salud se multiplica por 1,58 (RP 1,58; IC95% 1,19-2,09) si se encuentran desempleados. Entre los más ricos, en cambio, la tendencia se mantiene aunque la relación deja de ser estadísticamente significativa (RP 1,39; IC95% 0,77-2,50).

Tabla 12: Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral, ajustado por edad y clase social. Hombres. CAPV, 2002

	Hombres N=1.595			
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Situación laboral				
En paro	1,42 (1,04-1,93)	0,03	1,40 (1,04-1,88)	0,03
Trabajando	1		1	
Clase social				
Manual			1,26 (1,09-1,45)	0,00
No manual			1	

*RP: Razón de Prevalencias
** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Tabla 13: Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral, según clase social. Hombres. CAPV, 2002

	Manuales N=848		No manuales N=752	
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Situación laboral				
En paro	1,58 (1,19-2,09)	0,00	1,39 (0,77-2,50)	0,27
Trabajando	1		1	

*RP: Razón de Prevalencias
** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

⁴⁸ La baja frecuencia de hombres con dedicación exclusiva a las tareas domésticas en la ESCAV '02 no permite realizar este análisis para los hombres.

⁴⁹ La razón de prevalencias (RP) es una medida de asociación que expresa cuánto más probable es una determinada condición (por ejemplo, la mala salud) en un determinado grupo respecto a otro grupo (grupo de referencia). Una definición más amplia de la razón de prevalencias (RP) puede hallarse en el Anexo metodológico.

⁵⁰ Una extensa explicación acerca de cómo interpretar las siguientes tablas puede hallarse en el Anexo metodológico.

En el caso de las mujeres, la relación entre la situación laboral y su salud es menos intensa que en los hombres. En este sentido, aquéllas que se dedican a las tareas domésticas valoran significativamente peor su salud que las que trabajan en el mercado laboral (RP 1,14; IC95% 1,01-1,29), relación que se mantiene incluso teniendo en cuenta el efecto de su clase social. Todavía es peor la valoración que hacen de su salud las mujeres en paro, cuya probabilidad de calificarla como mala aumenta un 30% con respecto a las mujeres que tienen un trabajo remunerado (RP 1,30; IC95% 1,00-1,71). Esta relación también se mantiene tras eliminar el efecto de la clase social.

Al realizar el análisis por clase social, se observa que el beneficio del trabajo remunerado en la salud es más claro en las mujeres ricas, en las que ser ama de casa sigue aumentando significativamente la probabilidad de tener mala salud con respecto a las trabajadoras en un 22% (RP1,22; IC95% 1,01-1,48).

Tabla 14: Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral, ajustado por edad y clase social. Mujeres. CAPV, 2002

	Mujeres N=2.155			
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Situación laboral				
Tareas domésticas	1,14 (1,01-1,29)	0,04	1,13 (0,99-1,28)	0,06
En paro	1,30 (1,00-1,71)	0,05	1,29 (0,88-1,69)	0,06
Trabajando	1		1	
Clase social				
Manual			1,13 (1,01-1,27)	0,03
No manual			1	

*RP: Razón de Prevalencias

** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Tabla 15: Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral, según clase social. Mujeres. CAPV, 2002

	Manuales N=1.223		No manuales N=932	
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Situación laboral				
Tareas domésticas	1,14 (0,97-1,34)	0,10	1,22 (1,01-1,48)	0,04
En paro	1,13 (0,79-1,62)	0,50	1,39 (0,90-2,14)	0,13
Trabajando	1		1	

*RP: Razón de Prevalencias

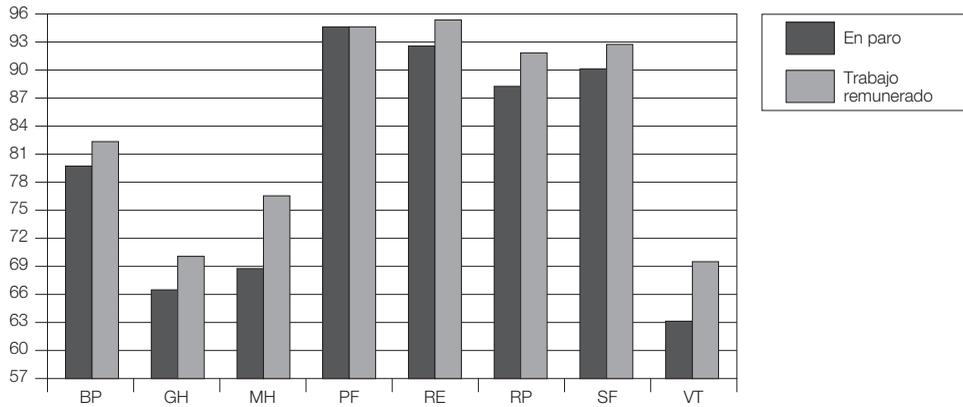
** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En relación a la calidad de vida relacionada con la salud (medida a partir del SF-36), las diferencias según la situación laboral son más evidentes entre los hombres, para los que estar en paro significa

obtener puntuaciones más bajas en todas las dimensiones, a excepción de la función física (PF). En el resto de dimensiones del SF-36, poseer un trabajo remunerado se asocia a una mejor calidad de vida relacionada con la salud, con diferencias estadísticamente significativas en la salud mental (MH) y la vitalidad (VT), tras considerar también el efecto de la clase social.

Gráfico 65: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36*, por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Hombres. CAPV, 2002

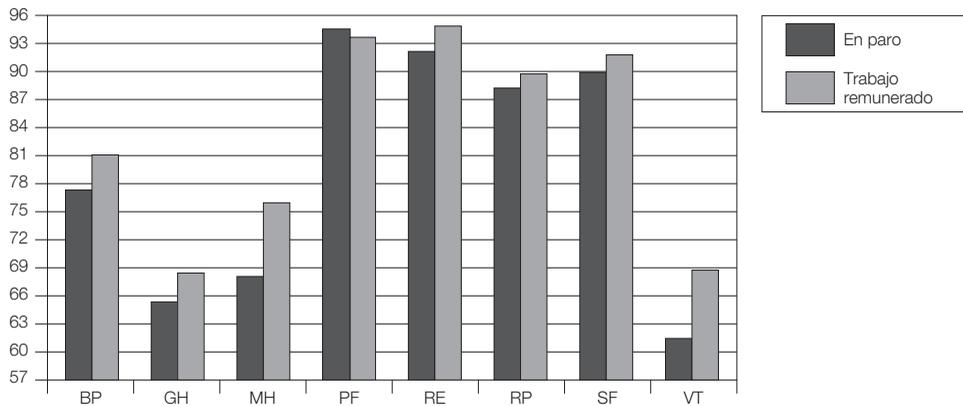


*La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Al igual que en la autovaloración de la salud, el efecto protector del trabajo remunerado es mayor en las clases manuales (más pobres), en las que, nuevamente, se observan las mayores diferencias en las dimensiones de la salud mental (MH) y la vitalidad (VT).

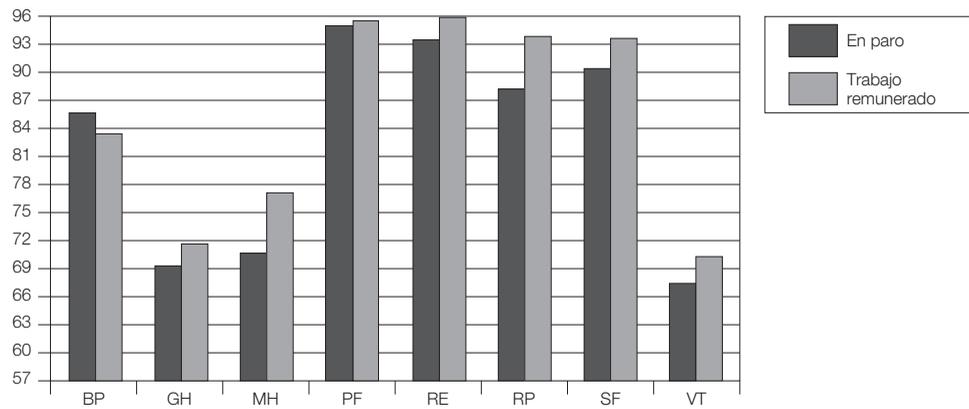
Gráfico 66: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36*, por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Hombres de clase social manual. CAPV, 2002



*La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 67: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36*, por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Hombres de clase social no manual. CAPV, 2002

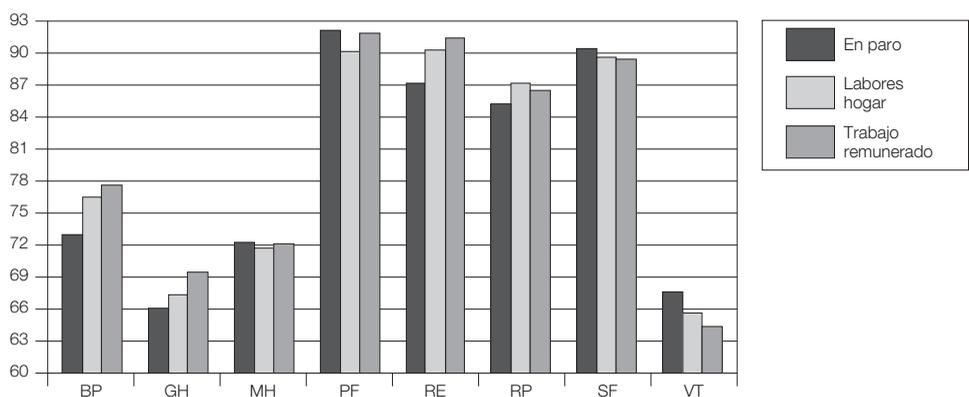


*La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En el caso de las mujeres, la relación entre la situación laboral y la calidad de vida relacionada con la salud no es tan clara. Tal y como muestra el siguiente gráfico, las mujeres con un trabajo remunerado únicamente puntuaban mejor que las paradas y las amas de casa en cuatro de las ocho dimensiones: el dolor corporal (BP), la salud general (GH), el rol emocional (RE) y la salud mental (MH). En el caso del rol físico (RP), la puntuación mayor corresponde a las que se dedican a tiempo completo a las labores del hogar, mientras que en las tres restantes- función física (PR), función social (SF) y vitalidad (VT)- las paradas obtienen las puntuaciones medias más elevadas.

Gráfico 68: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36* por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Mujeres. CAPV, 2002



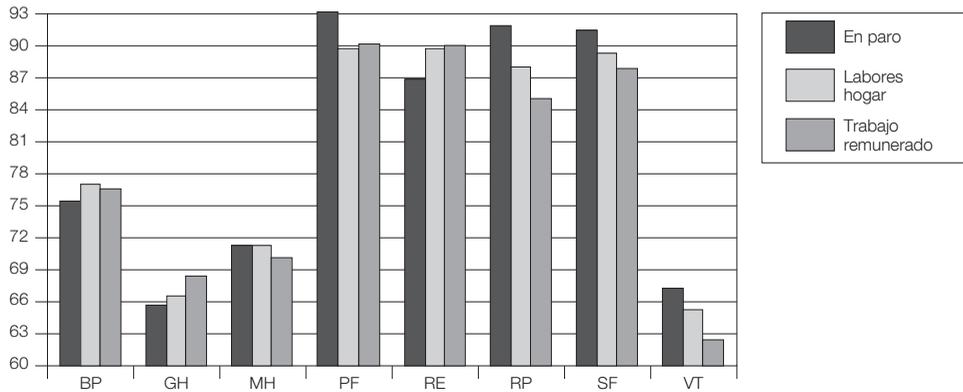
*La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

De igual forma que en la autovaloración de la salud, el efecto beneficioso del trabajo remunerado es más evidente entre las mujeres de clase no manual (más ricas). Con la excepción de la vitalidad (VT),

las puntuaciones medias de las mujeres trabajadoras son las más elevadas, mientras que en las de clase manual (más pobres) el patrón no es claro o incluso es contrario, ya que en cinco de las dimensiones las puntuaciones de las mujeres desempleadas son las más elevadas.

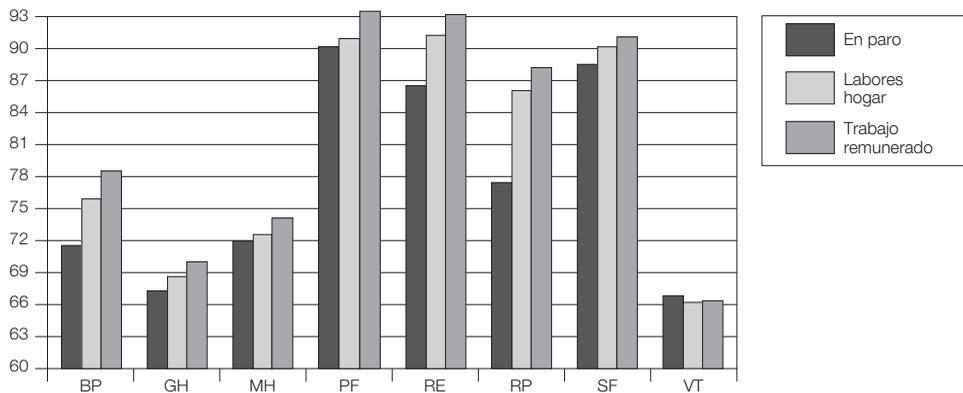
Gráfico 69: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36* por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Mujeres de clase social manual. CAPV, 2002



*La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 70: Puntuaciones de las dimensiones del SF-36* por situación laboral. Medias estandarizadas por edad. Mujeres de clase social no manual. CAPV, 2002



*La definición de las dimensiones se recoge en la Tabla 1 y en el Glosario de Términos

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Con todo ello, podemos afirmar que el trabajo remunerado es un elemento que protege la salud de los hombres, bien sea considerando la autovaloración de la salud como la calidad de vida relacionada con la salud, siendo más claro entre aquéllos de clase manual (más pobres).

En el caso de las mujeres, la relación observada entre la situación laboral y la salud es menos intensa que en los hombres. Por clase social, el efecto beneficioso del trabajo remunerado se observa claramente

en las mujeres de clase social no manual (más ricas) pero no en las más pobres. En este aspecto debe tenerse en cuenta la segregación por sexo del mercado laboral, que otorga a las mujeres, sobre todo a las de clase social más baja, empleos más precarios, de menor prestigio social y en peores condiciones, lo que podría anular el carácter protector de trabajar fuera de casa, debido al efecto negativo de tener un trabajo de estas características.

Además, y como veremos en el siguiente apartado, la división de las tareas domésticas en el hogar, más desigual en las mujeres de clase manual (más pobres), puede ayudar a explicar parte de estas diferencias entre las mujeres de clases manuales y no manuales en la relación entre el trabajo remunerado y la salud.

Estos resultados son coherentes con otros estudios realizados en el ámbito español, en los que se ha señalado que el efecto beneficioso del trabajo remunerado era mayor en las clases sociales más aventajadas (Rohlfis y col, 1997; Fernández y col, 2000).

3.2.2.2. *Compaginación del trabajo doméstico y remunerado: desigualdad en el hogar y su impacto en la salud de las mujeres ocupadas de la CAPV*

La compaginación del trabajo doméstico y remunerado supone habitualmente para las mujeres un sobreesfuerzo diario que impacta negativamente en diferentes aspectos de su vida (Sánchez, 2005; CES, 2003). En relación a la salud, la combinación del volumen del trabajo doméstico y la participación en el mercado laboral, ha sido asociado a un peor estado de salud, más evidente cuanto mayor es la carga total de trabajo y en las clases socioeconómicas más desfavorecidas (Artazcoz y col, 2004b; Fernández y col, 2000; Bartley y col, 1999).

Para comprobar cuál es la situación al respecto en la CAPV, en este apartado se analiza el estado de salud de las mujeres que viven en pareja y tienen un trabajo remunerado, según la distribución del trabajo doméstico entre los miembros de la pareja, para determinar si existe relación entre la distribución de las tareas del hogar y la salud de las mujeres con un trabajo remunerado.

Como introducción y contextualización de dicho análisis, se realiza una descripción general de cómo se distribuyen las cargas laborales y familiares entre los hombres y las mujeres que viven en pareja en la CAPV, utilizando para ello la Encuesta de Presupuestos de Tiempo (EPT'03), llevada a cabo por Eustat (Instituto Vasco de Estadística) en 2003.

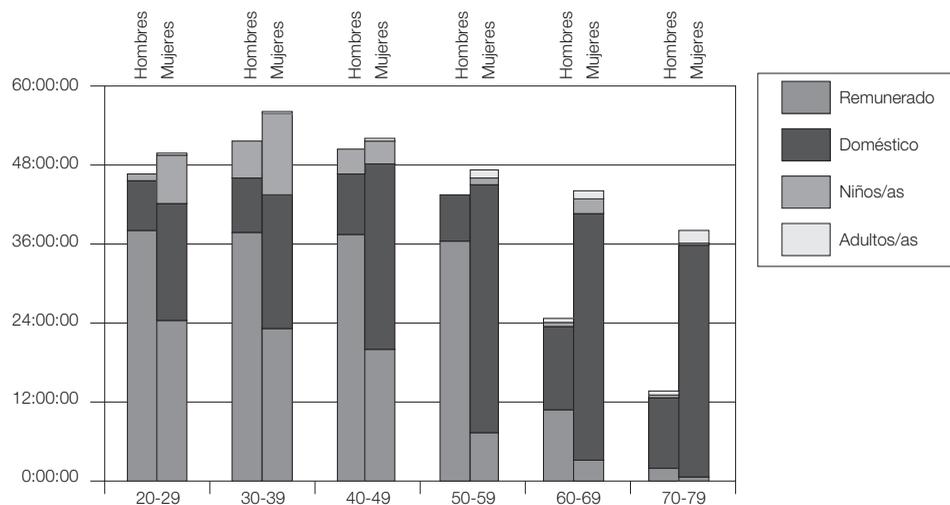
3.2.2.2.1. *Desigualdad en la distribución del trabajo doméstico y remunerado*

A pesar de algunas limitaciones metodológicas (Carrasco y col, 2004), las encuestas de presupuestos de tiempo son una buena herramienta para el análisis de las desigualdades de género (Álvaro, 1996). En los últimos años, diversos estudios han analizado diferentes encuestas de tiempos en el contexto español, haciendo manifiestas las desigualdades existentes en el uso del tiempo entre hombres y mujeres (Durán, 1986; Izquierdo y col, 1988; Ramos, 1990; Colectivo IOE, 1996; Carrasco y col, 2004; Larrañaga y col, 2004; Eustat, 2006).

En el caso de la CAPV, también existen importantes desigualdades por sexo en el tiempo dedicado a las diferentes actividades como el trabajo doméstico, el trabajo remunerado o el cuidado de personas (niños/as y adultos/as). Para comenzar, en el siguiente gráfico podemos comprobar que la carga global de trabajo⁵¹ asumida por las mujeres que conviven en pareja en la CAPV es superior a la de los hombres en todas las edades.

⁵¹ El concepto de carga global de trabajo engloba tanto el trabajo remunerado como el no remunerado (en este caso doméstico y de cuidados). Dentro de la carga global de trabajo se puede considerar también el trabajo voluntario en organizaciones pero, en este caso, el tiempo dedicado a esas labores excede los límites de nuestro objeto de estudio.

Gráfico 71: Horas semanales de carga global del trabajo (trabajo remunerado, doméstico y cuidado de niños/as y personas adultas), por sexo y edad. Personas que viven en pareja. CAPV, 2003



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Presupuestos de Tiempo 2003

La adopción de nuevos roles por parte de las mujeres en las últimas décadas, así como el cambio en los valores en torno a la igualdad entre hombres y mujeres, puede estar modificando esta desigualdad. En este sentido, si realizamos un análisis por grupos de edad, podremos aproximarnos a la evolución que ha seguido la desigual distribución de tiempos en hombres y mujeres.

Comenzando por los grupos en los que todos sus miembros están en edad activa⁵² (de 20 a 59 años), puede establecerse una diferencia clara entre el grupo de 50 a 59 años y los restantes de menor edad. En el primer caso, las diferencias en la distribución del tiempo son claras, ya que los hombres dedican mucho más tiempo al trabajo remunerado que al doméstico y de cuidados, mientras que en las mujeres ocurre lo contrario. Estas últimas, además, dedican más tiempo a las tareas domésticas que los hombres al trabajo remunerado, lo que conlleva una mayor carga global de trabajo para ellas.

En los grupos más jóvenes, las diferencias del tiempo dedicado al trabajo remunerado son menores debido a la progresiva incorporación de las mujeres al mercado laboral. También son menores las relativas al trabajo doméstico ya que las mujeres jóvenes le dedican menos tiempo que las generaciones mayores, y los hombres han mantenido más o menos constante su participación en el mismo. Como el aumento en el tiempo dedicado al trabajo remunerado por parte de estas mujeres jóvenes ha sido mayor que el descenso en el tiempo del trabajo doméstico, las desigualdades en la carga global de trabajo entre hombres y mujeres son mayores en las parejas de edades jóvenes que en las de 50-59 años. Como ejemplo, se puede observar que en el grupo de edad de 30 a 39, las mujeres asumen semanalmente 7 horas más de trabajo global que los hombres, mientras que en las mujeres de 50 a 59 años, tal diferencia se reduce a 2 horas.

Además, se podría pensar que las parejas menores de 50 años realizan las tareas domésticas necesarias para el mantenimiento del hogar en menos tiempo que las mayores de 50 años⁵³, lo que plantea la hipótesis de que las mujeres jóvenes, que deben compatibilizar el trabajo remunerado con el doméstico, además tienen que realizar las tareas del hogar en menos tiempo, lo que probablemente conlleve unos

⁵² La relación con la actividad marca importantes diferencias en la distribución diaria del tiempo en las personas (Eustat, 2006), por lo que conviene analizar por separado los grupos en edad activa de los grupos inactivos de más edad.

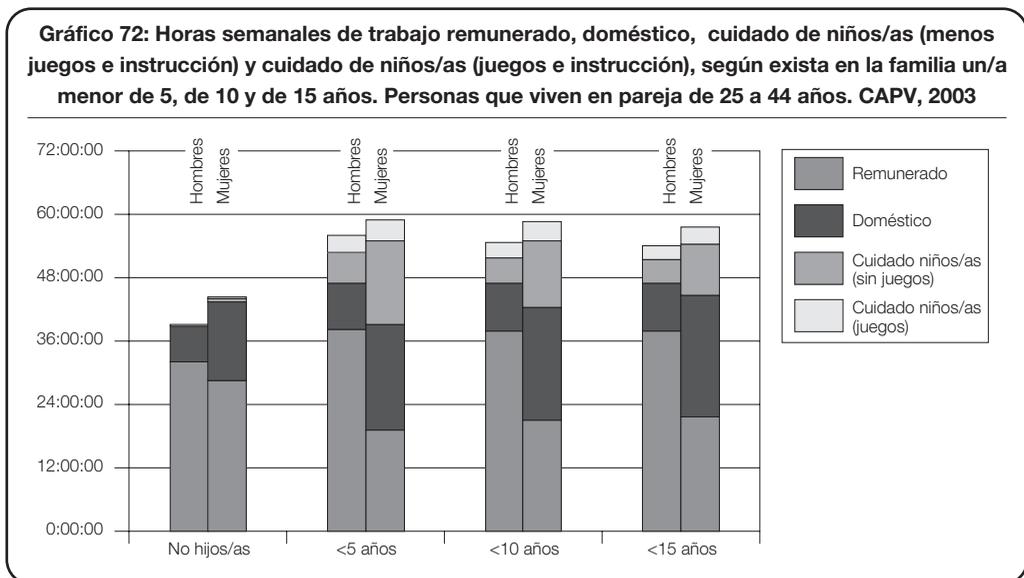
⁵³ Basta con tener en cuenta que en el grupo de 50-59, una pareja dedica al trabajo doméstico cerca de 45 horas a la semana, mientras que en el grupo de 30-39 cerca de 29 horas.

mayores niveles de sobrecarga y estrés, especialmente entre aquéllas de clases más pobres, con menores posibilidades de contratar ayudas externas para la realización de las tareas.

En cuanto a la población mayor de 60 años, mayoritariamente inactiva, el abandono del mercado laboral supone una importante transformación en el uso del tiempo y la organización de la vida diaria. En el caso de la CAPV, la reducción del tiempo de trabajo global es clara en hombres pero mucho menos en mujeres. De esta forma, los hombres de 60 a 69 años dedican al trabajo total (remunerado más doméstico y familiar) casi la mitad de tiempo que el grupo de 50-59, mientras que las mujeres de 60 a 69 apenas dedican un 10% menos que las de 50 a 59. Como consecuencia, se podría afirmar que, tras la jubilación, las desigualdades en el tiempo dedicado al trabajo global entre hombres y mujeres se incrementan, llegando a ser del doble el tiempo dedicado al trabajo global por parte de las mujeres respecto a los hombres, debido a que éstas apenas reducen el tiempo dedicado al trabajo doméstico.

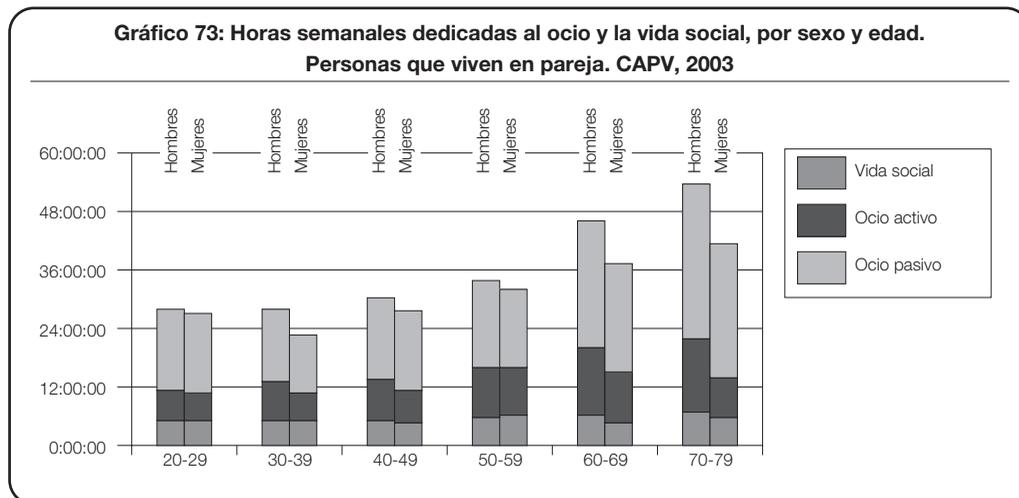
Otro elemento importante a tener en cuenta en el análisis por sexo de la distribución de los tiempos es el paso a tener descendencia, ya que introduce importantes cambios en la configuración diaria del tiempo, con características diferentes en hombres y en mujeres. En el gráfico 72 se observa que tener hijos/as se traduce en un aumento del tiempo dedicado al trabajo remunerado por parte de los hombres, mientras que en las mujeres supone una reducción, especialmente cuando la criatura es más pequeña. Por su parte, el trabajo doméstico aumenta en mucha mayor medida en las mujeres que en los hombres, en los que se mantiene estable independientemente de la edad de la criatura.

En cuanto al tiempo dedicado al cuidado de personas, el aumento es especialmente acusado en las mujeres tras el nacimiento de un/a hijo/a, de forma que su tiempo dobla al de los hombres si el/la menor tiene menos de 5 años. Además de que los hombres dedican menos tiempo a su cuidado, la desigualdad entre los dos sexos es aún mayor cuando no se consideran los cuidados que tienen que ver con los juegos e instrucción de los/as menores, en los que la participación de los hombres alcanza casi la de las mujeres.



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Presupuestos de Tiempo 2003

Como consecuencia de esta distribución desigual de los tiempos de trabajo, la disponibilidad para realizar otras actividades relacionadas con el ocio y la vida social tampoco es igual en hombres que en mujeres. Tal y como muestra el gráfico 73, las mujeres dedican menos tiempo al ocio y la vida social en todas las edades, siendo las diferencias mayores en los grupos de edad más avanzados, en consonancia con la mayor desigualdad en la carga global de trabajo entre hombres y mujeres en tales edades.



Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta de Presupuestos de Tiempo, 2003

3.2.2.2.2. El impacto sobre la salud de las mujeres ocupadas

Analizar qué posible impacto tiene la desigualdad en el reparto de las tareas domésticas sobre la salud de las mujeres ocupadas es el objetivo del siguiente apartado. Para ello, a partir de los datos de la ESCAV '02, se han considerado como variables de resultado la autovaloración de la salud, la calidad de vida relacionada con la salud, la prevalencia de algún problema crónico así como de dos concretos (dolor cervical y problemas de nervios), la prevalencia de fumadoras habituales, la prevalencia de sedentarismo y la prevalencia de dormir menos de siete horas. Todas ellas han sido elegidas por su relación con la disposición de mayor o menor tiempo libre así como por ser posiblemente consecuencia de cargas de trabajo excesivas.

Como variable independiente principal, se ha considerado el tipo de reparto de las tareas domésticas en la pareja, construida a partir de la pregunta recogida en la ESCAV acerca de la frecuencia con la que los miembros de la pareja realizan las labores del hogar (“habitualmente siempre que se realizan”; “habitualmente los finales de semana”; “en raras ocasiones” y “nunca”). Para cada persona que contestó al cuestionario individual y que convivía en pareja se recuperó la respuesta de su pareja a la misma pregunta. De la comparación de ambas respuestas surgen las siguientes tres categorías:

- Reparto de tareas igualitario o favorable para las mujeres: los dos miembros de la pareja coinciden en la frecuencia declarada de la realización de las tareas domésticas o el hombre declara realizar las tareas con mayor frecuencia que la mujer⁵⁴.
- Reparto de tareas muy desigual: la mujer declara realizar las tareas “habitualmente siempre que se realizan” mientras que el hombre afirma no realizarlas “nunca”.
- Reparto de tareas desigual: el reparto no es ni igualitario ni muy desigual. Por tratarse de una categoría “descarte”, sus resultados deben ser interpretados con cautela.

Además, se han considerado la clase social familiar (manual y no manual⁵⁵), el apoyo afectivo (a partir de la escala Duke) con el que cuentan las mujeres y la presencia de mayores de 65 años no dependientes en el hogar. Todas ellas son variables importantes a tener en cuenta en la relación de las exigencias familiares

⁵⁴ Dado el escaso número de casos en los que los hombres declaraban realizar las tareas domésticas con mayor frecuencia que la mujer no fue posible estimar el efecto de esta distribución de roles desigual en la salud de las mujeres, incluyéndose estos casos en “reparto igualitario”.

⁵⁵ La clase no manual se corresponde con los grupos socioeconómicos I, II y III (más ricos), mientras que la manual con los grupos IV y V (más pobres).

y la salud de las mujeres, ya que pueden facilitar o dificultar la compaginación de las mismas. Se trata de tener en cuenta aquellos elementos que pueden favorecer un apoyo económico, práctico o emocional dirigido a asumir parte de la carga de trabajo que, en otro caso, recaería en la mujer trabajadora. En este sentido, se puede pensar que las mujeres de clases no manuales (más ricas) pueden afrontar mejor la doble jornada laboral ya que cuentan con los recursos económicos necesarios para delegar parte de las cargas familiares (cuidado de hijos/as y dependientes) en otras personas. Por su parte, aquéllas otras de clase manual (más pobres), con remuneraciones más bajas, recurrirán a su red de apoyo social cercana, especialmente familiares no dependientes y amigos/as.

Un estudio publicado en 2002 (Artazcoz y col, 2002), con datos que comparaban Andalucía, Cataluña y la CAPV (a partir de los datos de la ESCAV '97), fue el primero en analizar la relación de la combinación de la vida laboral y familiar en el estado de salud percibido de la población vasca ocupada de 25 a 64 años que vivía en pareja. La carga de trabajo doméstico fue medida a partir del número de personas en el hogar (dos, tres y más), la convivencia con menores de 15 años y la convivencia con mayores de 65 años. Entre sus conclusiones, se destacaba que la carga de trabajo doméstico se asociaba a un mal estado de salud sólo en las trabajadoras manuales (más pobres), mientras que en las mujeres de clase social alta no existía relación entre las exigencias familiares y el estado de salud.

En las siguientes tablas y gráficos, se recogen las razones de prevalencias (RP)⁵⁶ y las puntuaciones medias para estimar la relación entre el tipo de reparto de tareas domésticas y las variables de salud. Todos los resultados presentados están ajustados por edad.

- Resultados

Tabla 16: Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

	Trabajadoras remuneradas N=733							
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Reparto tareas								
Muy desigual	1,56 (1,18-2,05)	0,002	1,50 (1,14-1,98)	0,004	1,49 (1,13-1,97)	0,005	1,61 (1,22-2,13)	0,001
Desigual	1,00 (0,78-1,28)	0,985	0,96 (0,74-1,23)	0,733	0,98 (0,77-1,26)	0,895	0,98 (0,76-1,26)	0,871
Igual	1		1		1		1	
Clase social								
Manual			1,18 (0,94-1,47)	0,151				
No manual			1					
Falta de apoyo								
Sí					1,50 (1,11-2,02)	0,008		
No					1			
Presencia > 65								
No							1,50 (0,73-3,08)	0,273
Sí							1	

*RP: Razón de Prevalencias
** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

⁵⁶ La razón de prevalencias (RP) es una medida de asociación que expresa cuánto más probable es una determinada condición (por ejemplo, la mala salud) en un determinado grupo respecto a otro grupo (grupo de referencia). Una definición más amplia de la razón de prevalencias (RP) puede hallarse en el Anexo metodológico.

En relación a la autovaloración de la salud, la tabla 16 muestra que el tipo de distribución de tareas domésticas en el hogar influye significativamente en la salud de las mujeres trabajadoras remuneradas. Así, aquellas mujeres empleadas que realizan el total de las tareas domésticas tienen un 56% más de probabilidad de considerar su salud mala respecto a aquellas cuya distribución de tareas domésticas es igualitaria. Este resultado se mantiene tras eliminar el efecto tanto de la clase social como del apoyo social o la presencia en el hogar de algún mayor de 65 años no dependiente.

Si analizamos qué ocurre en cada clase social –es decir, realizamos el análisis estratificado por clase social (manual y no manual)– podemos observar que la relación entre la distribución de tareas y la mala salud percibida es más fuerte entre las mujeres de clase no manual (más ricas). (Manuales: RP 1,34; IC95% 0,94-1,9; No manuales: RP 1,51; IC95% 0,99-2,31).

Tabla 17: Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por tipo de reparto de tareas domésticas según clase social, ajustado por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

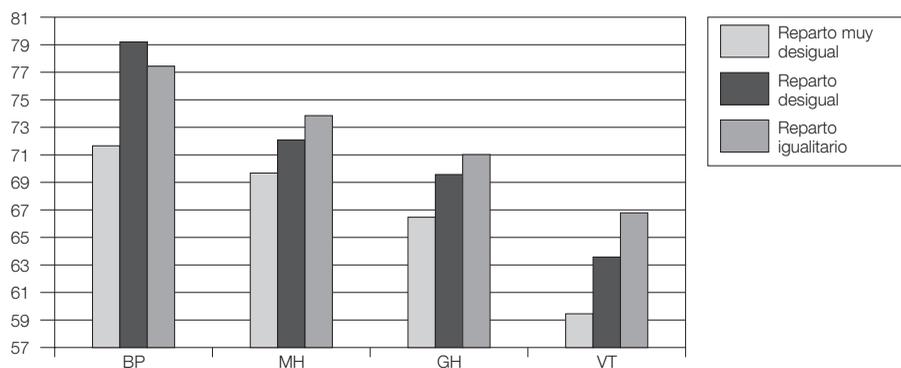
Reparto tareas	Manuales N=351		No manuales N=378	
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Muy desigual	1,34 (0,94-1,90)	0,107	1,51 (0,99-2,31)	0,057
Desigual	0,77 (0,55-1,09)	0,135	1,19 (0,83-1,70)	0,338
Igual	1		1	

*RP: Razón de Prevalencias
** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

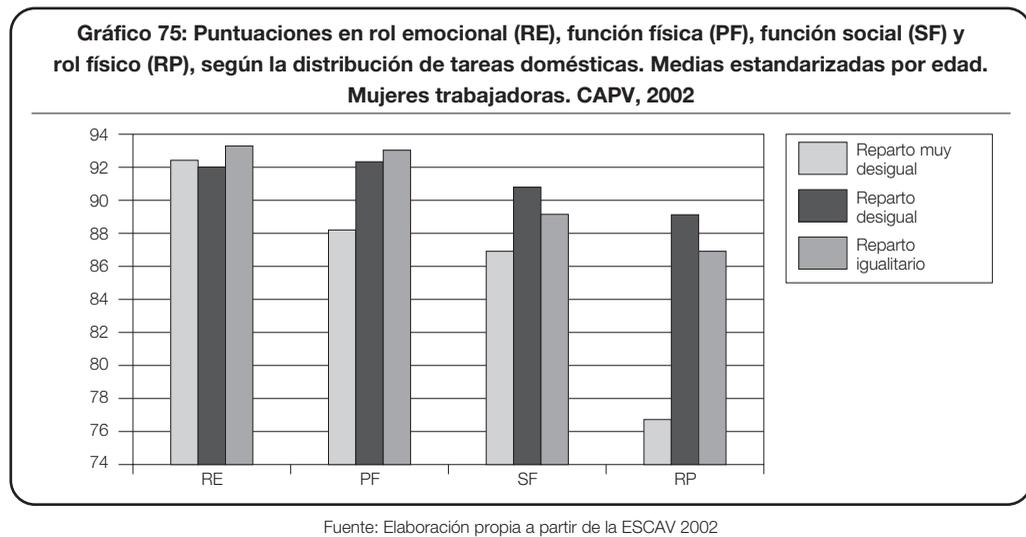
En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), los siguientes dos gráficos muestran que existe un patrón muy claro en la mayoría de sus dimensiones, según el cual las mujeres trabajadoras que realizan en exclusiva las tareas del hogar obtienen peores puntuaciones. Las diferencias observadas en las dimensiones de la función física (PF), el rol físico (RP), la salud general (GH) y la vitalidad (VT) son estadísticamente significativas, considerando también la influencia que ejerce la clase social.

Gráfico 74: Puntuaciones en dolor corporal (BP), salud mental (MH), salud general (GH) y vitalidad (VT), según la distribución de tareas domésticas. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Como puede observarse, la categoría “reparto desigual” muestra un comportamiento variable, ya que si bien en la mitad de las dimensiones toma valores intermedios entre las categorías extremas, en otras sus valores son mayores que las igualitarias o menores que las muy desiguales. Este hecho se debe, probablemente, a que se trata de una categoría que engloba situaciones muy diversas.



Si realizamos un análisis estratificado por clase social de cada una de las dimensiones, observamos que, con la excepción del rol emocional (RE) y la función social (SF), en el resto de las dimensiones se muestran dos características comunes:

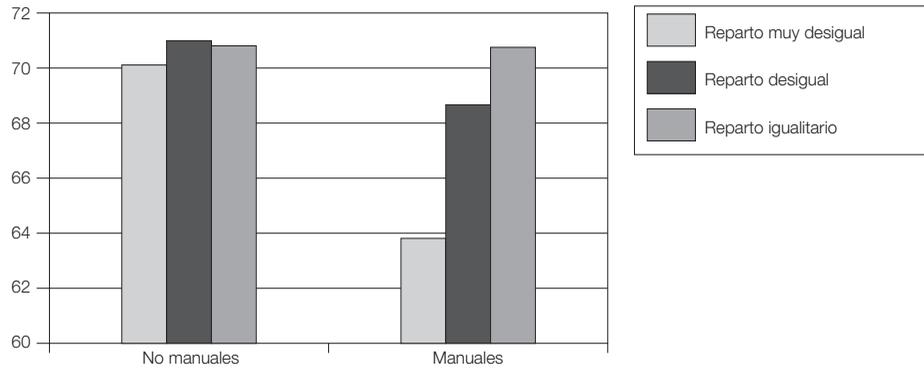
- Las puntuaciones de las trabajadoras con una distribución muy desigual de las tareas son inferiores a las que conviven en un hogar con una distribución igualitaria de las mismas, tanto en las clases manuales como en las no manuales.
- Las puntuaciones de las trabajadoras manuales (más pobres) son inferiores a las no manuales (más ricas), en todas las categorías de reparto de las tareas del hogar.

En tres de esas dimensiones (la salud general (GH), la función física (PF) y el rol físico (RP)), el tipo de distribución de las tareas domésticas establece una mayor desigualdad entre las mujeres más pobres. En el resto de las dimensiones, el impacto del tipo de distribución de las tareas es mayor entre las mujeres de clases no manuales (más ricas), especialmente en la salud mental (MH) y la vitalidad (VT) y, en menor medida, en el dolor corporal (BP).

En las dos dimensiones restantes (el rol emocional (RE) y la función social (SF)), las mujeres de clase social manual (más pobre) no se ajustan al patrón descrito, común en las anteriores dimensiones, que establece mayores puntuaciones en las mujeres con una distribución de tareas igualitaria.

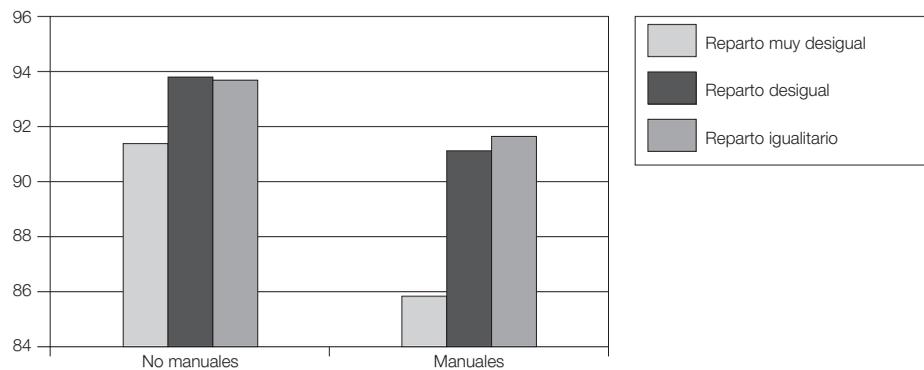
En los siguientes gráficos (76 a 83), se puede observar cada una de las tendencias comentadas.

Gráfico 76: Puntuaciones en salud general (GH), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



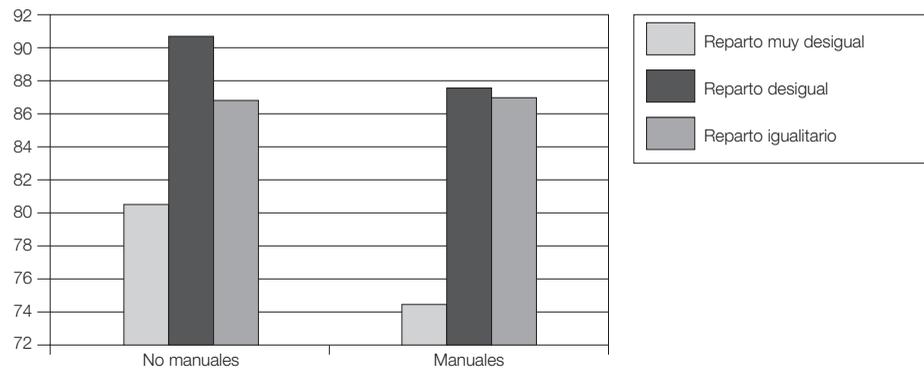
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 77: Puntuaciones en función física (PF) según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



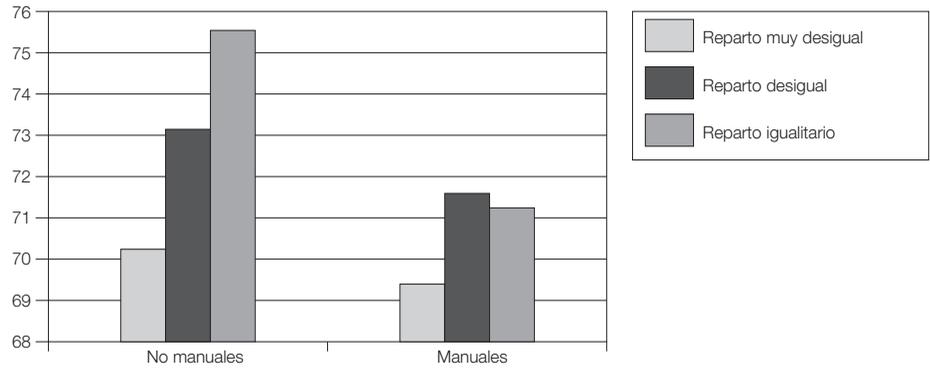
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 78: Puntuaciones en rol físico (RP), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



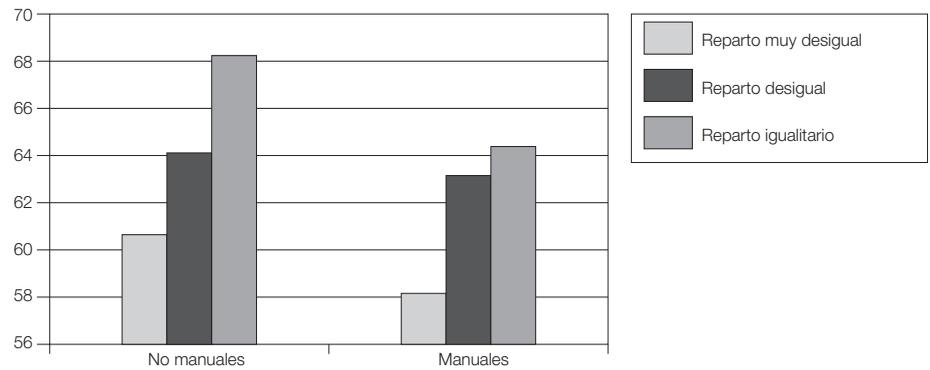
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 79: Puntuaciones en salud mental (MH), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



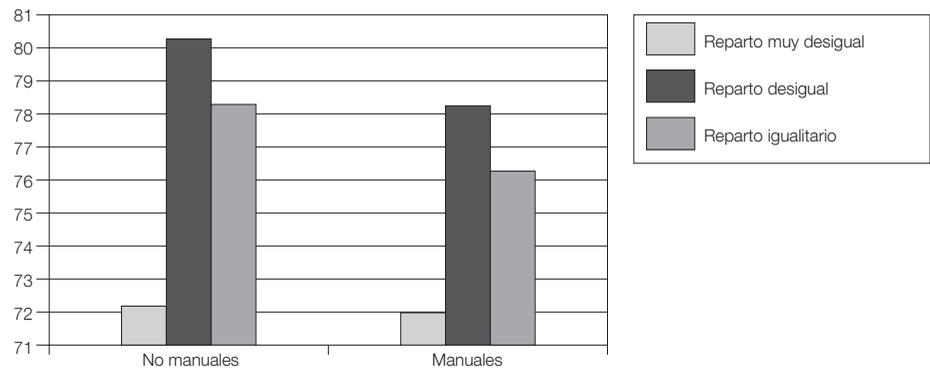
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 80: Puntuaciones en vitalidad (VT), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



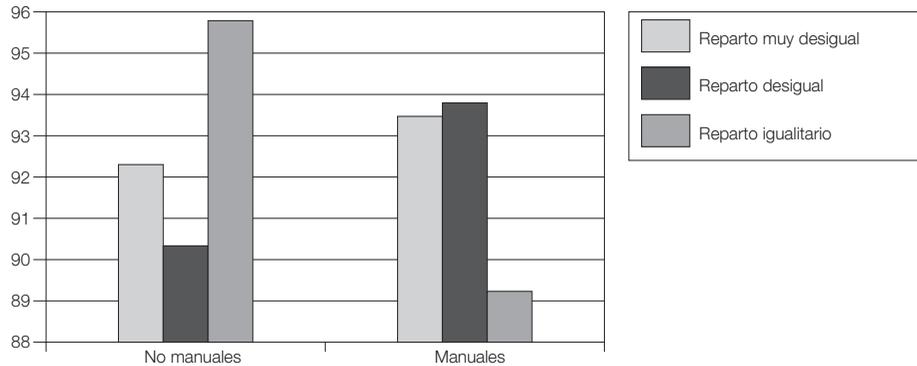
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 81: Puntuaciones en dolor corporal (BP), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



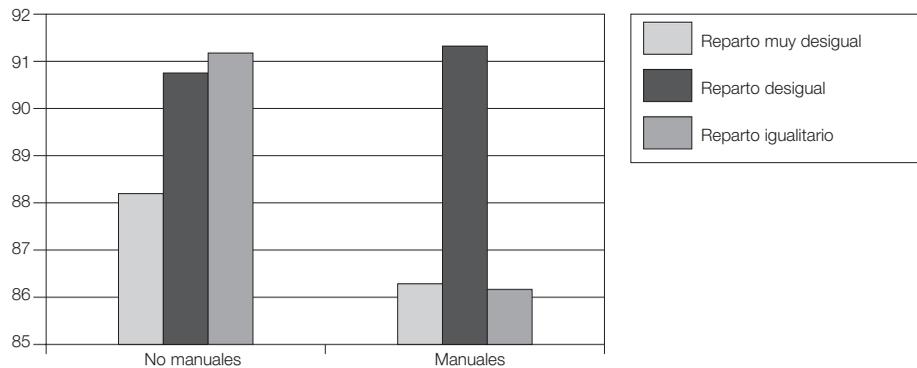
Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 82: Puntuaciones en rol emocional (RE), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 83: Puntuaciones en función social (SF), según la distribución de tareas domésticas y la clase social. Medias estandarizadas por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En relación a otra de las variables de estudio, la prevalencia de problemas crónicos, parecen no existir diferencias significativas entre las mujeres trabajadoras en función del tipo de reparto de las tareas domésticas en el hogar. Tal y como puede verse, la siguiente tabla muestra que si bien la probabilidad de sufrir algún problema crónico es ligeramente superior entre las mujeres con un reparto de tareas desigual o muy desigual con respecto a las mujeres que reparten equitativamente las tareas con su pareja, las diferencias no son en ningún caso estadísticamente significativas. Por clase social, tampoco se observa relación alguna (datos no mostrados).

El análisis concreto de los problemas de nervios y el dolor cervical, que podrían estar relacionados con la falta de tiempo, con el estrés o con asumir cargas de trabajo excesivas, tampoco muestra la existencia de relación alguna con el tipo de reparto de tareas domésticas.

Tabla 18: Razón de Prevalencias (RP) de problemas crónicos, por tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

	Trabajadoras remuneradas N=733							
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Reparto tareas								
Muy desigual	1,06 (0,8-1,41)	0,676	1,06 (0,80-1,41)	0,69	1,07 (0,81-1,43)	0,618	1,06 (0,80-1,42)	0,682
Desigual	1,15 (0,94-1,40)	0,162	1,15 (0,94-1,40)	0,174	1,17 (0,96-1,43)	0,117	1,14 (0,93-1,39)	0,211
Igual	1		1		1		1	
Clase social								
Manual			1,01 (0,83-1,21)	0,95				
No manual			1					
Falta de apoyo								
Sí					1,23 (0,91-1,67)	0,187		
No					1			
Presencia > 65								
No							1,02 (0,58-1,77)	0,949
Sí							1	

*RP: Razón de Prevalencias

** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por su parte, y en relación a la práctica de ejercicio físico en el tiempo libre, podemos observar que vivir en un hogar donde la distribución de roles es muy desigual se asocia a una menor probabilidad de que las mujeres ocupadas practiquen ejercicio físico (RP 0,48; IC95% 0,29-0,80). Lo mismo ocurre, aunque con una probabilidad más baja, entre las mujeres que tienen una distribución de tareas domésticas desigual (RP 0,76; IC95% 0,58-0,98). Al tener en cuenta el efecto de cada una del resto de las variables, vemos que las probabilidades se mantienen casi exactas, con lo cual podemos decir que el tipo de reparto de las tareas domésticas se relaciona significativamente con la realización de ejercicio físico independientemente de la influencia que ejercen la clase social (RP 0,49; IC95% 0,29-0,81), el apoyo social (RP 0,49; IC95% 0,29-0,81) y la presencia de un mayor de 65 años no dependiente en el hogar (RP 0,52; 0,31-0,86).

El análisis estratificado por clase social de esta variable muestra que la relación entre el tipo de distribución de las tareas y la actividad física se mantiene en ambas clases aunque existen diferencias reseñables: en el caso de las mujeres no manuales (más ricas), la relación se hace más evidente (RP 0,28; IC95% 0,10-0,75) mientras que en las de clase manual (más pobre) la relación se debilita y pierde la significación estadística (RP 0,69; IC95% 0,37-1,26).

Tabla 19: Razón de Prevalencias (RP) de ser activas, por tipo de reparto de tareas domésticas ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

	Trabajadoras remuneradas N=733							
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Reparto tareas								
Muy desigual	0,48 (0,29-0,80)	0,005	0,49 (0,29-0,81)	0,005	0,49 (0,29-0,81)	0,005	0,52 (0,31-0,86)	0,011
Desigual	0,76 (0,58-0,98)	0,035	0,75 (0,58-0,98)	0,035	0,77 (0,59-0,99)	0,044	0,77 (0,60-1,01)	0,055
Igual	1		1		1		1	
Clase social								
Manual			0,88 (0,69-1,13)	0,322				
No manual			1					
Falta de apoyo								
Sí					0,94 (0,57-1,54)	0,799		
No					1			
Presencia > 65								
No							2,09 (0,58-7,48)	
Sí							1	0,257

*RP: Razón de Prevalencias
** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Tabla 20: Razón de Prevalencias (RP) de ser activas, por tipo de reparto de tareas domésticas y clase social, ajustado por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

	Manuales N=351		No manuales N=378	
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Reparto tareas				
Muy desigual	0,69 (0,37-1,26)	0,226	0,28 (0,10-0,75)	0,011
Desigual	0,77 (0,52-1,13)	0,185	0,81 (0,57-1,15)	0,234
Igual	1		1	

*RP: Razón de Prevalencias
** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En el caso del consumo de tabaco, algunos estudios han relacionado este hábito de vida con la exposición a situaciones de estrés en la vida diaria (Green y Johnson, 1990; Steptoe y col, 1996), por lo que se consideró interesante analizar el impacto de la compaginación del trabajo remunerado y doméstico en el hábito tabáquico de las mujeres trabajadoras.

Tal y como podemos ver en la tabla 21, el tipo de reparto de las tareas del hogar en las mujeres que tienen un trabajo remunerado influye en su hábito de fumar, ya que aquéllas con un reparto de tareas muy desigual tienen un 41% (RP 1,41; IC95% 1,02-1,96) más de probabilidad de ser fumadoras habituales que aquéllas con un reparto de tareas igualitaria. La relación se mantiene similar eliminando el efecto de la clase social (RP 1,39; IC95% 1-1,94), el apoyo social (RP 1,44; IC95% 1,04-1,99) y la presencia de un mayor de 65 años no dependiente (RP 1,43; IC95% 1,02-1,99). Asimismo, la probabilidad de ser fumadoras habituales es significativamente superior en las mujeres con reparto desigual respecto a las de reparto igualitario tras ajustar por cada una de las variables anteriores.

Tabla 21: Razón de Prevalencias (RP) de ser fumadoras habituales, por tipo de reparto de tareas domésticas ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

	Trabajadoras remuneradas N=733							
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Reparto tareas								
Muy desigual	1,41 (1,02-1,96)	0,039	1,39 (1,00-1,94)	0,049	1,44 (1,04-1,99)	0,029	1,43 (1,02-1,99)	0,036
Desigual	1,36 (1,08-1,71)	0,009	1,33 (1,05-1,68)	0,018	1,37 (1,09-1,72)	0,007	1,36 (1,08-1,71)	0,009
Igual	1		1		1		1	
Clase social								
Manual			1,05 (0,84-1,31)	0,651				
No manual			1					
Falta de apoyo								
Sí					0,66 (0,38-1,16)	0,148		
No					1			
Presencia > 65								
No							1,13 (0,53-2,40)	
Sí							1	0,751

*RP: Razón de Prevalencias
** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Si estratificamos el análisis por clase social, podemos advertir que la relación se mantiene igual entre las mujeres de clase manual (más pobres), en las que la probabilidad de ser fumadora habitual se multiplica por 1,42 si se cuenta con una distribución de labores domésticas muy desigual, con respecto a las mujeres con reparto de tareas igualitario (RP 1,42; IC95% 0,95-2,12). En el caso de las mujeres de clase social no manual (más ricas), tal diferencia deja de ser significativa, aunque se mantiene la relativa al reparto de tareas desigual con respecto al reparto igualitario (RP 1,56; IC95% 1,13-2,15).

Tabla 22: Razón de Prevalencias (RP) de ser fumadoras habituales, por tipo de reparto de tareas domésticas y clase social, ajustado por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

Reparto tareas	Manuales N=351		No manuales N=378	
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Muy desigual	1,42 (0,95-2,12)	0,087	1,22 (0,69-2,17)	0,49
Desigual	1,03 (0,74-1,43)	0,848	1,56 (1,13-2,15)	0,007
Igual	1		1	

*RP: Razón de Prevalencias
 ** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Por último, y en cuanto a la probabilidad de dormir menos de 7 horas diarias, de nuevo las mujeres trabajadoras que tienen que realizar casi en exclusiva las tareas del hogar tienen una mayor probabilidad de obtener resultados menos saludables. En este caso, su probabilidad de dormir menos de 7 horas diarias es un 81% mayor con respecto a aquéllas que reparten equitativamente las tareas (RP 1,81; IC95% 1,14-2,87). La magnitud de la relación se mantiene tras ajustar por la clase social (RP 1,86; IC95% 1,17-2,95), el apoyo social (RP 1,73; IC95% 1,10-2,71) y la presencia de un mayor de 65 años no dependiente en el hogar (RP 1,83; IC95% 1,14-2,92).

Tabla 23: Razón de Prevalencias (RP) de dormir <7h diarias, por tipo de reparto de tareas domésticas ajustado por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

Reparto tareas	Trabajadoras remuneradas N=733							
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Muy desigual	1,81 (1,14-2,87)	0,012	1,86 (1,17-2,95)	0,009	1,73 (1,10-2,71)	0,018	1,83 (1,14-2,92)	0,012
Desigual	0,99 (0,65-1,49)	0,946	1,01 (0,66-1,52)	0,979	0,95 (0,63-1,43)	0,818	0,99 (0,65-1,49)	0,956
Igual	1		1		1		1	
Clase social								
Manual			0,93 (0,65-1,33)	0,698				
No manual			1					
Falta de apoyo								
Sí					2,20 (1,40-3,44)	0,001		
No					1			
Presencia > 65								
No							1,11 (0,43-2,86)	0,831
Sí							1	

*RP: Razón de Prevalencias
 ** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Si realizamos el análisis por clase social, podemos observar que una distribución muy desigual de las tareas domésticas se relaciona con una menor probabilidad de dormir, al menos, 7 horas diarias en ambas

clases, aunque con mayor fuerza en las mujeres de clase manual (más pobres), en las que tal probabilidad se dobla con respecto a las trabajadoras con una distribución igualitaria (RP 2,19; IC95% 1,1-4,39). En el caso de las trabajadoras más ricas, la probabilidad también es superior para las que tienen un reparto más desigual, aunque no es estadísticamente significativa (RP 1,78; IC95% 0,95-3,34).

Tabla 24: Razón de Prevalencias (RP) de dormir <7h diarias, por tipo de reparto de tareas domésticas y clase social, ajustado por edad. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

Reparto tareas	Manuales N=351		No manuales N=378	
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Muy desigual	2,19 (1,10-4,39)	0,027	1,78 (0,95-3,34)	0,071
Desigual	1,27 (0,68-2,36)	0,457	0,85 (0,47-1,53)	0,589
Igual	1		1	

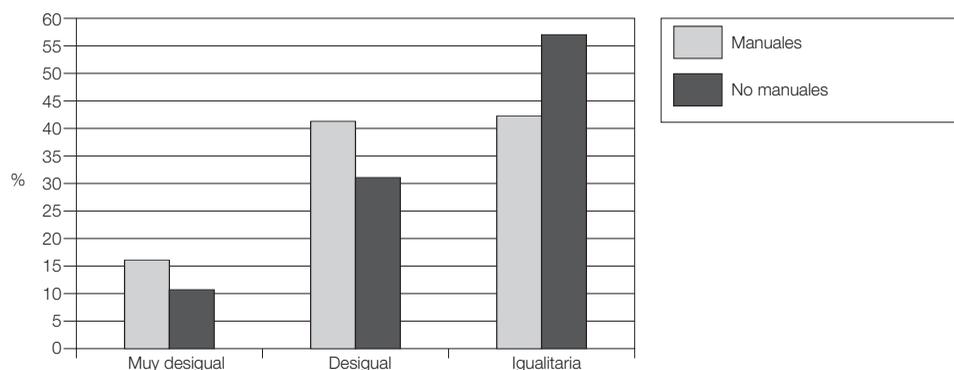
*RP: Razón de Prevalencias
** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En conclusión, se pone de evidencia que la salud de las mujeres trabajadoras está relacionada con la carga de trabajo adicional que recae sobre ellas en la esfera privada. En la mayor parte de las variables de salud estudiadas (autovaloración de la salud, calidad de vida relacionada con la salud y ciertos hábitos de vida relacionados con la salud como la realización de actividad física en el tiempo libre, el hábito tabáquico y dormir menos de 7 horas diarias) las mujeres que deben responsabilizarse casi en exclusiva de las tareas domésticas muestran peores resultados que las que tienen un reparto igualitario.

Por su parte, no parece existir un patrón claro por clase social, ya que tanto en las mujeres trabajadoras de clase manual como no manual, la asimetría en el hogar se relaciona con una peor salud, más evidente en uno u otro caso dependiendo de la variable considerada. Ahora bien, como las mujeres de clase manual (más pobre) tienen más probabilidad de vivir en un hogar con una distribución desigual de las tareas del hogar (ver gráfico 84), éstas sufren en mayor proporción los efectos negativos sobre la salud de una distribución desigual de las cargas domésticas.

Gráfico 84: Tipo de reparto de tareas domésticas, por clase social (manual y no manual). Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

3.2.2.3. Una visión de conjunto: reinterpretando la relación entre la situación laboral y la salud de las mujeres a partir de la desigualdad en el hogar

El análisis realizado en el apartado 3.2.2.1. acerca de la relación entre la situación laboral y la salud en hombres y mujeres mostraba que el trabajo remunerado no resultaba tan claramente beneficioso para la salud de las mujeres como para la de los hombres, tanto en relación a la autovaloración de la salud como a las puntuaciones del SF-36. En el siguiente apartado, se ha mostrado que la realidad de las mujeres ocupadas es muy diversa en función de la carga de trabajo doméstico que tengan que asumir añadida a su actividad laboral. En este sentido, si además de su trabajo remunerado, éstas deben responsabilizarse de la mayor parte o de la totalidad del trabajo doméstico, su salud es claramente peor que la de las trabajadoras que comparten las tareas en igualdad con su pareja.

Por ello, en este último apartado se mostrará, a modo de conclusión, el fenómeno en su conjunto, analizando las diferencias en la autovaloración de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres que viven en pareja según sean amas de casa o tengan un trabajo remunerado, considerando dos posibilidades en estas últimas: tener una distribución igualitaria o muy desigual de las tareas domésticas en el hogar. De esta forma, se comprobará si ser mujer trabajadora es, en ciertos casos, más perjudicial para la salud que ser ama de casa, lo cual refuerza la necesidad de que el estudio de las desigualdades de género en la salud parta de un modelo conceptual y de análisis que tenga en cuenta la influencia conjunta de las cargas de trabajo en las esferas pública y privada.

- Resultados

Tabla 25: Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral y tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por varias variables. Mujeres. CAPV, 2002

	Mujeres N=1.783							
	RP* (IC**)	p						
Reparto tareas								
Ama de casa	1,31 (1,08-1,58)	0,006	1,27 (1,05-1,53)	0,015	1,26 (1,04-1,52)	0,018	1,29 (1,07-1,56)	0,009
Trabajadora, muy desigual	1,54 (1,18-2,02)	0,002	1,50 (1,15-1,97)	0,003	1,47 (1,13-1,92)	0,005	1,56 (1,19-2,05)	0,001
Trabajadora, desigual	0,99 (0,77-1,27)	0,942	0,96 (0,75-1,24)	0,766	0,99 (0,77-1,27)	0,927	0,97 (0,75-1,25)	0,824
Trabajadora, igualitaria	1		1		1		1	
Clase social								
Manual			1,10 (0,97-1,25)	0,136				
No manual			1					
Falta de apoyo								
Sí					1,60 (1,39-1,85)	0,001		
No					1			
Presencia > 65								
No							1,09 (0,83-1,43)	0,522
Sí							1	

*RP: Razón de Prevalencias
 ** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En relación a la autovaloración de la salud, podemos ver en la tabla 25 que las mujeres ocupadas que además asumen la totalidad de las tareas domésticas tienen un 54% más de probabilidad de valorar su salud como mala respecto al grupo de referencia, es decir, las ocupadas con una distribución equitativa en el hogar (RP 1,54; IC95% 1,18-2,02). Las amas de casa también muestran una probabilidad mayor de valorar negativamente su salud con respecto al grupo de referencia, aunque menor que las ocupadas con una distribución de tareas muy desigual (RP 1,31; IC95% 1,08-1,58). Ajustando el modelo por la clase social, el apoyo social o la presencia de un mayor de 65 años no dependiente en el hogar, las ocupadas con una distribución de tareas muy desigual siguen teniendo la probabilidad mayor de valorar su salud como mala, seguidas de las amas de casa.

El análisis estratificado por clase social muestra que el efecto beneficioso del trabajo remunerado es más claro en las mujeres de clase no manual (más ricas), en las que aquellas con un reparto muy desigual de las tareas del hogar tienen un 55% más de probabilidad de afirmar que su salud es mala respecto a las trabajadoras igualitarias (RP 1,55; IC)5% 1,03-2,34). En el resto de categorías, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 26: Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por situación laboral y tipo de reparto de tareas domésticas y clase social, ajustado por edad. Mujeres. CAPV, 2002

	Manuales N=1.000		No manuales N=783	
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Reparto tareas				
Ama de casa	1,19 (0,92-1,54)	0,183	1,28 (0,97-1,70)	0,083
Trabajadora, muy desigual	1,34 (0,94-1,92)	0,104	1,55 (1,03-2,34)	0,036
Trabajadora, desigual	0,79 (0,56-1,12)	0,183	1,20 (0,84-1,71)	0,321
Trabajadora, igualitaria	1		1	

*RP: Razón de Prevalencias

** Intervalo de Confianza 95%

Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la salud, medida a partir del SF-36, los siguientes dos gráficos nos muestran las medias para cada uno de los grupos analizados. Así, se puede observar que, a excepción del rol emocional (RE), las peores puntuaciones son las de las mujeres trabajadoras con una distribución de cargas domésticas muy desigual. Estas diferencias son estadísticamente significativas respecto a las trabajadoras con una distribución de tareas igualitaria en las dimensiones de la salud general (GH), la función física (PF), el rol físico (RP) y la vitalidad (VT).

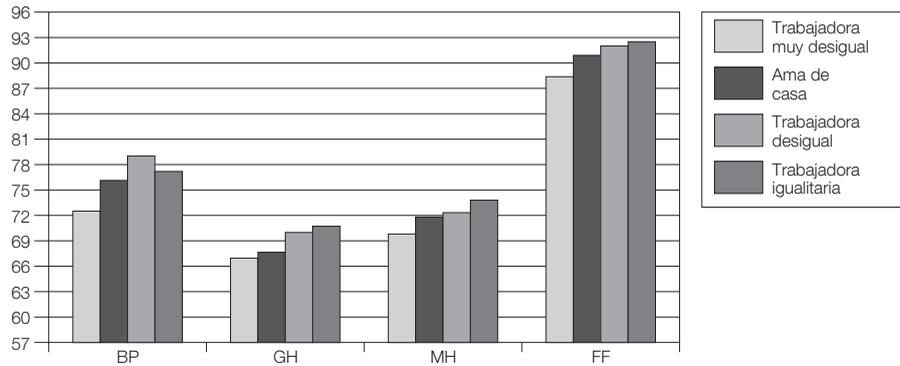
Asimismo, en cinco de las ocho dimensiones –la salud general (GH), la salud mental (MH), la función física (PF), la vitalidad (VT) y el rol emocional (RE)– las trabajadoras que reparten con sus parejas de forma igualitaria las tareas del hogar son las que mejores puntuaciones obtienen.

Por su parte, en todas las dimensiones, a excepción del rol emocional (RE), las puntuaciones de las amas de casa son mejores que las que tienen un trabajo remunerado con una distribución de roles muy desigual. Sin embargo, sus puntuaciones son inferiores a las de las trabajadoras “igualitarias”, salvo en el rol físico (RP) y la función social (SF).

Al realizar el análisis segmentado por clase social (datos no mostrados), se observan diferencias entre las mujeres de clase social manual y no manual. De esta forma, el efecto protector del trabajo remunerado

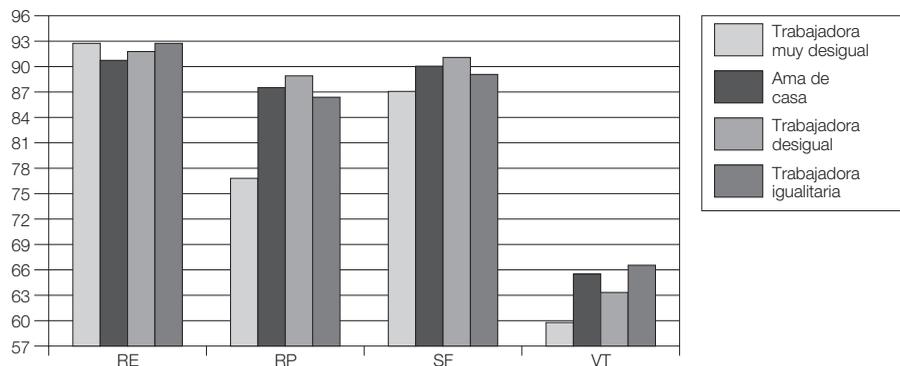
es mayor entre las de clase no manual (más ricas), en las cuales las trabajadoras con una distribución de roles igualitaria tienen en todas las dimensiones mejores puntuaciones que las amas de casa y las trabajadoras con una distribución muy desigual.

Gráfico 85: Puntuaciones en dolor corporal (BP), salud general (GH), salud mental (MH) y función física (PF), según la situación laboral y la distribución de tareas domésticas. Medias estandarizadas por edad. Mujeres. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

Gráfico 86: Puntuaciones en rol emocional (RE), función física (PF), función social (SF) y rol físico (RP), según la situación laboral y distribución de tareas domésticas. Medias estandarizadas por edad. Mujeres. CAPV, 2002



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En conclusión, podría afirmarse que el efecto beneficioso sobre la salud de las mujeres que muchos estudios han atribuido al trabajo remunerado (Arber, 1997; Bartley y col, 1999; Annendale y Hunt, 2000) viene determinado por el reparto del trabajo doméstico. De esta manera, tener un trabajo remunerado y asumir equitativamente las tareas domésticas con la pareja se muestra como la mejor de las situaciones posibles en relación a su efecto sobre la salud de las mujeres. Sin embargo, ser trabajadora deja de ser más beneficioso que ser ama de casa cuando la distribución de tareas del hogar con la pareja es muy desigual, es decir, cuando la mujer debe asumirlas casi o en exclusiva. En este caso, los resultados mostrados demuestran que las amas de casa valoran más positivamente su salud y tienen una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

3.3 SÍNTESIS DE RESULTADOS CAPÍTULO III

La salud de los hombres y la salud de las mujeres es diferente y desigual. Es diferente porque las características biológicas de tipo genético y fisiológico exponen a riesgos particulares en función del sexo de las personas. Desigual, en cambio, porque la sociedad otorga a hombres y mujeres roles y espacios sociales diferentes que influyen en sus oportunidades y experiencias vitales y, por lo tanto, en los procesos de salud y enfermedad.

En la CAPV, las mujeres viven más años pero en peor salud.

La esperanza de vida de las mujeres supera a la de los hombres a todas las edades. Su mayor longevidad se explica, en parte, por unos estilos de vida más saludables (menor consumo de alcohol y de tabaco) y unos comportamientos menos arriesgados. Sin embargo, el cambio en el rol social tradicional de las mujeres está transformando sus hábitos, con lo que las diferencias en la esperanza de vida se están reduciendo.

Vivir más, sin embargo, no significa hacerlo en mejor salud. Muy al contrario, en la CAPV, al igual que en muchos lugares, las mujeres tienen una peor salud percibida a cualquier edad, peor calidad de vida relacionada con la salud, sufren mayor limitación temporal de la actividad y más problemas crónicos. Entre éstos, destacan aquéllos de carácter musculoesquelético (dolor de espalda, artrosis o dolor cervical) y psicósomáticos o de salud mental (migrañas o problemas de nervios), que están relacionados, en parte, con unos roles sociales (trabajo doméstico y su conciliación con el trabajo remunerado) más desfavorables para las mujeres. Como consecuencia, la mayor esperanza de vida de las mujeres significa vivir un mayor porcentaje de su vida en mala salud con respecto a los hombres.

La desigualdad de género en los hogares vascos conlleva una peor salud para las mujeres con trabajo remunerado.

Compaginar el trabajo remunerado con el doméstico en hogares en los que no existe un reparto igualitario de las tareas domésticas repercute negativamente en la salud de las mujeres. Estas mujeres que viven en pareja, tienen un trabajo remunerado y realizan la mayor parte de estas tareas tienen una peor salud percibida, una peor calidad de vida relacionada con la salud, son más sedentarias, duermen menos y son más fumadoras que aquéllas que conviven en hogares en los que el reparto de las tareas es igualitario entre los miembros de la pareja. Esta relación se da tanto en las mujeres de clase social no manual (más ricas) como manual (más pobres), aunque en estas últimas la desigualdad en el hogar es más frecuente y, por lo tanto, el problema les afecta en mayor medida.

El trabajo remunerado se relaciona positivamente con la salud en los hombres, mientras que en las mujeres este efecto sólo es claro cuando en el hogar las tareas domésticas se comparten con la pareja.

En los hombres, tener un trabajo remunerado se relaciona con una mejor salud percibida así como con una mejor calidad de vida relacionada con la salud respecto a los desempleados. Sin embargo, en las mujeres esta relación no es tan clara, siendo necesario tener en cuenta la distribución del trabajo doméstico en el hogar. Cuando las mujeres deben compaginar el trabajo remunerado con la realización de la mayor parte del trabajo doméstico, el efecto positivo del trabajo remunerado se pierde y su valoración de la salud y su calidad de vida relacionada con la salud pasa a ser peor que la de las amas de casa. Sin embargo, cuando la distribución de roles domésticos es más igualitaria trabajar fuera de casa supone un efecto positivo para la salud de las mujeres respecto a las amas de casa.

La desigualdad en el hogar no está disminuyendo en las parejas más jóvenes por lo que se prevé que éste continúe siendo un factor que reproduzca las actuales desigualdades en la salud entre hombres y mujeres.

La incorporación de las mujeres al mercado laboral no ha venido acompañada de una implicación proporcional de los hombres en el trabajo doméstico, por lo que las desigualdades en el tiempo de trabajo total realizado por hombres y mujeres son, en la actualidad, mayores en las parejas de 30 a 39 años que en las de 50 a 59.

Capítulo IV: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Las desigualdades sociales en salud hacen alusión al impacto que factores como la clase social, el nivel de estudios, el grupo étnico o el lugar de residencia tienen sobre la distribución de la salud en una población. A partir de la década de los 80, multitud de estudios han puesto en evidencia que esta realidad existe allí donde se ha analizado.

Tal y como se ha podido ver a lo largo de este estudio, en la CAPV existen importantes desigualdades en la salud relacionadas con el contexto socioeconómico de las personas, que exponen a unas u otras a mayores o menores riesgos para su salud, más allá de la capacidad de acceso universal al sistema sanitario público. En este sentido, tanto la autovaloración de la salud como la calidad de vida relacionada con la salud, la prevalencia de problemas crónicos, la limitación crónica o temporal de la actividad y hábitos de vida como el consumo de alcohol, tabaco, la realización de ejercicio físico y la dieta están en la CAPV estrechamente relacionadas con la clase social y el nivel de estudios de las personas.

El lugar donde nacen las personas también tiene una relación clara con su salud. Así, las personas mayores de 45 años que viven en la CAPV pero provienen del resto del Estado valoran peor su salud, tienen peor calidad de vida relacionada con la salud y más problemas crónicos que las nacidas en la CAPV, independientemente de su clase social. Ello nos hace pensar que, más allá de la aparente integración de aquéllas personas que a partir de mediados del siglo XX emigraron a la CAPV, existen todavía hoy importantes desigualdades a corregir entre ambos colectivos. Sin embargo, no existe una conciencia colectiva de esta categoría

como eje de desigualdad social. Por ello, no sorprende que, aunque el peso de este colectivo representa prácticamente el 50% de la población en la CAPV, pocos estudios hayan analizado su situación y no se hayan articulado desde la Administración medidas para paliar esta situación de desventaja.

Finalmente, también se ha podido ver que, al igual que la salud y la enfermedad, la mortalidad también se relaciona con la posición social de las personas así como con las características de su lugar de residencia. En este sentido, si bien la muerte es un hecho inevitable, cuándo y de qué morimos no es igual en función de diversos determinantes sociales como la clase social, el nivel socioeconómico del barrio, el nivel de estudios, la situación laboral y la mayor o menor confortabilidad de la vivienda.

Además de reconocer que las oportunidades de disfrutar de una buena salud no se distribuyen de manera equitativa en el conjunto de la sociedad, el problema adquiere mayor gravedad si se considera que esta desigualdad también se hereda entre generaciones. De esta manera, los hijos/as de padres y madres con un nivel de estudios bajo o de clase social desfavorecida tienen peor salud durante la niñez, en la adolescencia y la juventud, lo que se relaciona con la salud que tendrán en la edad adulta.

En este sentido, es necesario que desde el sistema sanitario y las demás políticas sociales del Estado de Bienestar se desarrollen acciones que eviten que las desigualdades se sigan heredando y, por tanto, que se siga reproduciendo un sistema que otorga desde la infancia diferentes oportunidades vitales de una manera injusta.

Además de estos ejes de desigualdad relacionados con la posición social, el estudio ha mostrado que la desigualdad por razón de género también establece diferencias injustas en la salud de los hombres y las mujeres. A pesar de que la esperanza de vida es superior en las mujeres, éstas muestran peores indicadores relacionados con la salud como una peor salud percibida, peor calidad de vida relacionada con la salud, mayor limitación temporal de la actividad y más problemas crónicos que los hombres, especialmente aquéllos de tipo musculoesquelético y psicosomático o de salud mental, relacionados, en parte, con el desarrollo de unos roles sociales, laborales y familiares más desfavorables en el caso de las mujeres. Concretamente, en las mujeres que viven en pareja, la compaginación del trabajo doméstico y remunerado se relaciona con una peor salud si éstas deben asumir la práctica totalidad de las tareas domésticas. Este efecto perjudicial derivado de la desigualdad en el hogar provoca que mientras que en los hombres el trabajo remunerado se relaciona con una mejor salud respecto a estar en paro, en las mujeres este beneficio sea menos intenso y esté condicionado por la situación del reparto de las tareas en el hogar, tanto en las mujeres de clases más ricas como en las más pobres.

En resumen, es evidente que el impacto de la desigualdad social y de género en la salud es relevante en la CAPV, lo cual altera para una gran parte de la población el disfrute pleno del derecho a la salud recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la mayor parte de las constituciones de los países democráticos. Además, en el caso de las mujeres trabajadoras que tratan de conciliar su vida laboral con la vida familiar, el disfrute del derecho a la salud junto con el derecho a la familia se torna todavía más difícil, con el consecuente coste o perjuicio sobre su bienestar.

El estudio de las desigualdades sociales en salud tiene su origen en la década de los 80 con la publicación del Informe Black en el Reino Unido. La progresiva generación de evidencia a lo largo de estos últimos veinte años no ha venido, sin embargo, acompañada de un desarrollo paralelo de políticas públicas dirigidas a la reducción de tales desigualdades. Si bien hace años que grupos, conferencias y congresos en toda Europa han consensuado una priorización de las políticas más efectivas para la reducción de las desigualdades, pocos gobiernos han tomado las medidas oportunas, acompañadas de presupuestos suficientes, para atajar el problema. Las experiencias, en este sentido, han sido pocas y escasamente evaluadas.

En la misma línea de lo planteado por los esquemas explicativos de las desigualdades sociales en salud presentados en el capítulo primero, la reducción efectiva de las desigualdades provendrá, en primer lugar, del fortalecimiento del Estado de Bienestar, con la intervención sobre aspectos macroeconómicos como la reducción de las desigualdades en la renta y la aplicación de sistemas fiscales progresivos, así como la reducción del desempleo y la inversión en servicios como seguridad social o educación. En segundo lugar, se trataría de mejorar las condiciones de trabajo y de vivienda, mientras que, en tercer lugar, se situarían las intervenciones orientadas a corregir la distribución desigual de los factores de riesgo o hábitos de vida relacionados con la salud, como el consumo de tabaco, de alcohol, el ejercicio físico o la realización de una dieta adecuada. Sólo en último lugar, se plantearían acciones relacionadas con el sistema sanitario, especialmente aquéllas dirigidas a asegurar la universalidad del acceso al sistema y la mejora de las infraestructuras sanitarias.

En el contexto español, hasta muy recientemente, los Planes de Salud de las diversas Comunidades Autónomas no han incluido objetivos específicos relacionados con la importancia de reducir las diferencias de salud originadas por las desigualdades sociales, y hoy aún existe una omisión al respecto en muchos de ellos.

En el caso de la CAPV, uno de los dos objetivos principales del actual Plan de Salud 2002-2010 señala la necesidad de mejorar la salud de las personas más desfavorecidas y la reducción real de las desigualdades sociales en salud. Para ello, se están desarrollando una serie de actuaciones dirigidas a*:

1. La monitorización de las desigualdades sociales en salud, que se ha llevado a cabo mediante: a) la adecuación y desarrollo de los sistemas de información sanitaria (construcción de indicadores socioeconómicos de área, geocodificación de las direcciones de residencia, enlace de los registros con indicadores socioeconómicos del área de residencia, enlace de los registros con datos socioeconómicos individuales), b) la publicación rutinaria de indicadores sanitarios según el sexo, la posición socioeconómica y el lugar de residencia, y c) la realización de estudios específicos sobre las desigualdades socioeconómicas y de género en la mortalidad, la salud percibida, los estilos de vida y el infarto agudo de miocardio.
2. El desarrollo de la evaluación del impacto en la salud (EIS) de las intervenciones no sanitarias, como una herramienta para situar la salud en la agenda de las políticas no sanitarias y hacer frente a las desigualdades sociales en salud. Se ha desarrollado, de forma piloto, una EIS en el municipio de Bilbao y se está trabajando para introducir el cribado en las actuaciones sectoriales o no sanitarias de la administración autonómica vasca.
3. La introducción de la perspectiva de género en las guías de práctica clínica.
4. El desarrollo de la equidad en la atención sanitaria, mediante la introducción en los contratos programa de compromisos de evaluación de la equidad en procesos específicos.

Al igual que las desigualdades en la salud derivadas de la posición social, en el Estado español, los Planes de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas no han reflejado la relevancia de impulsar intervenciones dirigidas a disminuir las desigualdades en salud por razón de género. En este sentido, nuevamente, la CAPV es una de las comunidades con una mayor sensibilidad hacia el reconocimiento de las desigualdades de género en la salud y, como se ha señalado anteriormente, se han articulado varias intervenciones dirigidas a su reducción.

* Información obtenida por comunicación personal de la Dirección de Planificación y Ordenación Sanitaria del Departamento de Sanidad.

La importancia de las desigualdades sociales en la CAPV, sin embargo, hace necesario seguir trabajando en este sentido.

En primer lugar, avanzando en la apuesta actual por la investigación sobre las desigualdades socioeconómicas y de género en salud. Para ello, el impulso de un Observatorio de las Desigualdades Sociales y de Género podría contribuir a la generación periódica de información sobre el estado de las desigualdades en salud y su evolución, así como a sistematizar y gestionar el total de datos y estudios al respecto, que en la actualidad se encuentran dispersos en diferentes instituciones y grupos de investigación de la CAPV. Desde una perspectiva multidisciplinar e intersectorial, podría constituir un referente en el conocimiento de las desigualdades en salud y los mecanismos para su reducción en la CAPV.

Además de la generación de conocimiento, resulta de enorme interés el avance hacia la elaboración de políticas y acciones para la reducción de estas desigualdades. De esta forma, además de las acciones realizadas desde el ámbito sanitario, se debe considerar el total de políticas públicas con un potencial efecto en la mejora de la salud de la población y en la reducción de las desigualdades sociales y de género. Líneas de trabajo como la Evaluación del Impacto en la Salud (EIS), recientemente impulsada desde el Departamento de Sanidad, constituyen un buen comienzo para el abordaje integral y eficiente de las desigualdades sociales en salud, haciendo énfasis en la modificación del ambiente social como condición para su reducción real. El desarrollo de este tipo de planteamientos nos permitirá seguir avanzando hacia una sociedad más justa e igualitaria y, en consecuencia, más cohesionada y saludable.

Como en el caso de las desigualdades relacionadas con la posición social, la disminución de las actuales desigualdades de género en la salud debe provenir de planteamientos estructurales dirigidos a lograr una verdadera igualdad entre hombres y mujeres. Más allá de los actuales modelos de conciliación de la vida familiar y laboral que, tal y como se ha demostrado, son eficaces a costa de menoscabar la salud de las mujeres, es necesario impulsar políticas de corresponsabilidad real en las tareas domésticas y las cargas familiares entre los hombres que vayan desdibujando la asignación tradicional de los roles y las funciones sociales por género.

ANEXO METODOLÓGICO

En este anexo metodológico se especifica la metodología utilizada en el presente estudio. Por contener varios apartados en los que el diseño y los métodos de análisis son diversos, la explicación de la metodología se ordena de acuerdo a cada uno de estos apartados en el estudio.

En la segunda parte, se exponen y explican también algunos conceptos metodológicos y estadísticos con el fin de que aquellas personas no familiarizadas con estos análisis puedan seguir la lectura, e interpretar y valorar los resultados obtenidos.

En tercer lugar, se especifican las características metodológicas de la ESCAV'02 para terminar con la descripción de las limitaciones de este análisis.

1. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

- **Metodología del apartado 2.1. : Desigualdades sociales en la salud y la enfermedad de la población general de la CAPV: resultados del análisis de la ESCAV'02.**

1. Población de estudio, diseño y fuente de datos:

Se estudió la asociación entre diferentes variables de salud (autovaloración de la salud, limitación crónica y temporal, calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), problemas crónicos, apoyo social (DUKE), consumo de tabaco, consumo de alcohol y realización de ejercicio físico) y una serie de variables socio-demográficas (clase social basada en la ocupación, nivel de estudios y lugar de nacimiento (CAPV-resto del Estado español)).

Se analizaron todas las personas mayores de 16 años, a excepción del análisis del lugar de nacimiento, que se realizó únicamente para la población mayor de 45 años.

Se utilizaron los datos de la Encuesta de Salud de la C.A. del País Vasco 2002 (ESCAV'02).

2. Análisis de datos:

Para cada una de las variables dependientes cualitativas, se calculó la prevalencia estandarizada por edad en cada grupo (clase social, nivel de estudios y lugar de nacimiento), y las puntuaciones medias estandarizadas por edad para las variables continuas. La estandarización por edad fue realizada mediante el método directo, tomando como referencia la población de la ESCAV'02. Los análisis se realizaron segmentados por sexo y, en el caso del lugar de nacimiento, segmentados por clase social (tres categorías), al comprobarse que existía una asociación entre el lugar de nacimiento y la clase social.

Para determinar la significación estadística de la asociación entre las variables de salud y las sociodemográficas, en las variables cualitativas se utilizaron odds ratios (OR) calculados a partir de modelos de

regresión logística. En el caso de las variables cuantitativas se utilizaron análisis de la covarianza. En ambos modelos se tuvieron en cuenta variables de ajuste como la edad y la clase social en el caso del análisis del lugar de nacimiento, siempre que el análisis estratificado previo lo permitió. Se obtuvo la significación conjunta, así como la significación de la diferencia entre el grupo más favorecido (clase I, estudios universitarios y origen CAPV) y el resto de categorías.

Tanto en los modelos de regresión logística como en el análisis de covarianza, fue tenido en cuenta el efecto del diseño muestral⁵⁷ de la ESCAV'02.

- **Metodología del apartado 2.3.: Desigualdades sociales en salud al inicio de la vida, adolescencia y juventud en la CAPV: la herencia de las desigualdades.**

1. *Población de estudio, diseño y fuente de datos:*

En el apartado 2.3.1. se analizaron las desigualdades en la salud perinatal y la mortalidad infantil. Además de los datos de varios estudios publicados, se calculó la mortalidad infantil por comarcas sanitarias a partir de los datos de los Informes de Mortalidad de 2000 a 2004 (Departamento de Sanidad, 2004b).

En el apartado 2.3.2., en el que se presentaron las desigualdades en la población de 4 a 18 años, únicamente se utilizaron datos ya publicados (Departamento de Sanidad, 2006).

En el apartado 2.3.3. se analizaron las desigualdades en salud en la población adolescente y adulta de 16 a 34 años que convivía con sus progenitores/as, a partir del análisis de la ESCAV'02. Como variable de resultado se utilizó la autovaloración de la salud, analizada en función de las características sociodemográficas de los/as progenitores/as: clase social manual y no manual; estudios hasta primarios y estudios secundarios o más; y nacidos/as en la CAPV y nacidos/as en el resto del Estado.

2. *Análisis de datos:*

En el apartado 2.3.1. se calcularon los riesgos relativos (RR) de morir en el primer año de vida en cada comarca sanitaria, tomando como referencia el conjunto de la CAPV.

En el apartado 2.3.3. el análisis de datos siguió los pasos descritos anteriormente para el apartado 2.1.

- **Metodología del apartado 3.2.1.: Desigualdades de género en la mortalidad, el estado de salud y la enfermedad.**

1. *Población de estudio, diseño y fuente de datos:*

Se estudió la esperanza de vida y la esperanza de vida en buena salud en hombres y mujeres. Asimismo, se estudio la asociación entre diferentes variables de salud (autovaloración de la salud, limitación crónica y temporal, SF-36, problemas crónicos, consumo de tabaco, consumo de alcohol, realización de ejercicio físico y peso corporal) y el sexo para todas las personas mayores de 16 años.

Se utilizaron los datos de la ESCAV'02, datos de población del INE, así como datos de mortalidad 2002-2004 recogidos en los Informes de Mortalidad de 2000 a 2004 (Departamento de Sanidad, 2004b).

⁵⁷ El diseño muestral de la ESCAV'02 utiliza en una de sus etapas la selección por conglomerados. En este tipo de muestreo es esperable que dos individuos pertenecientes a un conglomerado se parezcan más que dos individuos elegidos al azar entre la población general. Este hecho, común en las encuestas por muestreo, puede hacer que la varianza real sea mayor que la producida por muestreo aleatorio simple, y que, por tanto, de no tener en cuenta este efecto, las varianzas de los estimadores estén infraestimadas.

2. Análisis de datos:

En el estudio de las desigualdades en salud entre hombres y mujeres se siguió la metodología descrita para el apartado 2.1. (Desigualdades sociales en la población general). En el cálculo de las esperanzas de vida (EV) se utilizó la tabla abreviada según el método Chiang (Chiang, 1984). Para la ponderación de los años vividos y el cálculo de la esperanza de vida en buena salud (EVBS), se utilizó el método Sullivan (Sullivan, 1971) modificado, que consiste en la ponderación de los años vividos en cada intervalo con una medida de salud. Se calcularon estimaciones puntuales para la EV y EVAC en varias edades así como los intervalos de confianza siguiendo el método Chiang en las esperanzas de vida y el método propuesto por Mathers (Mathers, 1999) en el caso de las EVBS. En este último caso se tuvo en cuenta el efecto del diseño muestral de la ESCAV'02.

- **Metodología del apartado 3.2.2.: Relativizando la paradoja de la mayor longevidad pero peor salud de las mujeres.**

1. Población de estudio, diseño y fuente de datos:

En el apartado 3.2.2.1. (Situación laboral y salud: un patrón diferente en hombres y mujeres), se estudió la asociación entre la situación laboral y variables de salud (autovaloración de la salud y calidad de vida relacionada con la salud) en hombres y mujeres de 25 a 64 años, a partir de los datos de la ESCAV'02.

En el apartado 3.2.2.2. (La compaginación del trabajo remunerado y doméstico: desigualdades en el hogar y su impacto en la salud de las mujeres ocupadas), se estudiaron, en primer lugar, las diferencias en el uso del tiempo entre hombres y mujeres que viven en pareja en la CAPV, utilizando la Encuesta de Presupuestos de Tiempo de 2003 (EPT'03) de Eustat (Instituto Vasco de Estadística)⁵⁸. En segundo lugar, se estudió la asociación entre la distribución de roles domésticos y la salud (autovaloración de la salud, problemas crónicos como dolor cervical y nervios, consumo de tabaco, SF-36 y horas de sueño) en mujeres de 25 a 63 años con un trabajo remunerado que convivían en pareja.

Finalmente, en el apartado 3.2.2.3. (Una visión de conjunto: reinterpretando la relación entre la situación laboral y la salud de las mujeres), se analizó la asociación entre la situación laboral (trabajadoras remuneradas, teniendo en cuenta el tipo de distribución de roles, y amas de casa), con la salud (autovaloración de la salud, problemas crónicos como dolor cervical y nervios, consumo de tabaco, SF-36 y horas de sueño) en mujeres de 25 a 64 años que convivían en pareja.

2. Análisis de datos:

En el análisis de la asociación entre las variables de salud cualitativas y la situación laboral (apartados 3.2.2.1. y 3.2.2.3), se calcularon razones de prevalencia (RP) a partir de modelos de regresión log-binomiales, ajustados por edad y otras variables como la clase social, el apoyo afectivo y la presencia en el hogar de una persona mayor de 65 años no dependiente. En el caso de las variables de salud cuantitativas, se utilizó el análisis de la covarianza, mediante el cual se obtuvieron las puntuaciones medias ajustadas por edad y otras variables como la clase social, el apoyo afectivo y la presencia en el hogar de una persona mayor de 65 no dependiente. En ambos casos, se realizaron análisis segmentados por clase social (clase manual y no manual).

⁵⁸ Eustat realizó la primera encuesta de presupuestos de tiempo en 1993. Desde entonces se ha venido realizando de manera quinquenal, siendo la EPT'03 la tercera de ellas. Se trata de una encuesta realizada a través de diario personal a una muestra de 5.000 personas mediante un muestreo trietápico. Más detalles sobre la metodología y resultados de la EPT'03 pueden consultarse en www.eustat.es/estad/temalista.asp?tema=77&idioma=c&opt=1

En el estudio de las diferencias en el uso del tiempo se calcularon los tiempos medios semanales para cada actividad, por hombres y mujeres, en cada grupo de edad.

2. GUÍA PARA LA LECTURA: CLARIFICACIÓN DE CONCEPTOS

2.1. Estandarización directa: ¿Por qué es necesario estandarizar?

Cuando estudiamos la relación entre dos variables, es necesario tener en cuenta el posible efecto que una tercera variable pueda estar teniendo en dicha relación. Por ejemplo (Lazarsfeld, 1955), supongamos que necesitamos realizar una evaluación sobre la efectividad del servicio de bomberos de una determinada ciudad. En este sentido, un factor a tener en cuenta podría ser su capacidad de evitar que un incendio genere daños. Para comprobarlo, podríamos diseñar un estudio en el que, para cada incendio, se recojan dos datos: los daños del incendio valorados en euros y el número de bomberos que acudió a apagar el fuego.

Si analizamos la relación entre estas dos variables, ésta será intensa y además directa, es decir, a mayor número de bomberos implicados, más daños relacionados con el incendio. Lógicamente, al medir esta relación hemos cometido un grave error que nos puede llevar a una conclusión falsa: si hay un incendio es mejor que no acuda ningún bombero. El error ha sido no considerar una tercera variable que estaba mediando en la relación entre las dos: la gravedad del incendio. El efecto es claro, ya que si el incendio es más grave provoca más daños a la vez que requiere de la presencia de más bomberos.

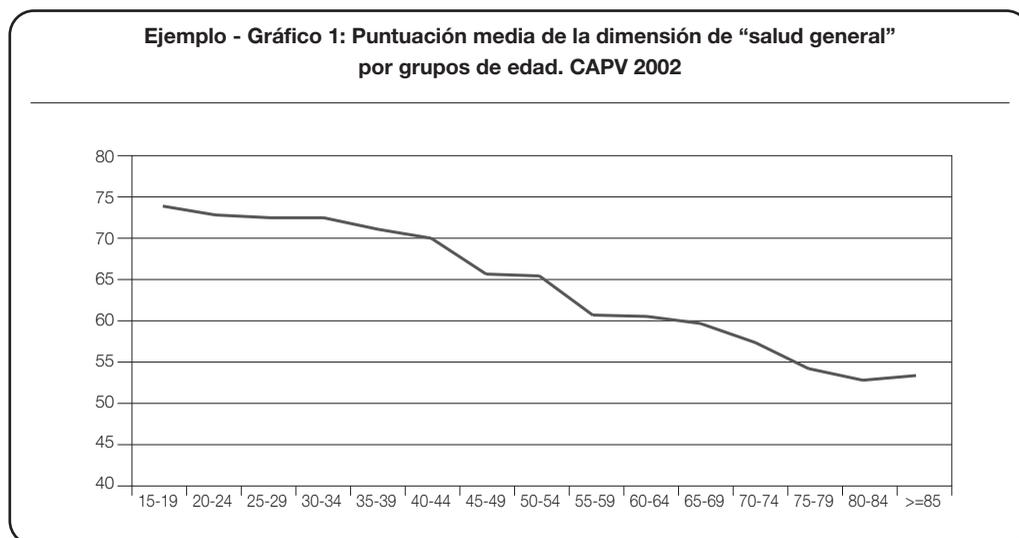
En el ámbito de la salud, una de las variables que puede introducir este tipo de confusiones es la edad. La intensidad y forma de enfermar, así como la probabilidad de morir están directamente relacionadas con la edad. Por ello, no considerar la edad puede llevarnos a establecer relaciones falsas entre variables, a no descubrir relaciones verdaderas pero ocultas o a describir erróneamente una relación.

Por ello, cuando comparamos una variable en dos grupos de población con diferentes estructuras de edades, tenemos que tener en cuenta el efecto que produce la edad. La estandarización es una forma de realizarlo.

¿Cómo se estandariza?

Hay varias formas de controlar el efecto de una tercera variable como la edad. La estandarización directa, utilizada en esta investigación, es una de ellas. La lógica de la estandarización directa consiste en determinar cuál sería la prevalencia del estado de salud o la media de una determinada variable si la población tuviera la estructura de edades de una población estándar. De esta forma, realizando esta operación para dos poblaciones, obtendremos una medida para ambas que permite compararlas sin que el efecto de la edad intervenga en la comparación.

Por ejemplo, si queremos comparar la puntuación media de dos grupos en la dimensión de salud general del SF-36 es necesario tener en cuenta sus estructuras de edades ya que, tal y como muestra el gráfico, la relación entre la edad y la puntuación es clara, en el sentido de que a medida que aumenta la edad la puntuación desciende.



Fuente: Elaboración propia a partir de la ESCAV 2002

En el caso de comparar las poblaciones de hombres y mujeres, la mayor longevidad de estas últimas hace que su edad media de la ESCAV '02 sea ligeramente mayor: 46,3 años para los hombres y 49,3 para las mujeres. Ello conlleva que la diferencia en las puntuaciones medias sin estandarizar (que en hombres y mujeres serían 67,5 y 65,6 respectivamente) esté influida por la diferente edad de las poblaciones de hombres y mujeres. Ellos tienen una puntuación mayor en la dimensión de salud general, pero cabría preguntarnos cómo serían las puntuaciones si elimináramos el efecto de la edad, es decir, si la distribución de la edad en ambas poblaciones fuera la misma.

Para su cálculo, lo primero es determinar las puntuaciones medias de hombres y mujeres en los diferentes grupos de edad (columnas 2 y 3 del Ejemplo-Tabla 1). Una vez elegida la población estándar (la ESCAV '02 en este caso), la manera de calcular la media de hombres y mujeres si tuvieran la estructura de edades de la población general de la ESCAV '02 es ponderar cada valor medio del grupo de edad (columnas 2 y 3 del Ejemplo-Tabla 1) por el peso de cada grupo en la ESCAV '02 (columna 4 del Ejemplo-Tabla 1). Para tal ponderación, basta con multiplicar cada valor medio del grupo de edad por el peso de éste. Una vez hecho esto, la puntuación media estandarizada es la suma de las medias ponderadas (columnas 5 y 6 del Ejemplo-Tabla 1).

Ejemplo-Tabla 1: Estandarización directa media de la dimensión de “Salud General” (SF-36) para hombres y mujeres. CAPV 2002

1. Edad	2. Hombres	3. Mujeres	4. Pesos ESCAV02	5. Valores ponderados hombres	6. Valores ponderados mujeres
15-19	75,94	71,77	0,05	3,61	3,41
20-24	73,76	71,89	0,09	6,91	6,74
25-29	72,91	72,33	0,11	8,32	8,25
30-34	71,49	73,82	0,08	5,85	6,04
35-39	70,93	70,83	0,08	5,86	5,85
40-44	70,43	69,44	0,10	6,98	6,88
45-49	66,21	65,63	0,08	5,18	5,13
50-54	65,32	66,24	0,08	5,23	5,30
55-59	61,95	60,38	0,08	4,65	4,53
60-64	61,16	60,59	0,05	3,14	3,11
65-69	60,33	59,61	0,06	3,83	3,79
70-74	57,93	57,17	0,05	3,18	3,14
75-79	56,31	53,01	0,04	2,14	2,01
80 y más	54,03	52,22	0,04	2,16	2,09
Suma			1,00	67,04	66,28
Media sin estandarizar	67,50	65,60			
Media estandarizada				67,04	66,28

Así, el valor medio estandarizado de los hombres es menor respecto a su valor medio bruto mientras que el de las mujeres es mayor. Este es un resultado lógico ya que la estandarización elimina las diferencias que provocaba la edad, lo cual hacía que las mujeres, al ser mayores, tuvieran una puntuación más baja que si tuvieran la estructura de edades de la ESCAV'02. Lo contrario ocurre en el caso de los hombres.

Hay que tener en cuenta que el objetivo de la estandarización es favorecer la comparación, y no ofrecer los valores reales de la población. El valor de la puntuación estandarizada no es el valor real de la población sino un valor hipotético si esa población tuviera la estructura de edades de la población de referencia elegida. El valor estandarizado estará, por lo tanto, muy determinado por la población de referencia elegida y, por ello, sólo se podrán comparar los valores estandarizados de dos poblaciones cuando el método de estandarización y la población elegida hayan sido los mismos en ambos casos.

2.2. ¿Cómo interpretar una tabla de Razón de Prevalencias (RP)?

En este apartado se muestra la forma en la que se debe interpretar el contenido de las tablas 12 a 16, en las que se muestran las razones de prevalencia (RP) de diferentes variables de salud. Se explican los conceptos que aparecen en las mismas, utilizando para ello, el ejemplo de la siguiente tabla:

Ejemplo-Tabla 2: Razón de Prevalencias (RP) de mala salud percibida (normal, mala, muy mala), por tipo de reparto de tareas domésticas, ajustado por edad y por varias variables. Mujeres trabajadoras. CAPV, 2002

	A Modelo no ajustado		B Modelo ajustado por clase social		C Modelo ajustado por apoyo social		D Modelo ajustado por presencia mayor 65	
	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p	RP* (IC**)	p
Trabajadoras remuneradas N=733								
Reparto tareas								
Muy desigual	1,56 (1,18-2,05)	0,002	1,50 (1,14-1,98)	0,004	1,49 (1,13-1,97)	0,005	1,61 (1,22-2,13)	0,001
Desigual	1,00 (0,78-1,28)	0,985	0,96 (0,74-1,23)		0,98 (0,77-1,26)	0,895	0,98 (0,76-1,26)	0,871
Igual	1		1	0,733	1			
Clase social								
Manual			1,18 (0,94-1,47)	0,151				
No manual			1					
Falta de apoyo								
Si					1,50 (1,11-2,02)			
No					1			
Presencia > 65								
No							1,50 (0,73-3,08)	0,273
Si							1	

La probabilidad de tener mala salud percibida se multiplica por 1,50 (aumenta un 50%) en las mujeres con reparto desigual respecto a las que tienen reparto igualitario (categoría de referencia) una vez ajustado (eliminado) el efecto de la edad y la clase social. Esta relación es estadísticamente significativa al 5%, ya que el valor de p asociado al mismo (0,004) es menor que 0,05.

La probabilidad de tener mala salud percibida se multiplica por 1,50 (aumenta un 50%) en las mujeres con reparto desigual respecto a las que tienen reparto igualitario (categoría de referencia) una vez ajustado (eliminado) el efecto de la edad y la clase social. Esta relación es estadísticamente significativa al 5%, ya que el valor de p asociado al mismo (0,004) es menor que 0,05.

¿Qué son las razones de prevalencia (RP)?

Las razones de prevalencia son medidas de asociación que expresan cuánto es más probable una determinada condición (en este caso, la mala salud) en un determinado grupo respecto a otro grupo (grupo de referencia). En el caso de esta tabla, la razón de prevalencia de las mujeres con un reparto de tareas muy desigual es 1,56. Este dato nos indicaría que la probabilidad de tener mala salud se multiplica por 1,56 en las mujeres que tienen una distribución de tareas desigual respecto a las que tienen una distribución igualitaria (categoría de referencia**). Es decir, las mujeres trabajadoras que tienen un reparto muy desigual tienen un 56% más de probabilidad de tener mala salud que las trabajadoras con una distribución igualitaria.

La significación estadística

En la interpretación de la razón de prevalencias (RP) se debe tener siempre en cuenta el intervalo de confianza y el valor p asociados.

En relación al intervalo de confianza, éste se muestra debajo del valor de la razón de prevalencias (RP) en cada columna, que en el caso de las trabajadoras con un reparto de tareas muy desigual es 1,18-2,05 (columna A). Este intervalo nos indica que:

- A partir de los datos de nuestra muestra, el verdadero valor de la población estará entre 1,18 y 2,05 con un 95% de nivel de confianza.
- Si el intervalo contiene el valor 1 en su rango, no podremos decir que exista diferencia entre ese grupo y el de referencia, independientemente de cuál sea el valor de la razón de prevalencia (RP). Sin embargo, si nuestro intervalo no contiene el valor 1- como en este caso (1,18-2,05)- podemos decir que, con un 95% de confianza, existe una diferencia significativa entre ellas y el grupo de referencia (en este caso, las mujeres con distribución igualitaria).

La significación estadística de las diferencias también puede derivarse del valor del p-value (p en la tabla), el cual expresa la probabilidad de que, dados los datos de nuestra muestra, el valor en la población pueda ser el 1 (es decir, ausencia de relación, como hemos visto). Se considera que si esa probabilidad es muy baja (por convención, menor que 5% (0,05) o de 1% (0,01)), la relación que observamos en nuestra muestra no parece deberse al azar y podría, por lo tanto, ser extrapolada al conjunto de la población.

Sin embargo, hay que considerar que el hecho de que una relación sea estadísticamente significativa puede deberse a factores no relacionados con la fuerza o importancia de la relación sino con el tamaño muestral. Por ello, las relaciones que no resultan estadísticamente significativas no deben ser automáticamente desestimadas, sino que debe considerarse la tendencia que apuntan. De la misma forma, el hecho de que una relación sea estadísticamente significativa debe acompañarse de una reflexión sobre el verdadero interés, sentido y relevancia de la relación.

¿Qué quiere decir cada columna? ¿Qué diferencia hay entre ellas?

En la tabla se distinguen varias columnas, denominadas A, B, C y D. La diferencia entre unas y otras estriba en las variables que se han tenido en cuenta al estudiar la relación entre la distribución de roles (que es la variable de interés y por eso se incluye en las cuatro columnas) y el estado de salud. En el primer modelo, sólo se ha controlado la edad (no mostrada), mientras que en el segundo modelo, además de la edad, se ha introducido la clase social, por lo que podemos decir que tener una distribución de roles muy desigual aumenta la probabilidad de tener mala salud en un 50%, (RP 1,50), aislando el efecto que tiene en esta relación la edad y la clase social⁵⁹. Además, gracias a esta columna, podemos saber que pertenecer a una clase manual aumenta la probabilidad de tener mala salud en un 18% (RP 1,18), controlando (eliminando) el efecto de la edad y del tipo de distribución de roles.

Por tanto, el objetivo de presentar estas cuatro columnas o modelos es estudiar la asociación entre la distribución de roles y el estado de salud, sabiendo si tal relación se mantiene una vez que hemos controlado el efecto de otras variables como el pertenecer a una clase social determinada, contar con apoyo social o convivir en el hogar con una persona mayor de 65 años no dependiente.

⁵⁹ Ver apartado anterior de estandarización para una mayor explicación de la necesidad de tener en cuenta terceras variables a la hora de estudiar la relación entre dos fenómenos

3. ENCUESTA DE SALUD DE LA C.A. DEL PAÍS VASCO 2002 (ESCAV'02)

Debido a la centralidad del análisis de la ESCAV'02 en la presente investigación, se ha creído conveniente describir más detalladamente la metodología seguida en su realización⁶⁰.

El Departamento de Sanidad realizó la primera Encuesta de Salud en 1986 y la ESCAV'02 es la cuarta de este tipo de encuestas que se realizan de manera quinquenal desde 1992. La ESCAV'02 constó de dos cuestionarios, uno individual y otro familiar, que cubrieron las principales dimensiones del estado de salud, sus factores determinantes (hábitos, prácticas preventivas y entorno) así como sus consecuencias (uso de servicios de salud, consumo de medicamentos y gasto sanitario familiar) (Departamento de Sanidad, 2004).

Basada en un muestreo polietápico, contó con las siguientes características y tamaño de muestra:

1ª Etapa: Muestreo aleatorio por conglomerados, siendo la sección censal la unidad primaria de muestreo. Dentro de esta etapa se realizó un submuestreo estratificado en dos etapas:

- 1.1 *Estratificación geográfica:* en la que se delimitaron tres estratos, uno por área sanitaria, con afijación proporcional a la raíz cuadrada del tamaño de cada estrato según la población de derecho.
- 1.2 *Estratificación socioeconómica:* dentro de cada uno de los tres estratos se sortearon las secciones censales estratificadas proporcionalmente por comarca sanitaria y cada una de las diez tipologías sociodemográficas previamente construidas. Se seleccionaron 650 secciones censales.

2ª Etapa: Muestreo aleatorio sistemático uniforme. Dentro de cada sección censal se seleccionaron ocho entre todas las viviendas ocupadas, por muestreo sistemático circular. Se seleccionaron así 5.200 viviendas.

Área sanitaria	Población de derecho	Secciones muestrales	Comarca Sanitaria	Secciones muestrales	Viviendas
Áraba	267.854	140	Álava	140	1.120
			Bizkaia	1.134.202	286
Gipuzkoa	695.999	224	Interior	69	552
			Uribe-Kosta	49	392
			Ezkerraldea-Enkarterri	78	624
			Gipuzkoa Oeste	93	744
CAPV	2.098.055	650	Gipuzkoa Este	131	1.048
				650	5.200

Fuente: Esnaola y col, 2007

⁶⁰ Para un mayor detalle sobre la metodología de la ESCAV'02 se puede consultar la publicación de la misma (Departamento de Sanidad, 2004) y también (Esnaola y col, 2007), que han sido las fuentes utilizadas para realizar la descripción que aquí se presenta.

3ª Etapa: Muestreo aleatorio simple. El total de residentes en cada una de las 5.200 viviendas seleccionadas en la etapa anterior rellenaron el cuestionario familiar. Para el cuestionario individual, se seleccionaron por muestreo aleatorio simple dos de cada tres individuos de 14 y más años dentro de cada vivienda. De esta forma, se seleccionaron 5.200 viviendas, lo que supuso una muestra de 14.787 individuos que contestaron al cuestionario familiar, de los cuales 8.398 lo hicieron también al individual. La tasa de respuesta para la edición de 2002 fue de 85,5% en el cuestionario familiar y de 93% en el individual. En el caso del cuestionario familiar, de las 6.098 viviendas elegibles no se contactó por ausencia en 570 casos (9,3%) y por rechazo en 316 (5,2%), por lo que al final se encuestaron a un total de 5.212 familias. Dentro de éstas, el 7,05% de las personas seleccionadas no contestó al cuestionario individual (Tabla II).

Tabla II. Tasa de respuesta y estructura de la no respuesta al cuestionario familiar e individual. ESCAV 2002

Familiar	N	%	Individual	N	%
Total elegibles	6.098	100			
Negativas (rechazo)	316	5,2			
Ausencias	570	9,3			
Viviendas encuestadas	5.212	85,5			
			Elegibles	9.035	100
			Negativas	534	5,91
			Ausencia prolongada	55	0,61
			Incapacidad	30	0,33
			Otras	18	0,20
			Personas encuestadas	8.398	92,95

Fuente: Esnaola y col, 2007

4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Son varias las limitaciones del presente estudio, tal y como se detallan a continuación:

- **Fuentes de datos**

- *Diseño transversal de la ESCAV:*

Se trata de un estudio transversal descriptivo, a partir de los datos de la ESCAV '02, que, por lo tanto, no permite establecer relaciones causales entre los fenómenos analizados. Sin embargo, en diversos aspectos como la relación entre el lugar de nacimiento y la salud, o la distribución de los roles domésticos y la salud, es inverosímil que la relación entre ambos fenómenos pueda ser en otro sentido que el señalado.

- *Encuesta por muestreo:*

La ESCAV, al igual que todas las encuestas, está sujeta a errores de medición que pueden afectar a los resultados obtenidos. En primer lugar, se sitúan los errores de muestreo, que se producen por utilizar una muestra para estimar características de toda una población. Sin embargo, en el caso de la ESCAV, el elevado tamaño de la muestra utilizada así como su complejo diseño muestral⁶¹, minimiza este tipo de

⁶¹ Para una descripción más completa del diseño muestral de la ESCAV se puede consultar el apartado anterior dedicado a las características de la ESCAV '02.

error. Además, la magnitud de este error de muestreo puede ser estimada por medio de métodos estadísticos, de forma que en el cálculo de la significación estadística de las relaciones está ya incorporado este tipo de error. En este caso, además, se ha tenido en cuenta el “efecto diseño” del muestreo en el cálculo de los errores, lo que ofrece una estimación más ajustada de los mismos.

Un segundo grupo de errores relacionado con las encuestas por muestreo engloba aquéllos producidos durante el proceso de elaboración del estudio (desde el diseño del cuestionario hasta la obtención de los resultados definitivos). Se trata de los errores derivados de aspectos como el marco muestral, del diseño del cuestionario, de la no respuesta o de los errores de grabación. En el caso concreto de la ESCAV, el marco muestral fue el registro de población y vivienda, lo que asegura una muy alta correspondencia entre la población objeto de estudio y la población susceptible de ser elegida en la muestra. Sin embargo, determinados grupos en riesgo sí quedan excluidos del marco muestral, como por ejemplo la población institucionalizada o determinados colectivos no empadronados, lo que supone una limitación importante para el estudio de las desigualdades sociales en salud (Borrell, 1996). Por su parte, la no respuesta fue de un 14,5% en el caso de la ESCAV '02, una tasa baja en comparación con las encuestas de salud de ámbito europeo (Eurostat, 2003) e internacional, en las que, habitualmente, la no respuesta se sitúa en torno a un 20-40% (Martikainen y col, 2007). Además, un estudio realizado entre los trabajadores del ayuntamiento de Helsinki, demostró que la no respuesta del cuestionario, en ese caso del 33%, no introducía sesgos en el estudio de las desigualdades sociales en salud (Martikainen y col, 2007). Por último, y en relación a las variables utilizadas en este estudio (clase social, nivel de estudios, autovaloración de la salud...) en ninguna de ellas la tasa de no respuesta fue alta.

- *Variables de estudio:*

Las variables recogidas en la ESCAV se basan en la información declarada por los/as encuestados/as, lo que, en ocasiones, puede introducir sesgos debidos a la diferente percepción y expresión del estado de salud y la enfermedad en función de la pertenencia a determinados grupos sociales. Sin embargo, muchas de estas variables subjetivas han sido validadas al comprobarse su correlación con variables objetivas como, por ejemplo, la relación entre una mala salud percibida y la mortalidad (Idler y Benyamini, 1997).

Asimismo, la forma de medición de determinadas variables puede introducir sesgos en el análisis de datos. El caso de la clase social es un ejemplo claro, ya que se trata de un concepto multidimensional difícil de recoger mediante encuesta y con importantes errores de medida, especialmente evidentes en colectivos como el de las mujeres (Borrell y col, 2004b). En el caso de la ESCAV, se utiliza la clase social basada en la ocupación, construida a partir de la Clasificación de la Sociedad Española de Epidemiología (Grupo de trabajo de la SEE, 2000) ampliamente utilizada y validada en el contexto español. Además, con el fin de obtener una medida alternativa en la descripción de las desigualdades sociales se ha utilizado también el nivel de estudios.

La variable utilizada para recoger la distribución de roles domésticos también introduce una serie de limitaciones, ya que se trata de una variable construida a partir de una pregunta de la ESCAV sobre la frecuencia de realización de las tareas domésticas por cada uno de los miembros de la pareja. Sin embargo, con anterioridad a su utilización se ha comprobado su validez de constructo a partir de variables como el nivel de estudios, el sexo o la edad.

• **Análisis de datos**

- *Modelos de regresión log-binomiales:*

El uso de modelos log-binomiales para el cálculo de las razones de prevalencias produjo estimaciones erróneas cuando la suma de los coeficientes fue mayor que 0. Por ello, no fue posible ajustar los mode-



los presentados por todas las covariables conjuntamente. Sin embargo, el hecho de que ninguna de las variables de forma individual modificara el efecto de las variables de resultado estudiadas hace pensar que de forma conjunta su efecto tampoco fuera reseñable. Este hecho se comprobó mediante el uso de modelos de regresión logística, que permitió calcular odds ratio sin ajustar y ajustados por todas las variables en conjunto.

BIBLIOGRAFÍA

- ABÁSULO I. (1998) *La Economía del Gasto Sanitario en la Comunidad Autónoma Canaria (1989-1993)* [Tesis Doctoral]. Santa Cruz de Tenerife: Servicio Canario de Salud.
- ABÁSULO I. (1998b) “Equidad horizontal en la distribución del gasto público en sanidad por grupos socioeconómicos en Canarias. Un estudio comparado con el conjunto español”. *Hacienda Pública Española*, 147: 3-28.
- ABÁSULO I. MANNING R. JONES A. (2001) “Equity in the utilisation of and access to public-sector GPs in Spain”. *Applied Economics*, 33(3): 349-364.
- ABELLÁN A. (2004) *Las personas mayores en España*. Madrid: CSIC.
- ACHESON D. (1998) *Independent inquiry into inequalities in health*. London: Stationery Office.
- AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA (2003) *Diferències i desigualtats de gènere en salut*. Estudis/Monografies 2. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- AIZPURU F. ANITUA C. SANZO JM. (1999) “1986-1997: Reducción de las desigualdades en el acceso a los servicios dentales en la Comunidad Autónoma del País Vasco”. *Gaceta Sanitaria*, 13(90): 9089.
- ALBERT C. DAVIA M. (2004) “Salud, salarios y educación”. *Hacienda Pública Española*, 169: 11-34.
- ALDASORO E. CALVO M. ESNAOLA S. HURTADO DE SARACHO I. ALONSO E. AUDICANA C. ARÓS F. LEKUONA I. ARTEAGOITIA JM. BASTERRETXEA M. MARRUGAT J. En nombre del grupo IBERICA-País Vasco (2007) “Diferencias de género en el tratamiento de revascularización precoz del infarto agudo de miocardio”. *Medicina Clínica*, 128(3): 81-85.
- ALMAGRO D. BENÍTEZ JA. GARCÍA MA. LÓPEZ MT. (2001) “Incremento del índice de dientes permanentes cariados, perdidos por caries y obturados, entre escolares de Loja, España”. *Salud Pública de México*, 43(3): 192-8.
- ALONSO J. ANTÓ JM. (1988) “Desigualdades de salud en Barcelona”. *Gaceta Sanitaria*, 2: 4-12.
- ALONSO J. ANTÓ JM. MORENO C. (1990) “Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity”. *American Journal of Public Health*, 80(6): 704-708.
- ALONSO J. MURILLO C. ANTÓ JM. (1990b) “Estudio de las desigualdades de salud en Barcelona. Marco teórico y evidencia empírica”. En: *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria.
- ALONSO J. PÉREZ P. SÁEZ M. MURILLO C. (1997) “Validez de la ocupación como indicador de la clase social, según la clasificación del British Registrar General”. *Gaceta Sanitaria*, 11: 205-213.
- ALONSO J. (2000) “La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica”. *Gaceta Sanitaria*, 12:163-167.
- ALONSO JC. CUETO A. MARTÍN MD. SUÁREZ P. (2003) “Validez del boletín estadístico de defunción para identificar desigualdades en mortalidad según la ocupación”. *Gaceta Sanitaria*, 17(sup. 1): 11-12.

- ALVARADO BE. ZUNZUNEGUI MV. DEL SER T. BELAND F. (2002) "Cognitive decline is related to education and occupation in a Spanish elderly cohort". *Aging Clinical and Experimental Research*, 14(2):132-142.
- ÁLVAREZ-DARDET C. ALONSO J. DOMINGO A. REGIDOR E. (1995) *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores.
- ÁLVAREZ-DARDET C. MONTAHUD C. RUIZ MT. (2001) "The widening social class gap of preventive health behaviours in Spain". *European Journal of Public Health*, 11(2): 225-226.
- ÁLVARO M. (1996) *Los usos del tiempo como indicadores de la discriminación entre géneros*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- ANITUA C. ESNAOLA S. (1991) "Análisis de las desigualdades sociales en la accesibilidad a los servicios médicos ambulatorios". En: *X Reunión de la Sociedad española de epidemiología*. Madrid.
- ANITUA C. AIZPURU F. SANZO JM. GONZÁLEZ-PINTO A. (1999) "Evolución de la población sospechosa de padecer anorexia nerviosa. País Vasco 1992-1997". *Gaceta Sanitaria*, 13(90): 9056.
- ANITUA C. ESNAOLA S. (2000) "Changes in social inequalities in health in the Basque Country". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(6):437-443.
- ANNANDALE E. HUNT K. (2000) "Gender inequalities in health: Research and crossroads". En ANNANDALE E. HUNT K. Editores. *Gender inequalities in health*. Buckingham: Open University Press.
- ARANCETA J. PÉREZ-RODRIGO C. SERRA-MAJEM L. RIBAS L. QUILES-IZQUIERDO J. VIOQUE J. FOZ M. (2001) "Influence of sociodemographic factors in the prevalence of obesity in Spain. The SEEDO'97 Study". *European Journal of Clinical Nutrition*, 55(6):430-435.
- ARBER S. (1991) "Class, paid employment and family roles, making sense of structural disadvantage, gender and health status". *Social Science and Medicine*, 32(4): 425-436.
- ARBER S. (1997) "Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s". *Social Science and Medicine*, 44(6): 773-787.
- ARBER S. COOPER H. (1999) "Gender differences in health in later life: the new paradox?". *Social Science and Medicine*, 48(1): 61-76.
- ARIAS LC. REBAGLIATO M. PALUMBO MA. BELLVER R. ASHTON J. COLOMER C. (1993) "Desigualdades en salud en Barcelona y Valencia". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 100: 281-287.
- ARIAS LC. BORRELL C. (1998) "Desigualdades en la mortalidad según la educación en la ciudad de Barcelona y Valencia". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 110:161-166.
- ARMERO MJ. FRAU MJ. COLOMER C. (1991) "Indicadores de salud en el medio urbano. Variación en función de la coherencia social de las áreas geográficas utilizadas". *Gaceta Sanitaria*, 5: 17-20.
- ARREGI B. LARRAÑAGA I. MARTÍN U. (2006) "Demografía" En: EUSTAT. *Informe socioeconómico de la C.A. de Euskadi 2006*. Vitoria-Gasteiz: EUSTAT.
- ARTAZCOZ L. MONCADA S. (1993) "Trabajo, estilos de vida y percepción de la salud". En: *V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Granada.
- ARTAZCOZ L. BORRELL C. BENACH J. (2001) "Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55: 639-647.
- ARTAZCOZ L. BORRELL C. MERINO J. GARCÍA MM. SÁNCHEZ JJ. DAPONTE A. CABRERA A. ESNAOLA S. RAMOS JL. ANITUA C. ROHLFS I. (2002) "Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar". En: CABASÉS J, VILLALBÍ JR. AIBAR C. Coor-

- dinadores. *Informe SESPAS 2002. La salud y el sistema sanitario en España. Invertir en salud. Prioridades para la salud pública en España*. Valencia: Consellería de Sanitat.
- ARTAZCOZ L. (2004) *Desigualtats en salut en un marc integrat de gènere, classe social y treball* [tesis doctoral]. [acceso 25 de marzo de 2006] Disponible en: http://www.tdx.cesca.es/TESIS_UPF/AVAILABLE/TDX-0207105-135430/tlal1de1.pdf
- ARTAZCOZ L. BENACH J. BORRELL C. CORTÈS I. (2004) “Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles and social class”. *American Journal of public health*, 94(1): 82-88.
- ARTAZCOZ L. BORRELL C. BENACH J. CORTÈS I. ROHLFS I. (2004b) “Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position”. *Social Science and Medicine*, 59(2): 263-274.
- ARTAZCOZ L. MOYA C. VANACLOCHA H. PONT P. (2004c) “La salud de las personas adultas”. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1): 56-68.
- ARTAZCOZ L. CORTÈS I. BENACH J. (2005) “Les desigualtats en la salut laboral”. En: BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *L'evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- ARTELLS JJ. BARÓ E. MURILLO C. (1985) “Equidad territorial: el empleo del análisis multivariante en la asignación de recursos entre áreas geográficas”. En: *IV Jornadas de Economía de la Salud*. Sevilla.
- AVELLA A. BRINES R. OBRADOR A. BENITO E. MULLET M. (1988) “Variables socioeconómicas y cáncer colo-rectal en Palma de Mallorca”. *Gaceta Sanitaria*, 2: 230-234.
- AVENDANO M. ARO AR. MACKENBACH JP. (2005) “Socioeconomic disparities in physical health in 10 European countries”. En: BOERSCH-SUPAN A. BRUGIAVINI A. JUERGES H. MACKENBACH J. SIEGRIST J. WEBER G. *Health, ageing and retirement in Europa*. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing.
- BAJEKAL M. (2005) “Healthy life expectancy by area deprivation: magnitude and trends in England 1994-1999”. *Health Statistics Quarterly*, 25: 18-27.
- BARKER DJ. CLARK PM. (1997) “Fetal undernutrition and disease in later life”. *Reviews of Reproduction*, 2(2): 105-112.
- BARRETO SM. GIATTI L. KALACHE A. (2004) “Gender inequalities in health among older Brazilian adults”. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 16(2): 110-118.
- BARTLEY M. POPAY J. PLEWIS I. (1992) “Domestic conditions, paid employment and women’s experience of ill-health”. *Sociology of health and illness*, 14(3): 313-343.
- BARTLEY M. PLEWIS I. (1997) “Does health-selective mobility account for socioeconomic differences in health? Evidence from England and Wales, 1971 to 1991”. *Journal of Health and Social Behaviour*, 38: 376-386.
- BARTLEY M. SACKER A. FIRTH D. FITZPATRICK R. (1999) “Social position, social roles and women’s health in England: Changing relationships 1984-1993”. *Social Science and Medicine*, 48(1): 99-115.
- BAUZA MLI. ESTEVA M. MIRALLES J. AIMA V. (1991) “Desigualdades en salud en la ciudad de Palma”. En: *IV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Valencia.
- BEAUVOIR S. (1981) *El segundo sexo*. Madrid: Aguilar.

- BELLO LM. SUÁREZ JB. RIVERO JB. PRIETO F. SERRA L. (1999) “Variables sociales y sanitarias asociadas a la autopercepción del estado de salud en la población adulta de Gran Canaria (Islas Canarias)”. *Atención Primaria*, 24(9):533-536.
- BELLO LM. (2000) “Desigualdad socioeconómica y mortalidad en las Islas Canarias”. En: *XVIII Jornadas de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- BENACH J. (1995) “Análisis bibliométrico de las desigualdades en salud en España (1980-1994)”. *Gaceta Sanitaria*, 9(49): 251-164.
- BENACH J. (1997) “La desigualdad social perjudica seriamente la salud”. *Gaceta Sanitaria*, 11(6): 255-257.
- BENACH J. BORRELL C. GARCÍA MD. CHAMIZO H. (1998) “Desigualdades sociales en mortalidad en áreas pequeñas en España”. En CATALÁ FJ. DE MANUEL E. Editores. *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- BENACH J. YASUI Y. (1999) “Geographical patterns of excess mortality in Spain explained by two indices of deprivation”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:423-31.
- BENACH J. AMABLE M. MUNTANER C. BENAVIDES FG. (2002) “The consequences of work flexibilisation for health: are we looking at the right place?” *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56:405-406.
- BENACH J. MARTÍNEZ JM. BORRELL C. PASARÍN MI. YASUI Y. (2003) “Desigualtats geogràfiques en àrees petites”. En BORRELL, C BENACH J. Coordinadores. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- BENACH J. YASUI Y. BORRELL C. PASARÍN MI. MARTÍNEZ JM. DAPONTE A. (2003b) “The public health burden of material deprivation: excess mortality in leading causes of death in Spain”. *Preventive Medicine*, 36(3):300-308.
- BENACH J. GIMENO D. BENAVIDES F. MARTÍNEZ JM. TORNÉ MM. (2004) “Types of employment and health in the European Union. Changes from 1995 to 2000”. *European Journal of Public Health*, 14(3):314-321.
- BENERÍA L. (1981) “Reproducción, producción, y división sexual del trabajo”. *Mientras Tanto*, 6: 47-84.
- BENZEVAL M. JUDGE K. WHITEHEAD M. Editores. (1995) *Tackling inequalities in health: an Agenda for action*. London: King’s Fund.
- BERKMAN LF. SYME SL. (1979) “Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents”. *American Journal of Epidemiology*, 109(2):186-204.
- BLACK D. (1993) “Deprivation and health”. *British Medical Journal*, 307(6919):1630-1631.
- BLANE D. (1985) “An assessment of the Black Report’s explanations of health inequalities”. *Sociology of Health and Illness*, 7: 423-445.
- BLANE D. BARTLEY M. SMITH GD. FILAKTI H. BETHUNE A. HARDING S. (1994) “Social patterning of medical mortality in youth and early adulthood”. *Social Science and Medicine*, 39(3): 361-366.
- BLAXTER M. (1997) “Whose fault is it? People’s own conceptions of the reasons for health inequalities”. *Social Science and Medicine*, 44(6): 747-756.
- BLOOMFIELD K. GMEL G. NEVE R. MUSTONEN H. (2003) “Investigating gender conversion [convergence] in alcohol consumption in Finland, Germany, the Netherlands and Switzerland”. En: BLOOMFIELD K. Coordinador. *Gender and Alcohol A Multinational Study*. [acceso 2 febrero 2007] Disponible en: www.medizin.fu-berlin.de/statistik/Gender&Alcohol/download/chapter5-V.pdf

- BORRAS JM. FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. BORRELL C. LA VECCHIA C. (2000) "Pattern of smoking initiation in Catalonia, Spain, from 1948 to 1992". *American Journal of Public Health*, 90:1459-1462.
- BORRELL C. PLASÈNCIA A. PAÑELLA G. (1991) "Excés de mortalitat en una àrea urbana cèntrica: el cas de Ciutat Vella a Barcelona". *Gaceta Sanitaria*. 5: 243-253.
- BORRELL C. (1992) *Epidemiologia de les desigualtats en mortalitat als barris de Barcelona* [trabajo de investigación de tercer ciclo]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- BORRELL C. ARIAS A. TRISTÁN-POLO M. (1992) *Mortalitat agregada a la ciutat de Barcelona (1983-1989). Anàlisi per barris municipals*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- BORRELL C. ARIAS A. (1993) "Desigualtats en mortalitat als barris de Barcelona". *Gaceta Sanitaria*, 7: 205-220.
- BORRELL, C. (1995) *Evolució de les desigualtats socials en salut a la ciutat de Barcelona* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- BORRELL C. ARIAS A. (1995) "Socio-economic factors and mortality in urban settings: the case of Barcelona (Spain)". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49: 460-465.
- BORRELL C. (1996) *Les desigualtats socials en la salut*. Barcelona: Institut Municipal de la Salut.
- BORRELL C. PLASÈNCIA A. PASARÍN MI. ORTÚN V. (1997) "Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a Southern European city". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51: 659-667.
- BORRELL C. PASARÍN MI. (1999) "The study of social inequalities in health in Spain: where are we?". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53:338-9.
- BORRELL C. FERNÁNDEZ E. (1999) "Desigualdades de utilización. Estado de la cuestión y estrategias de futuro". En: *XIX Jornadas de Economía de la Salud*. Zaragoza: Asociación de Economía de la Salud.
- BORRELL C. MOMPART A. BRUGAL MT. ROHLFS I. PÉREZ G. (1999) "La salut". En: FUNDACIÓ JAUME BOFILL. *Informe per a la Catalunya del 2000. Societat, economia, politica, cultura*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- BORRELL C. REGIDOR E. ARIAS LC. NAVARRO P. PUIGPINOS R. DOMÍNGUEZ V. PLASÈNCIA A. (1999b) "Inequalities in mortality according to educational level in two large Southern European cities". *International Journal of Epidemiology*, 28:58-63.
- BORRELL C. ROHLFS I. FERRANDO J. PASARÍN MI. DOMÍNGUEZ-BERJÓN F. PLASÈNCIA A. (1999c) "Social inequalities in perceived health and utilization of health services in a south European urban area". *International Journal of Health Services*, 29 (4): 743-764.
- BORRELL C. DOMÍNGUEZ-BERJÓN F. PASARÍN MI. FERRANDO J. ROHLFS I. NEBOT M. (2000) "Social inequalities in health related behaviours in Barcelona". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(1):24-30.
- BORRELL C. RUE M. PASARÍN I. ROHLFS I. FERRANDO J. FERNÁNDEZ E. (2000b) "Trends in Social Class Inequalities in Health Status, Health-Related Behaviours, and Health Services Utilization in a Southern European Urban Area (1983-1994)". *Preventive Medicine*, 31: 691-701.
- BORRELL C. FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. BENACH J. RAJMIL L. VILLALBÍ JR. SEGURA A. (2001) "Social class inequalities in the use of and access to health services in Catalonia (Spain): what is the influence of supplemental private health insurance". *International Journal for Quality in Health Care*, 13(2): 117-25.

- BORRELL C. RODRÍGUEZ M. FERRANDO J. BRUGAL MT. PASARÍN MI. PLASÈNCIA A. (2002) "The role of individual and contextual effects in injury mortality: new evidence from small area analysis". *Injury Prevention*, 8: 297-302.
- BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. (2003) *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- BORRELL C. CIRERA E. RICART M. PASARÍN MI. SALVADOR J. (2003) "Social inequalities in perinatal mortality in a Southern European city". *European Journal of Epidemiology*, 18(1): 5-13.
- BORRELL C. GARCÍA-CALVENTE MM. MARTÍ-BOSCA JV. Editores. (2004) "Informe SESPAS 2004: La salud pública desde la perspectiva de género y clase social". *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1).
- BORRELL C. ROHLFS I. ARTAZCOZ L. MUNTANER C. (2004b) "Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social?" *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 2): 75-82.
- BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. (2005) *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- BORRELL C. PEIRÓ R. RAMÓN N. PASARÍN MI. COLOMER C. ZAFRA E. ÁLVAREZ-DARDET C. (2005) "Desigualdades socioeconómicas y planes de salud en las Comunidades Autónomas del Estado español". *Gaceta Sanitaria*, 19(4): 277-284.
- BOSSUYT N. GADEYNE S. DEBOOSERE P. VAN OYEN H. (2004) "Socio-economic inequalities in health expectancy in Belgium". *Public Health*, 118(1): 3-10.
- BRAY FA. (1987) "Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence and risks". *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499: 14-28.
- BROESE VAN GROENOU MI. DEEG DJ. PENNING BW. (2003) "Income differentials in functional disability in old age: relative risks of onset, recovery, decline, attrition and mortality". *Aging clinical and experimental research*, 15(2):174-183.
- BRONNUM-HANSEN H. ANDERSEN O. KJOLLER M. RASMUSSEN N. (2004) "Social gradient in life expectancy and health expectancy in Denmark". *Sozial und präventivmedizin*, 49(1): 36-41.
- BRUGAL MT. BORRELL C. AZ-QUIJANO E. PASARÍN MI. GARCÍA DE OLAYA P. VILLALBI JR. (2003) "Deprivation and AIDS in a southern European city: different patterns across transmission group". *European Journal of Public Health*, 13(3):259-261.
- BUENO FJ. (1999) "Introducción". *Revista valenciana d'estudis autonòmics*, 28:3-6.
- CABEDO VR. ORTELLS E. BAQUERO L. BOSCH N. MONTERO A. NACHER A. SÁNCHEZ-PERAL B. TAMBORERO MA. (2000) "Cómo son y de qué padecen los gitanos". *Atención Primaria*, 26:21-5.
- CABASÉS J. VILLALBÍ. AIBAR C. Editores. (2002) *Informe SESPAS 2002: La salud y el sistema sanitario en España: Invertir en salud. Prioridades para la salud pública en España*. Valencia: Consellería de Sanitat.
- CABETAS C. GAVILANES EC. (1982) "Impacto de la redistribución de la renta vía gastos sanitarios. Economía de la Política Sanitaria" En: *II Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria: Asociación de Economía de la Salud.
- CANADIAN INSTITUTE FOR HEALTH INFORMATION (2003) *Women's health surveillance report. A multi-dimensional look at the health of Canadian women*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

- CANO-SERRAL G. RODRÍGUEZ-SANZ M. BORRELL C. PÉREZ MDEL M. SALVADOR J. (2006) “Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo” *Gaceta Sanitaria*, 20(1): 25-30.
- CARRASCO C. MAYORDOMO M. DOMÍNGUEZ M. ALABART A. (2004) *Trabajo con mirada de mujer: Propuesta de una encuesta de población activa no androcéntrica*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- CARRIÓN JR. (2006) “La salud de los hombres: ¿sexo fuerte, género débil?”. *Socialdigital* [revista electrónica] [acceso 3 de enero de 2007] Disponible en: <http://www.socialdigital.org/textos/lasaluddelhombre.pdf>.
- CASI-CASANELLAS A. MORENO-IRIBAS C. (1992). “Desigualdad ante la muerte: estudio comparativo entre comunidades de Navarra en el segmento de población de 25 a 74 años”. *Atención Primaria*, 10:543-8.
- CASSWELL S. PLEDGER M. HOOPER R. (2003) “Socioeconomic status and drinking patterns in young adults”. *Addiction* 98(5): 601-610.
- CAVELAARS A. KUNST AE. GEURTS JJM. CRIALESI R. GRÖTVEDT L. HELMERT U. LAHELMA E. LUNDBERG O. MATHENSON J. MIELCK A. RASMUSSEN NK. REGIDOR E. ROSÁRIO-GIRALDES M. SPUHLER TH. MACKENBACH JP. (2000) “Educational differences in smoking: International comparisons”. *British Medical Journal*, 320: 1102-1107.
- CEAS (1979) *Necesidades sanitarias y recursos asistenciales*. Madrid: INSALUD.
- CEINOS ME. (1996) *Lactancia materna en Galicia y alimentación en el primer año de vida: influencia de los factores medio-ambientales y socio-culturales*. Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio científico.
- CERDÀ I. (1968) *Teoría general de la urbanización y aplicación de sus principios y doctrinas a la reforma y ensanche de Barcelona*. Vol. II. Madrid: Instituto de Estudios Fiscales.
- CES (2003) *Segundo Informe sobre la situación de las mujeres en la realidad sociolaboral española*. Madrid: Consejo Económico y Social.
- CHAMIZO J. (2002) “El derecho a la protección de la salud de los inmigrantes”. En: *I Jornada de Coordinación de Atención Sanitaria a Inmigrantes en Andalucía*. [conferencia inaugural] Sevilla: Fundación Progreso y Salud.
- CHIANG CL. (1984) *The life table and its applications*. Florida: Robert E. Krieger Publ. Co.
- CILLA G. PÉREZ-TRALLERO E. MARIMON JM. ERDOZAIN S. GUTIÉRREZ C. (1995) “Prevalence of hepatitis A antibody among disadvantaged gipsy children in northern Spain”. *Epidemiology and Infection*, 115(1): 157-61.
- CILLA G. PÉREZ-TRALLERO E. GARCI-BENGOECHEA M. MARIMON JM. ARENAS JL. (1997) “Helicobacter pylori infection: a seroepidemiological study in Gipuzkoa, Basque Country, Spain”. *European Journal of Epidemiology*, 13(8):945-949.
- CLARKE P. SMITH L. JENKINSON C. (2002) “Comparing health inequalities among men aged 18-65 years in Australia and England using the SF-36”. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 26(2):136-143.
- COLECTIVO IOE (1996) *Tiempo social contra reloj: las mujeres y la transformación en los usos del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- COMA A. MARTÍ M. FERNÁNDEZ E. (2003) “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”. *Atención Primaria*, 32(4): 208-215.

- COSTA J. (1989) *Desigualtats en la mortalitat als barris de Barcelona: la seva relació amb l'atur, l'analfabetisme i la categoria professional* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- CROFT M. (2004) "North-south divide in social inequalities in Great Britain Self perceived health is affected by anxiety and self esteem". *British Medical Journal*, 329(7456): 52.
- CRUZ C. ALMISAS M. (1990) "Relación de la clase social con la cobertura vacunal contra tétanos y poliomielitis en una población infantil". *Pediatrika*, 10:240-245.
- CUERVO J. COMPANY A. ANTÓ JM. CASAS M. (1985) "Cobertura sanitaria y utilización de los servicios sanitarios públicos en la ciudad de Barcelona". En: *IV Jornadas de Economía de la salud*. Sevilla.
- CURHAN GC. WILLET WC. RIMM EB. SPIELGELMAN D. ASCHERIO AL. STAMPFER MJ. (1996) "Birth weight and adult hypertension, diabetes mellitus, and obesity in US men". *Circulation*, 94: 3246-50.
- DAHLGREN G. WHITEHEAD M. (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute of Future Studies.
- DAHLGREN G. WHITEHEAD M. (1993) *Tackling inequalities in health: what can we learn from what has been tried?* Working paper prepared for the King's Fund International Seminar on Tackling Inequalities in Health, Oxfordshire. London: King's Fund.
- DANIELSON M. LINDBERG G. (2001) "Differences between men's and women's health: The old and the new gender paradox". En ÖSTUM P. DANIELSON M. DIDERICHSEN F. HARENSTEM A. LINDBERG G. Editores. *Gender inequalities in health: A Swedish Perspective*. Boston: Harvard Center for Population and International Health.
- DAVIS MA. (1981) "Sex differences in reporting osteoarthritis symptoms: a sociomedical approach". *Journal of Health and Social Behaviour*, 22(3): 298-310.
- DE ANDRÉS J. BARRUTI M. BORRELL C. CALAFELL J. PASARÍN MI. PUIGPINOS R. JANSÀ JM. (2002) "Salud y marginación social". *Documentación Social*, 127: 97-124.
- DE BEAUVOIR S. (1981) *El segundo sexo*. Madrid: Aguilar.
- DE MIGUEL J. (1985) *La salud pública del futuro*. Barcelona: Ariel Sociológica.
- DEL LLANO J. (1991) *Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en la población en edad de trabajar en el municipio de Madrid* [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- DEL LLANO J. ARACIL E. DEL LLANO M. GONZÁLEZ JL. FERNÁNDEZ F. ROMAN B. ESQUIVIAS M. (1996) "A sickness called unemployment: a long-term unemployment. Association of Community Development (ACD)". *Gaceta Sanitaria*, 10(53): 73-80.
- DEPARTAMENTO DE JUSTICIA, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL (2005) Encuesta de Pobreza y Desigualdades Sociales 2004. Informe General. [acceso 24 de marzo de 2007]. Disponible en: http://www.juslan.ejgv.euskadi.net/r45-476/es/contenidos/informacion/5873/es_2266/adjuntos/EPDS%202004/FICHEROS/INFORME%20EPDS%202004_Datos%20Generales.pdf
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (1987) *Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma Vasca*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (1996) *Encuesta de salud 1992. Metodología y resultados*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (1997) *Encuesta de salud 1997. Mejorando la salud*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.

- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2002) Euskadirako osasun politikak: 2002-2010 osasun plana. Políticas de salud para Euskadi: plan de salud 2002-2010. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2004) *Euskal AE-ko osasun inkesta 2002. Encuesta de salud de la C.A. del País Vasco*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2004b) *Mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco, 2004*. [acceso 01 de diciembre de 2006]. Disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r8513714/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/Informe%20Mortalidad%202004.pdf.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD (2005) *Desigualdades sociales en la mortalidad: Mortalidad y posición socioeconómica en la CAPV, 1996-2001*. Vitoria-Gasteiz: Servicio central de publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEPARTAMENTO SANIDAD (2006) *Encuesta de nutrición 2005: hábitos alimentarios y estado de salud de la población vasca de 4 a 18 años: primeros resultados*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- DEVER G. (1976) “An epidemical model for health policy analysis”. *Social Indicators Resesarch*, 2: 453-466.
- DÍAZ E. (2004) *Does social class explain health inequalities? A study of Great Britain and Spain* [tesis doctoral]. Madrid: Fundación Joan March.
- DÍAZ DE QUIJANO E. BRUGAL T. PASARÍN MI. GALDOS-TANGÜÍS H. CAYLÀ J. BORRELL C. (2001) “Influencia de las desigualdades sociales, la conflictividad social y la pobreza extrema sobre la morbilidad por tuberculosis en la ciudad de Barcelona”. *Revista Española de Salud Pública*, 75(6): 517-528.
- DÍEZ E. VILLALBÍ JR. (1993) “Evolución de las diferencias en mortalidad infantil entre el distrito de Ciutat Vella y el resto de la ciudad”. En: *V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Granada.
- DÍEZ E. PEIRÓ R. (2004) “Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud”. *Gaceta Sanitaria*, 18(Sup.1): 158-167.
- DOMINGO A. (1980) *Nèixer a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona.
- DOMINGO A. MARCOS J. (1989) “Propuesta de un indicador de la “clase social” basado en la ocupación”. *Gaceta Sanitaria*, 3: 320-326.
- DOMÍNGUEZ-BERJÓN MF. BENACH J. GARCÍA-ARCAL D. BORRELL C. (1999) “Infant and perinatal mortality in Spain 1981-1991: interprovincial variations in Autonomous Communities with extreme economic levels”. *European Journal of Epidemiology*, 15(8): 723-29.
- DOMÍNGUEZ-BERJÓN MF. BORRELL C. (2005) “Mortality and socioeconomic deprivation in the census tracts and districts of Barcelona”. *Gaceta Sanitaria*, 19(5):363-369.
- DORRONSORO M. MENDAZONA JL. BERRAONDO I. RODRÍGUEZ JJ. (1991) “Análisis de la capacidad para la actividad de la vida diaria (ADL) en la población anciana de San Sebastián y su relación con factores socio-económicos. Epidemiología, Comunidad y Desigualdad”. En: *X Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- DOYAL L. (2001) “Sex, gender, and health: the need for a new approach”. *British Medical Journal*, 323:1061-1063.
- DROOMERS M. SCHRIJVERS C. CASSWELL S. MACKENBACH JP. (2005) “Fathers’ occupational group and daily smoking during adolescence: patterns and predictors”. *American Journal of Public Health*, 95(4):681-688.

- DURÁN MA. Editora. (1980) *Informe sobre morbilidad, mortalidad y condiciones socioeconómicas*. Madrid: Instituto de Estudios Laborales y de la Seguridad Social.
- DURÁN MA. (1982) “Notas sobre equidad y salud”. En: *II Jornadas de Economía de la Salud*. Bilbao.
- DURÁN MA. (1983) *Desigualdad social y enfermedad*. Madrid: Tecnos.
- DURÁN MA. (1983b) “Desigualdad social y salud”. *Sociología*, 1: 19-23.
- DURÁN MA. (1998). *De puertas adentro*, Madrid: Instituto de la Mujer.
- DURÁN MA. (1991) “El tiempo y la economía española”. *Información Comercial Española: Revista de Economía*, 695:9-48.
- DURKHEIM E. (1928) *El suicidio: estudio de sociología*. Madrid: Reus.
- EIDE M. OYEN N. SKJAERVEN R. NILSEN ST. BJERKEDAL T. TELL GS. (2005) “Size at birth and gestational age as predictors of adult height and weight”. *Epidemiology*, 16(2): 175-181.
- ELIZONDO-ARMENDÁRIZ JJ. AGUINAGA I. GILLÉN F. (2004) “Physical activity and sedentary lifestyles and its relation with socioeconomic status and lifestyles in Pamplona (Spain)”. En: *12th Annual EUPHA Conference*. Oslo.
- ELIZONDO-ARMENDÁRIZ JJ. GUILLÉN F. AGUINAGA I. (2005) “Prevalencia de actividad física y su relación con variables sociodemográficas y estilos de vida en la población de 18 a 65 años de Pamplona”. *Revista Española de Salud Pública*, 79:559-567.
- EMAKUNDE (1993) *Mujeres y salud en la CAE*. Vitoria-Gasteiz: Emakunde.
- EMERY CF. FRID DJ. ENGBRETSON TO. ALONZO AA. FISH A. FERKETICH AK. REYNOLDS NR. DUJARDIN JP. HOMAN JE. STERN SL. (2004) “Gender differences in quality of life among cardiac patients”. *Psychosomatic Medicine*, 66(2): 190-197.
- ENGELS F. (1844) “Report of Inquiry into the State of Large towns and Populous Districts, First Report”. En DAVEY B. GRAY A. SEALE C. Editores. (2002) *Health and disease. A reader*. Philadelphia: Open University Press.
- ESCRIBÁ-AGÜIR V. CLEMENTE I. SAUREL-CUBIZOLLES MJ. (2001) “Factores socioeconómicos asociados al parto pretérmino. Resultados del proyecto EUROPOP en el Estado español”. *Gaceta Sanitaria*, 15(1): 6-13.
- ESNAOLA S. ERREZOLA M. BERECIARTUA JM. (1991) “La evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la Comunidad Autónoma del País Vasco. 1975-1988. Epidemiología, Comunidad y Desigualdad”. En: *X Reunión de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- ESNAOLA S. RAMOS JL. (2000) *Equidad y Plan de Salud 21. Desigualdades socioeconómicas en salud y equidad en la provisión de servicios de salud*. Dirección de Planificación y Evaluación Sanitaria. Departamento de Sanidad Gobierno Vasco.
- ESNAOLA S. AYESTARAN M. ANITUA C. ALDASORO E. (2000) “Análisis geográfico de las desigualdades sociales en la mortalidad”. En: *XVIII Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- ESNAOLA S. ALDASORO E. RUIZ R. AUDICANA C. PÉREZ Y. CALVO M. (2003) “Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco”. *Gaceta Sanitaria*, 17(supl 2):129-130.
- ESNAOLA S. ALDASORO E. RUIZ R. AUDICANA C. PÉREZ Y. CALVO M. (2006) “Desigualdades socioeconómicas en la mortalidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco”. *Gaceta Sanitaria*, 20(1):16-24.

- ESNAOLA S. MARTÍN U. PÉREZ Y. RUIZ R. ALDASORO E. CALVO M. (2007) “Magnitud y desigualdades en la esperanza de vida ajustada por calidad en la CAPV”. O+Berri-Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco. [acceso 3 junio 2007]. Disponible en: http://www.osanet.euskadi.net/r8513714/es/contenidos/informacion/estado_salud/es_5463/adjuntos/informe%20EVAC%2020061212.pdf.
- ESPING-ANDERSEN G. (2002) *Why we need a new welfare state?*. New York: Oxford University Press.
- ESTEBAN ML. (2001) “El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones en salud”. En MIQUEO C. TOMÁS C. TEJERO C. BARRAL MJ. FERNÁNDEZ T. YAGO T. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid: Minerva.
- ETXENIKE, M. (1994). “Inégalités sociales en matière de santé dans l’aire sanitaire numero un de la Communauté de Madrid” [Trabajo de investigación de tercer ciclo]. Bruxelles: Ecole de Santé Publique de l’Universeté Libre de Bruxelles.
- EUROSTAT (2003) *Health in Europe. Results from 1997-2000 surveys*. Luxemburg: Office for Official Publications of the European Countries.
- EUSTAT (2006) *Denbora-aurrekontuen inkesta. 2003. Encuesta de presupuestos de Tiempo 2003*. Vitoria-Gasteiz: Instituto Vasco de Estadística-Eustat.
- EVANS RG. (1996) “Introducción” En: EVANS RG. BARER ML. MARMOR T. *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?*. Madrid: Díaz de Santos.
- FEACHEM R. (2000) “Poverty and inequity: a proper focus for the new century”. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1): 1-2.
- FERNÁNDEZ MC. VÉREZ L. GUDE F. (1996) “Morbilidad crónica y autopercepción de salud en los ancianos de una comunidad rural”. *Atención Primaria*, 10:108-112.
- FERNÁNDEZ E. BORRELL C. (1999) “Cancer mortality by educational level in the city of Barcelona”. *British Journal of Cancer*, 79: 684-9.
- FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. MARTÍ M. (2000) “Influencia del trabajo doméstico sobre la salud y la utilización de servicios sanitarios en mujeres con trabajo remunerado y amas de casa”. *Gaceta Sanitaria*, 14(4): 287-290.
- FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. RAJMIL L. BORRELL C. GARCÍA M. SEGURA A. (2000b) “Desigualdades en salud según la clase social en Catalunya. 1994”. *Atención Primaria*, 25: 560-562.
- FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. (2003) “Les desigualtats en l’estat de salut i la malaltia”. En BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània.
- FERNÁNDEZ E. SCHIAFFINO A. GARCÍA M. (2005) “Les desigualtats en l’estat de salut i la malaltia”. En BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- FERNÁNDEZ-MARTÍN JI. FERNÁNDEZ DE LA HOZ K. CATALAN S. ALONSO M. (2000) “Transmisión de la tuberculosis en las prisiones de Madrid”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 115: 246-250.
- FERNÁNDEZ-MAYORALAS G. RODRÍGUEZ V. ROJO F. (2000) “Health services accessibility among Spanish elderly”. *Social Science and Medicine*, 50: 17-26.
- FERNÁNDEZ DE LA HOZ, K. (1993) *Desigualdades en salud en España* [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- FERNÁNDEZ DE LA HOZ K. LEON D. (1996) “Self-perceived health status inequalities in use of health services in Spain”. *International Journal of Epidemiology*, 25: 593-693.

- FERRER F. (2003) “El estado de salud del pueblo gitano en España. Una revisión de la bibliografía”. *Gaceta Sanitaria*, 17(supl 3): 2-8.
- FERRIE JE. SHIPLEY MJ. SMITH GD. STANSFELD SA. MARMOT MG. (2002) “Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(12): 922-926.
- FIELD AE. COAKLEY EH. MUST A. SPADANO JL. LAIRD N. DIETZ WH. (2001) “Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period”. *Archives of Internal Medicine*, 161:1581-1586.
- FOESSA (1966) *Informe sociológico sobre la situación social de España*. Madrid: Euramerica.
- FOESSA (1970) *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970*. Madrid: Euramerica.
- FOESSA (1975) *Informe sociológico sobre la situación social de España 1975*. Madrid: Euramerica.
- FOESSA (1983) *Informe sociológico sobre el cambio social de España 1975-1983*. Madrid: Euramérica.
- FOESSA (1994): *Informe sociológico sobre la situación social en España. Vol 1*. Madrid: Fundación FOESSA.
- FOKKEMA T. (2002) “Combining a job and children: contrasting the health of married and divorced women in the Netherlands?”. *Social Science and Medicine*, 54(5): 741-752.
- FORSDAHL A. (2002) “Observations throwing light on the high mortality in the county of Finmark. Is the high mortality today a late effect of very poor living conditions in childhood and adolescence?”. *International Journal of Epidemiology*, 31:302-8.
- FOX AJ. GOLDBLATT PO. ADELSTEIN AM. (1982) “Selection and mortality differentials”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 36:69-79.
- FREIRE JM. (1993) “Cobertura sanitaria y equidad en España. Las desigualdades ante la salud”. En: *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria.
- FREIRE JM. (2003) “El Programa Dental de Atención Infantil (PADI) de Navarra y del País Vasco: logros y nuevas metas”. *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 26(3): 423-428.
- FRIES JF. (2003) “Measuring and monitoring success in compressing morbidity”. *Annals of Internal Medicine*, 139:455-9.
- GAKIDOU EE, MURRAY CJ. FRENK J. (2000) “Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy”. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(1): 42-54.
- GALÁN I. (2002) “Desigualdades sociales en hábitos de salud en la Comunidad Autónoma de Madrid”. En REGIDOR E. Coordinador. *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante.
- GARCÍA S. LEKUBE K. ANDIKOETXEA A. SOLAR M. OLASKOAGA A. (1997) “Características socio-económicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes crónicos domiciliarios”. *Atención Primaria*, 20(5):230-236.
- GARCÍA-CALVENTE MM. (1997) *El sistema informal de atención a la salud durante la infancia* [tesis doctoral]. Granada: Universidad de Granada.
- GARCÍA-CALVENTE MM. MATEO I. GUTIÉRREZ P. (1999) *Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- GARCÍA-CALVENTE MM. (2004) “Género y salud: un marco de análisis e intervención”. *Diálogo Filosófico*, 59: 212-228.

- GARCÍA P. LÓPEZ A. (2006) "The evolution of inequality in the access to health care in Spain: 1987-2001", Working Paper 756. Departament d'economia i empresa. Universitat Pompeu Fabra. [acceso 1 de enero 2007]. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/docs/papers/downloads/756.pdf>
- GARCÍA DE OLAYA P. LAI A. JANSÁ JM. BADA JL. CAYLÀ (2000) "Características diferenciales del sida en inmigrantes extranjeros". *Gaceta Sanitaria*, 14(3):189-94.
- GARRIDO P. CASTILLO I. BENAVIDES F. RUIZ-PÉREZ I. (1994) "Situación laboral y salud mental. Resultados de un estudio transversal". *Gaceta Sanitaria*, 8: 128-132.
- GINER S. LAMO DE ESPINOSA E. TORRES C. (1998) *Diccionario de Sociología*. Madrid: Alianza editorial.
- GINESTAL J. (1985) "Las desigualdades en salud como elección racional". En: *IV Jornadas de Economía de la Salud*. Sevilla.
- GISKES K. KUNST AE. BENACH J. BORRELL C. COSTA G. DAHLE E. DALSTRA JA. FEDERICO B. HELMERTU. JUDGE K. LAHELMA E. MOUSSA K. OSTERGREN PO. PLATTS. PRATTALA R. RASMUSSEN NK. MACKENBACH JP. (2005) "Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59: 395-401.
- GJONÇA A. TOMASSINI C. VAUPEL JW. (1999) *Men-female differences in mortality in the developed world*. Max Planck Institute for Demographic Research. [consultado 09 diciembre 2006]. Disponible en: <http://www.demogr.mpg.de/Papers/Working/WP-1999-009.pdf>
- GOLDSTEIN MG. WHITLOCK EP. DEPUE J. (2004) "Multiple behavioural risk factor interventions in Primary Care: Summary of Research Evidence". *American Journal of Preventive Medicine*, 27(2): 61-79.
- GOLDTHORPE JH. (1980) *Social mobility and Class Structure*. Oxford: Clarendon Press.
- GÓMEZ R. (1995) "Vejez prolongada y juventud menguada. Tendencias en la evolución de la esperanza de vida en la población española. 1970-1990". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 71: 79-108.
- GÓMEZ E. (2001) "Equidad, género y salud". En: *Taller internacional Cuentas Nacionales de Salud y Género*. Santiago de Chile: OMS-OPS.
- GÓMEZ R. BOE C. (2005) "Decomposition Analysis of the Spanish Life Expectancy at Birth", *Demographic Research*, 13-20: 521-546.
- GONZÁLEZ J. REGIDOR E. (1988) "Desigualdad en el uso de los servicios sanitarios. Salud y Equidad". En: *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria. Madrid.
- GONZÁLEZ B. URBANOS RM. ORTEGA P. (2004) "Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas". *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1): 82-89.
- GONZÁLEZ LI. ÁLVAREZ-DARDET C. NOLASCO A. PINA JA. MEDRANO MJ. (2006) "El hambre en la Guerra Civil española y la mortalidad por cardiopatía isquémica: una perspectiva desde la hipótesis de Barker". *Gaceta Sanitaria*, 20(5): 360-370.
- GONZALO E. PASARÍN MI. (2004) "La salud de las personas mayores". *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1): 69-80.
- GOODE W. (1960) "A theory of role strain". *American Sociological Review*, 25(4): 483-496.
- GORROÑO GOITIA A. IBAÑEZ F. OLASKOAGA A. (1992) "Autopercepción de la salud en el anciano: relación con algunas variables socioeconómicas y de salud". *Atención Primaria*, 10: 771-776.

- GRAHAM H. (1996) "Smoking prevalence among women in the European Community 1950-1990". *Social Science and Medicine*, 43(2): 243-254.
- GREEN KI. JOHNSON JV. (1990) "The effects of psychosocial work organization on patterns of cigarette smoking among male chemical plant employees". *American Journal of Public Health*, 80(11):1368-1371.
- GRUENBERG EM. (1977) "The failures of success". *The Milbank Quarterly*, 83(4):779-800.
- GRUFFERMAN S. (1982) "Hodgkin's disease". En SCHOTTENFELD D. FRAUMENI JF. Editores. *Cancer epidemiology and prevention*. Philadelphia: WB Saunders.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA SEE (1995) *La medición de la clase social en ciencias de la salud*. Barcelona: SG Editores.
- GRUPO DE TRABAJO DE LA SEE Y DE LA SEMFyC (2000) "Una propuesta de medida de la clase social". *Atención Primaria*, 25(5): 350-362.
- GUALLAR-CASTILLÓN P. LÓPEZ E. LOZANO L. GUTIÉRREZ-FISAC JL. BANEGAS JR. LAFUENTE PJ. RODRÍGUEZ F. (2002) "The relationship of overweight and obesity with subjective health and use of health-care services among Spanish women". *International Journal of Obesity*, 26(2):247-52.
- GUILLÉN MF (1990) *Estructura social y salud: análisis del acceso a la asistencia sanitaria y los niveles de salud a partir de la Encuesta Nacional de Salud. Estudios y Encuestas n° 22*. Madrid: CIS.
- GUILLÉN MF. (1991) "Salud, estructura familiar y pautas de desigualdad: El caso de las consultas privadas de salud dental". *REIS*, 53: 53-74.
- GUTIÉRREZ MD. MÁRQUEZ S. COLOMER C. (1994) "Desigualdades sociales y alimentación: estudio ecológico de las ventas de alimentos de una cadena de supermercados". *Gaceta Sanitaria*. 8:304-309.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. REGIDOR E. RODRÍGUEZ C. (1995) "Economic and social factor associated with body mass index and obesity in the Spanish population aged 20-64 years". *European Journal of Public Health*, 5:193-198.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. (1998) "Obesidad y nivel socioeconómico". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 110(9): 347-449.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. GISPERT R. SOLA J. (2000) "Factors explaining the geographical differences in disability free life expectancy in Spain". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(6):451-455.
- GUTIERREZ-FISAC JL. BANEGAS JR. ARTALEJO FR. REGIDOR E. (2000b) "Increasing prevalence of overweight and obesity among Spanish adults. 1987-1997". *International journal of obesity and related metabolic disorders*. 24(12):1677-1682.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. (2002) "Desigualdades sociales en la salud subjetiva y en varios trastornos crónicos de salud en España". En REGIDOR E. Coordinador. *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante.
- GUTIÉRREZ-FISAC JL. REGIDOR E. BANEGAS B. RODRÍGUEZ F. (2002) "The size of obesity differences associated with educational level in Spain, 1987 and 1995/97". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(6):457-460.
- HAAN M. KAPLAN GA. CAMACHO T. (1987) "Poverty and health. Prospective evidence from the Alameda County Study". *American Journal of Epidemiology*, 125(6):989-98.

- HAAVIO-MANNILA E. (1986) "Inequalities in health and gender". *Social Science and Medicine*, 22:141-149.
- HARDING S. (1989) "Is there a feminist method?". En TUANA N. Editor. *Feminism and Science*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- HERNÁNDEZ M. (2001) "Estructura social y desigualdades sociales en salud". *Revista Española de Sociología*, 2: 97-113.
- HINOJAL A. (1977) *Sociología de la medicina. Aspectos teóricos y empíricos*. Madrid: Tecnos.
- HOLY WE. REES M. KILE E. MATHEWS JD. WANG ZQ. (1999) "A new dimension to the Barker hypothesis: Low birthweight and susceptibility to renal disease". *Kidney International*, 56: 1072-1077.
- HOPMAN WM. TOWHEED T. ANASTASSIADES T. TENENHOUSE A. POLIQUIN S. BERGER C. JOSEPH L. BROWN J. MURRAY TM. ADACHI JD. HANLEY DA. (2000) "Canadian normative data for the SF-36 health survey". *Canadian Medical Association Journal*, 163(3): 265-271.
- HRABA J. LORENZ F. LEE G. PECHACOVA Z. (1996) "Gender differences in health: evidence from the Czech Republic". *Social Science and Medicine*, 43:1443-51.
- HUERTAS, M. (2002) "Memoria de la atención a inmigrantes en el Hospital del Poniente en el año 2001". En: *I Jornada de Coordinación de Atención Sanitaria a Inmigrantes en Andalucía*. Sevilla: Fundación Progreso y Salud.
- HYYPPÄA MT. MÄKI J. (2001) "Individual-level relationships between social capital and self-rated health in a bilingual community". *Preventive medicine*, 32(2): 148-155.
- IDLER EL. BENYAMINI Y. (1997) "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies". *Journal of Health and Social Behaviour*, 38:21-37.
- IZQUIERDO J. DEL RIO O. RODRIGUEZ A. (1988) *La desigualdad de las mujeres en el uso del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- IZQUIERDO MJ. (1998) *El malestar en la desigualdad*. Madrid: Cátedra.
- JANO M. NEBOT M. BADÍ M. BERJANO B. MUÑOZ M. RODRÍGUEZ MC. QUEROL A. CABERO L. (2000) "Factores determinantes del abandono del tabaquismo durante el embarazo". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 114(4):132-135.
- JAUSORO N. DAVILA A. ARRIETA E. (2006) *Mujeres y salud en el medio rural de la CAE*. Vitoria-Gasteiz: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- JEFFERIS BJ. POWER C. GRAHAM H. MANOR O. (2004) "Changing social gradients in cigarette smoking and cessation over two decades of adult follow-up in a British birth cohort". *Journal of Public Health*. 26(1):13-8.
- JIMENEZ R. TAPIAS-LEDESMA MA. GALLARDO-PINO C. CARRASCO P. DE MIGUEL AG. (2004) "Influence of sociodemographic variables on use of dental services, oral health and oral hygiene among Spanish children". *International Dental Journal*, 54(4):187-192.
- JIMENO V. (1982) "Desigualdades en las atenciones sanitarias de España". *Revista Internacional de Sociología*, 42: 183-206.
- JIN RL. SHAH CP. SVOBODA TJ. (1995) "The impact of unemployment on health: a review of the evidence". *Canadian Medical Association Journal*, 153(5): 529-540.
- JOHNELL K. MERLO J. LYNCH J. BLENNOW G. (2004) "Neighbourhood social participation and women's use of anxiolytic-hypnotic drugs: a multilevel analysis" *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(1): 59-64.

- JOVELL A. (1994) “Desigualdades en el nivel de salud”. En FOESSA *Informe sociológico sobre la situación social en España*. Vol. 1. Madrid: Fundación FOESSA.
- KAGAN AR. (1987) “Unemployment causes ill health: the wrong track”. *Social science and Medicine*, 25(2):217-218.
- KANDRACK MA. GRANT KR. SEGALL A. (1991) “Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions”. *Social Science and Medicine*, 32:579–90.
- KARLAMANGLA A. ZHOU K. REUBEN D. GREENDALE G. MOORE A. (2006) “Longitudinal trajectories of heavy drinking in adults in the United States of America”. *Addiction* 101(1): 91-99.
- KAWACHI I. COLDITZ GA. ASCHERIO A. RIMM EB. GIOVANNUCCI E. STAMPFER MJ. WILLET WC. (1996) “A prospective study of social networks in relation to total mortality and cardiovascular disease in men in the USA”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 50:245-251.
- KAWACHI I. KENNEDY BP. LOCHNER K. PROTHROW-STITH D (1997) “Social capital, income equality and mortality”. *American Journal of Public Health*, 87(9): 1491-1499.
- KAWACHI I. KENNEDY BP. (1999) “Income inequality and health: Pathways and Mechanisms”. *Health services research*, 34(1):215-227.
- KAWACHI I. SUBRAMANIAN SV. ALMEIDA-FILHO N. (2002) “A glossary for health inequalities”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56: 647-652.
- KAWACHI I. KIM D. COUTTS A. SUBRAMANIAN SV. (2004) “Commentary: Reconciling the three accounts of social capital”. *International Journal of Epidemiology*, 33:682-690.
- KELSEY JL. HORN-ROSS PL. (1993) “Breast cancer: magnitude of the problem and descriptive epidemiology”. *Epidemiologic Reviews*, 15: 7-16.
- KITAGAWA E. HAUSER PM. (1973) *Differential mortality in the United States: A study in socio-economic epidemiology*. Cambridge: Harvard University Press.
- KRIEGER N. (2003) “Genders, sexes, and health: what are the connections and why does it matter?”. *International Journal of Epidemiology*, 32(4): 652-657.
- KRIEGER N. CHEN JT. WATERMAN PD. REHKOPF DH. SUBRAMANIAN SV. (2003) “Race/ethnicity, gender, and monitoring socioeconomic gradients in health: a comparison of area-based socioeconomic measures. The Public Health Disparities Geocoding Project”. *American Journal of Public Health*, 93: 1655-1671.
- KOIVUSILTA LK. RIMPELÄ AH. KAUTIAINEN SM. (2006) “Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position?” *BMC Public Health*, 6(110): 1-13.
- KUNST AE. BOS V. LAHELMA E. BARTLEY M. LISSAU I. REGIDOR E. MIELCK A. CARDANO M. DALSTRA JA. GEURTS JJ. HELMERT U. LENNARTSSON C. RAMM J. SPADEA T. STRO-NEGGER WJ. MACKENBACH JP. (2005) “Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries”. *International Journal of Epidemiology*, 34(2):295-305.
- LA PARRA D. (2002) *La atención a la salud en el hogar: desigualdades y tendencias*. Alicante: Universidad de Alicante.
- LAHELMA E. ARBER S. KIVELA K. ROOS E. (2002) “Multiple roles and health among British and Finnish women: the influence of socioeconomic circumstances”. *Social Science and Medicine*, 54(5): 727-740.

- LAHELMA E. MARTIKAINEN P. RAHKONEN O. ROSS E. SAASTAMOINEN P. (2005) "Occupational class inequalities across key domains of health: results from the Helsinki Health Study". *European journal of public health*, 15(5):504-510.
- LALONDE M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ottawa: Department of Health and Welfare.
- LANTZ PM. HOUSE JS. LEPKOWSKI JM. WILLIAMS DR. MERO RP. CHEN J. (1998) "Socioeconomic factors, health behaviours, and mortality: results from a nationally representative prospective study of US adults". *JAMA*, 279(21):1703-1708.
- LANTZ PM. LYNCH JW. HOUSE JS. LEPKOWSKI JM. MERO RP. MUSICK MA. WILLIAMS DR. (2001) "Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviours". *Social Science and Medicine*, 53(1):29-40.
- LARDELLI P. MASA J. MADERUELO A. DELGADO M. GÁLVEZ M. (1991) "Infant, neonatal, post-neonatal and perinatal mortality in Spain, 1975-1984. Interregional and interannual differences". *Social Science and Medicine*, 33: 613-20.
- LARIZGOITIA I. (1996) *Evolution of Primary Health Care in Spain: Assessment of access and quality of care of two public delivery models*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- LARRAÑAGA I. FERNÁNDEZ I. ZUAZAGOITIA J. RODRÍGUEZ JL. ESNAOLA S. (2000) "Lesiones accidentales en la infancia y su relación con el estatus socioeconómico familiar". En: *XVIII Reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Madrid.
- LARRAÑAGA I. ARREGI B. ARPAL J. (2004) "El trabajo reproductivo o doméstico". *Gaceta Sanitaria*, 18 (supl 1): 36-41.
- LARRAÑAGA I. ARTEAGOITIA JM. RODRÍGUEZ JL. GONZÁLEZ F. ESNAOLA S. PINIÉS JA. (2005) "Socio-economic inequalities in the prevalence of Type 2 diabetes, cardiovascular risk factors and chronic diabetic complications in the Basque Country, Spain". *Diabetic Medicine*, 22:1047:1053.
- LASHERAS C. PATTERSON AM. CASADO C. FERNÁNDEZ S. (2001) "Effects of education on the quality of life, diet, and cardiovascular risk factors in an elderly Spanish community population". *Experimental Aging Research*, 27(3):257-270.
- LATORRE PM. AIZPURU F. DE CARLOS Y. ECHEVARRIA J. FERNÁNDEZ-RUANOVA B. LETE MARTINEZ-ASTORQUIZA T. MARTINEZ C. PÁRAMO S. VALLS I SOLER A. (2007) *Desigualdades Sociales en la Salud Perinatal en la CAPV*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco.
- LATOUR J. ROMERO FA. ÁLVAREZ-DARDET C. ET ALTER. (1987) "Mortalidad en cuidados intensivos: importancia de los factores de riesgo sociales". *Medicina Clínica*, 89: 763-767.
- LATOUR J. ÁLVAREZ-DARDET C. (1989) "La medición del nivel socioeconómico". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 92: 470-474.
- LAZARUSFELD PF. (1955) "Interpretation of statistical relations as a research operation" En: LAZARUSFELD PF. ROSENBERG *The language of social research*. Glencoe: Free Press.
- LEMKOW L. (1986) "Socio-economic status differences in health". *Social Science and Medicine*, 22(11):1256-1262.
- LEON D. WALT G. GILSON L. (2005) "International perspectives on health inequalities and policy". *British Medical Journal*, 322: 591-594.
- LEVIN BW. BROWNER CH. (2005) "The social production of health: Critical contributions from evolutionary, biological and cultural anthropology". *Social Science and Medicine*, 61(4):745-750.

- LIBERATOS P. LINK BG. KELSEY JL. (1988) "The measurement of social class in epidemiology". *Epidemiologic Reviews*, 10:87-121.
- LLÁCER A. DEL AMO J. CASTILLO S. BELZA MJ. (2001) "Salud e inmigración, a propósito del sida". *Gaceta Sanitaria*, 15(3):197-199.
- LÓPEZ JM. (1978) "Contrastes entre Madrid y sus provincias limítrofes". *Agricultura y Sociedad*, 8: 61-127.
- LÓPEZ AD. COLLISHAW NE. PIHA T. (1994) "A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries". *Tobacco Control*, 3: 242-247.
- LOSTAO L. JOINER TE. PETTIT JW. CHOROT P. SANDIN B. (2001) "Health beliefs and illness attitudes as predictors of breast cancer screening attendance". *European Journal of Public Health*, 11(3):274-279.
- LOSTAO L. REGIDOR E. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2001b) "Evolución de las diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España entre 1987 y 1995/1997". *Revista Española de Salud Pública*, 75: 115-128.
- LOSTAO L. REGIDOR E. AIACH O. DOMÍNGUEZ V. (2001c) "Social inequalities in ischaemic heart and cerebrovascular disease mortality in men: Spain and France, 1980-1982 and 1988-1990". *Social Science and Medicine*, 52(12): 1879-1887.
- LUENGO S. LAZARO P. MADERO R. ALVIRA F. FITCH K. AZCONA B. PÉREZ JM. CABALLERO P. (1996) "Equity in the access to mammography in Spain". *Social Science and Medicine*, 43(8):1263-1271.
- LYNCH JW. SMITH GD. KAPLAN GA. HOUSE JS. (2000) "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions". *British Medical Journal*, 320: 1200-1204.
- MACINTYRE S. (1993) "Gender differences in the perceptions of common cold symptoms". *Social Science and Medicine*, 36(1): 15-20.
- MACINTYRE S. HUNT K. SWEETING H. (1996) "Gender differences in health: are things really as simple as they seem?". *Social Science and Medicine*, 42(4): 617-624.
- MACINTYRE S. (1997) "The Black report and beyond: what are the issues?". *Social Science and Medicine*, 44:723-745.
- MACINTYRE S. FORD G. HUNT K. (1999) "Do women "over-report" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness". *Social Science and Medicine*, 48:89-98.
- MACINTYRE S. MCKAY L. ELLAWAY A. (2005) "Are rich people or poor people more likely to be ill? Lay perceptions, by social class and neighbourhood, of inequalities in health". *Social Science and Medicine*, 60: 313-317.
- MACK TM. (1982) "Pancreas". En SCHOTTENFELD D. FRAUMENI JF. Editores. *Cancer epidemiology and prevention*. Philadelphia: WB Saunders.
- MACKENBACH JP. (2000) "The Widening Gap: Health inequalities and policy in Britain (Book review)". *British Medical Journal*, 320: 1151.
- MACKENBACH JP. (2002) "Socioeconomic inequalities in health in developed countries: the facts and the options". En DETELS R. MCEWEN J. BEAGLEHOLE R. TANAKA H. Editores. *Oxford textbook of public health*, vol. 3, 4ª edición. Oxford: Oxford University Press.

- MACKENBACH JP. BAKKER J. KUNST A. DIDERICHSEN F. (2002) "Socioeconomic inequalities in health in Europe: an overview". En MACKENBACH JP. BAKKER J. Editores. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. London: Routledge.
- MACKENBACH JP. BAKKER J. (2003) "Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences". *The Lancet*, 362: 1409-1414.
- MACKENBACH JP. (2006) *Health inequalities: Europe in Profile*. Informe realizado por la presidencia británica de la UE. [acceso 08 febrero 2007] Disponible en: <http://www.dh.gov.uk/assetRoot/04/12/15/84/04121584.pdf>
- MARCH, JC. (1989) *Granada en sus barrios. Descripción de sus desigualdades en salud* [tesis doctoral]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- MARMOT M. ROSE G. SHIPLEY M. HAMILTON PJ. (1978) "Employment grade and coronary heart disease in British civil servants". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32:244-249.
- MARMOT M. SMITH GD. STANSFELD S. PATEL C. NORTH F. HEAD J. WHITE I. BRUNNER E. FEENEY A. (1991) "Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study". *Lancet*, 337:1387-1393.
- MARMOT M. BOBAK M. SMITH GD. (1995) "Explanations for social inequalities in health". En AMICK B. LEVINE S. TARLOV AR. WALSH DC. Editores. *Society and Health*. New York: Oxford University Press.
- MARMOT M. WILKINSON G. (2001) "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al.". *British Medical Journal*, 322(7296):1233-1236.
- MARSHALL JR. GREGORIO DI. WALSH D. (1982) "Sex differences in illness behaviour: care-seeking among cancer patients". *Journal of Health and Social Behaviour*, 23:197-204.
- MARTIKAINEN P. STANSFELD S. HEMINGWAY H. MARMOT M. (1999) "Determinants of socioeconomic differences in change in physical and mental functioning". *Social Science and Medicine*, 49(4):499-507.
- MARTIKAINEN P. LAAKSONEN M. PIHA K. LALLUKKA T. (2007) "Does survey non-response bias the association between occupational social class and health?". *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2):212-215
- MARTÍN FJ. MARCH JC. (1993) "Desigualdades sociales en salud en las ciudades de Granada y Málaga". En: *V Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Granada.
- MARTÍN MIS. MARTÍNEZ MA. DE IRALA J. GIBNEY J. KEARNEY J. MARTÍNEZ JA. (1999) "Percepciones de la población adulta española sobre factores determinantes de la salud". *Atención Primaria*, 24(9): 514-522.
- MARTÍN U. ESNAOLA S. PÉREZ Y. RUIZ R. ALDASORO E. CALVO M. (2006) "Desigualdades sociales en la esperanza de vida y esperanza de vida ajustada por calidad en la Comunidad Autónoma del País Vasco 1999-2003". En: *XXIV Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Logroño.
- MARTÍN-GARCÍA M. SÁNCHEZ-BAYLE M. (2004) "Nuevas formas de gestión y su impacto en las desigualdades". *Gaceta Sanitaria*, 18 (Supl 1): 96-101.
- MARTÍN-SANTOS FJ. MARCH-CERDÁ JC. (1992) "Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga". *Gaceta Sanitaria*, 6:198-206.
- MARTÍNEZ-CAMPILLO F. MAURA DE FONSECA A. SANTIAGO J. VERDÚ M. SERRAMIA DEL PRISCO A. IBAÑEZ M. MARTÍNEZ P. RIGO MV. (2003) "Estudio de la cobertura vacunal e in-

- tervención con agentes de salud comunitarios en población infantil marginal gitana en Alicante”. *Atención Primaria*, 31(4): 234-8.
- MARTÍNEZ-SÁNCHEZ E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. GISPERT R. REGIDOR E. (2001) “Educational differences in health expectancy in Madrid and Barcelona”. *Health Policy*, 55(3):227-231.
- MATHERS CD. SCHOFIELD DJ. (1998) “The health consequences of unemployment: the evidence”. *The Medical Journal of Australia*, 168:178-182.
- MATHERS C. VOS T. STEVENSON C. (1999) *The burden of disease and injury in Australia*. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.
- MAYOR F. (1977) *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española*. Madrid: Instituto Nacional de Provisión.
- McKEOWN T. (1976) *The modern rise of population*. New York: Academic Press.
- McKEOWN T. (1979) *The role of medicine: dream, mirage or nemesis*. Oxford: Basil Blackwell.
- MEAD M. (1973) *Sexo y temperamento en las sociedades primitivas*. Barcelona: Laia.
- MELÉNDEZ M. MONTERO R. JIMENEZ C. BLANCO LE. (2001) “Autopercepción de la salud en ancianos no institucionalizados.”. *Atención Primaria*, 28(2):91-96.
- MIELCK A. GRAHAM H. BREMBERG S. (2002) “Children, an important target group for the reduction of socioeconomic inequalities in health”. En MACKENBACH J. BAKKER M. Editores. *Reducing inequalities in health. A European perspective*. London: Routledge.
- MIGUEL JM. (1976) “Sociología y Medicina”. *Papers* [Número monográfico 5].
- MIGUEL JM (1977) “Los pobres mueren antes: Para un análisis sociológico de las desigualdades en el sector sanitario”. *Doctor: Política Profesional*,: 54-60.
- MIGUEL JM. (1985) *La salud pública del futuro*. Barcelona: Ariel.
- MIGUEL JM. (1988) “De Madrid al cielo: la importancia de enfermar y morir en Madrid”. *REIS*, 44: 95-111.
- MINGOT M. BORRÁS JM. (1992) “Mortalidad diferencial según el sexo en Cataluña”. *Gaceta Sanitaria*, 28:8-12.
- MITSUF MJ. MARTÍNEZ J. MUÑOZ M. FERNÁNDEZ MJ. LORA N. DUEÑAS RM. (1997) “Influencia de factores socioeconómicos en la evolución y seguimiento del embarazo”. *Atención Primaria*, 19:188-94.
- MOORE AA. GOULD R. REUBEN DB. GREENDALE GA, CARTER MK, ZHOU K, KARLAMANGLA A. (2005) “Longitudinal patterns and predictors of alcohol consumption in the United States”. *American Journal of Public Health* 95(3): 458-464.
- MORENO JM. DALMAU J. (2001) “Alteraciones en la nutrición fetal y efectos a largo plazo: ¿algo más que una hipótesis?” *Acta Pediátrica Española*, 59 (10):573-581.
- MORENOFF JD. (2003) “Neighbourhood mechanisms and the spatial dynamics of birth weight”. *American Journal of Sociology*, 108(5): 976-1017.
- MUNTANER C. BORRELL C. BENACH J. PASARÍN MI. FERNÁNDEZ E. (2003) “The associations of social class and social stratification with patterns of general and mental health in a Spanish population”. *International Journal of Epidemiology*, 32:950-958.
- MUNTANER C. (2004) “Commentary: Social capital, social class, and the slow progress of psychosocial epidemiology”. *International Journal of Epidemiology*, 33: 1-7.

- MUÑOZ M. VAZQUEZ C. CRUZADO JA. (1995) *Personas sin hogar en Madrid. Informe psicosocial y epidemiológico*. Madrid: Consejería de integración social.
- MURRAY CJ. MICHAUD CM. McKENNA MT. MARKS JS. (1998) *US patterns of mortality by county and race: 1965-94*. Cambridge: Harvard Center for Population and Development Studies.
- MURRAY CJ. GAKIDOU E. FRENK J. (1999) "Health inequalities and social group differences: what should we measure?". *Bulletin of the World Health Organization*, 77(7): 537-543.
- MURRAY CJ. SALOMON JA. MATHERS AD. LÓPEZ AD. Editores (2002). *Summary measures of population health. Concepts, ethics, measurements and applications*. Geneva: World Health Organization.
- NATHANSON C. (1975) "Illness and the feminine role: a theoretical review". *Social Science and Medicine*, 9: 57-62.
- NATIONAL TASK FORCE ON THE PREVENTION AND TREATMENT OF OBESITY (2000) "Overweight, obesity and health risk". *Archives of internal medicine*, 160:898-904.
- NAVARRO MD. (1994) *Encuestas de Salud, Cuadernos Metodológicos del CIS, nº 11*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- NAVARRO C. CABASÉS JM. TORMO MJ. Editores. (1995) *Informe SESPAS 1995: La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG Editores.
- NAVARRO V. BENACH J. y la Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales en salud en España (1996) *Desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (EEUU).
- NAVARRO V. BENACH J. (1996b) "Comisión científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España". *Revista española de Salud Pública*, 70:503-504.
- NAVARRO V. (1997) "Topic for our times: The "Black Report" of Spain The Commission on Social Inequalities in Health". *American Journal of Public Health*, 87(3): 334-335.
- NAVARRO V. (1997b) "Concepto actual de la salud pública". En MARTÍNEZ NAVARRO F. ANTÓ JM, CASTELLANOS PL. GILI M. MARSET P. NAVARRO V. Editores. *Salud Pública*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- NAVARRO V. (2004) *The political and social contexts of health*. New York: Baywood Publishing Company.
- NAVARRO V. MUNTANER C. Editores. (2004) *Political and Economic determinants of population health and well-being: controversies and developments*. New York: Baywood Publishing Company.
- NAVARRO V. MUNTANER C. BORRELL C. BENACH J. QUIROGA A. RODRÍGUEZ-SANZ M. VERGÉS N. PASARÍN MI. (2006) "Politics and health outcomes". *Lancet*, 368(9540):1033-1037
- NAVARRO-RUBIO MD. JOVELL AJ. SCHOR EL. (1995) "Socioeconomic status and preventive health-care use by children in Spain". *American Journal of Preventive Medicine*, 11(4):256-262.
- NAVAS JL. FERNÁNDEZ-CREHUET R. NAVAJAS R. DE IRALA J. SERRANO A. PELAYO, A. (1997) "Mortalidad por suicidio en España: factores socioeconómicos y ambientales asociados". *Atención Primaria*, 19(2):250-256.
- NEBOT M. TOMAS Z. LÓPEZ MJ. ARIZA C. DIEZ E. BORRELL C. VILLALBI JR. (2004) "Cambios en el consumo de tabaco en la población general en Barcelona, 1983-2000". *Atención Primaria*, 34(9):457-462.
- NOLASCO JA. ORTS R. PÉREZ S. GARCÍA-BENAVIDES F. GODOY C. LIBRERO C. (1992) *Análisis geográfico de la mortalidad en la Comunidad Valenciana (1981-1984)*. Valencia: Generalitat Valenciana.

- NOLASCO A. MELCHOR I. MONCHO J. GARCÍA C. VERDÚ J. CABALLERO P. VALERO S. MARTÍNEZ P. PÉREZ MJ. (2004) “Análisis de la mortalidad en ciudades: resultados en Valencia y Alicante”. *Gaceta Sanitaria*, 18(1):7-15.
- OBSERVATORIO DE LA SALUD DE LA MUJER (2006) *Informe salud y Género 2005*. Ministerio de Sanidad y Consumo. [acceso 02 febrero 2007] Disponible en: www.msc.es/organizacion/sns/plan-CalidadSNS/docs/informe2005SaludGenero.pdf
- OECD (2000) *Human and social capital and sustained growth and development: reconciling new economies and societies: the role of human and social capital*. Paris: Directorate for Education, Employment and Labour and Social Affairs.
- OFFICE OF POPULATION CENSUSES AND SURVEYS (1986) *Occupational mortality 1970-1972*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- OMS (2006) *Tabaco: Mortífero en todas sus formas. Día mundial contra el tabaco*. [acceso 27 de noviembre de 2006]. Disponible en: http://www.who.int/tobacco/resources/publications/wntd/2006/translati- ons/Brochure_Spanish.pdf
- ORFILA F. FERRER M. LAMARCA R. TEBE C. DOMINGO-SALVANY A. ALONSO J. (2006) “Gender differences in health related quality of life among the elderly: the role of objective functional capacity and chronic conditions”. *Social Science and Medicine*, 63(9): 2367-2380.
- ORTÚN V. MENEU R. PEIRÒ S. (2004) “El impacto de los servicios sanitarios sobre la salud” *Economics working paper 752. Working paper n° 37. Research Centre on Health and Economics (CRES)*, Universitat Pompeu Fabra. [acceso 11 de agosto de 2005]. Disponible en: <http://www.econ.upf. es/docs/papers/downloads/752.pdf>
- OTERINO DE LA FUENTE D. GALZÓN FRECHOSO. (1989) “Desigualdades sociosanitarias de Asturias. Distribución de Pediatría en Centros de Salud y ambulatorios”. En: *IX Simposio español de pediatría social*. Madrid.
- PALANCA I. (2002) “Desigualdades en salud y exclusión social”. *Gitanos, Pensamiento, Cultura*, 15:44-48.
- PAMPEL FC. (2001) “Gender inequality and the sex differential in mortality from accidents in high income nations”. *Population Research and Policy Review*, 20: 397-421.
- PANTZER K. RAJMIL L. TEBE C. CODINA F. SERRA-SUTTON V. FERRER M. RAVENS-SIEBERER U. SIMEONI MC. ALONSO J. (2006) “Health related quality of life in immigrants and native school aged adolescents in Spain”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(8): 694-698.
- PASARÍN I. BORRELL C. PLASÈNCIA A. (1999) “¿Dos patrones de desigualdades sociales en mortalidad en Barcelona?”. *Gaceta Sanitaria*, 13(6): 431-440.
- PASARÍN I. FERNÁNDEZ E. (2002) “Els desigualtats en els estils de vida”. En BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- PASARÍN MI. FERNÁNDEZ E. RODRÍGUEZ-SANZ M. NEBOT M. (2005) “Les desigualtats en els estils de vida” En: BORRELL C. BENACH J. Coordinadores. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- PASCUAL C. REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. MARTÍNEZ D. CALLE ME. DOMÍNGUEZ V. (2005) “Bienestar material de la provincia de residencia e inactividad física”. *Gaceta Sanitaria*, 19(6): 424-432.
- PATE RR. PRATT M. BLAIR SN. HASKELL WL. MACERA CA. BOUCHARD C. BUCHNER D. ETTINGER W. HEATH GW. KING AC. (1995) “Physical activity and public health: A recom-

- mentation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine". *JAMA*, 273:402-407.
- PATRICK DL. BERGNER M. (1990) "Measurement of health status in the 1990's". *Annual Review of Public Health*, 11:165-183.
- PEREIRO I. CHOVER JL. SALAZAR A. ROIG J. GIL J. CORDERO I. GUERRERO C. PÉREZ M. HUERTAS I. (1999) "Fracaso escolar en una cohorte de adolescentes". *Atención Primaria*, 23(5): 289-295.
- PÉREZ S. MUÑOZ N. ROBLEDO A. SÁNCHEZ Y. PALLAS CR. DE LA CRUZ J. (2004) "Características de las mujeres inmigrantes y de sus hijos recién nacidos". *Anales de Pediatría (Barcelona)*, 60(1):3-8.
- PÉREZ R. (2005) *Desigualdades en salud por clase social y política sanitaria. Las encuestas de salud en Cataluña (1994-2002)* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- PÉREZ-DOMÍNGUEZ FJ. GALLARDO V. GARCÍA M. (1993) "Análisis de la mortalidad en el sector 7 de la Comunidad de Madrid durante 1987". *Atención Primaria*, 12: 38-46.
- PÉRULA DE TORRES LA. MARTÍNEZ J. ESPEJO J. RUBIO V. ENCISO I. FONSECA DEL POZO FJ. ARANDA JM. (1997) "Estado de salud de la población mayor de 60 años y su relación con factores sociodemográficos (proyecto ANCO)". *Atención Primaria*, 20(8):425-434.
- PHELAN JC. LINK BG. DIEZ-ROUX A. KAWACHI I. LEVIN B. (2004) "Fundamental causes of social inequalities in mortality: A test of a theory". *Journal of Health and Social Behaviour*, 45: 265-285.
- POPAY J. BENNETT S. THOMAS C. WILLIAMS G. GATRELL A. BOSTOCK L. (2003) "Beyond beer, fags, egg and chips? Exploring lay understandings of social inequalities in health". *Sociology of Health and Illness*, 25(1): 1-23.
- PORTELLA E. BOLIVAR B. FERRUS L. (1990) "Desigualdades en la frecuentación de los servicios de asistencia primaria". En: *VIII Jornadas de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria.
- PORTERO M. UTRILLA MJ. (2002) "Personas sin hogar y salud". *Documentación social*, 127: 227-246.
- RAJMIL L. ROSET M. SEGURA A. (1996) "Salut mental a Catalunya". En *Enquesta de salut de Catalunya 1994*. Barcelona: Institut Universitari de Salut Publica de Catalunya.
- RAJMIL L. STARFIELD B. PLASÉNCIA A. SEGURA A. (1998) "The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia". *International Journal of Health Services*, 28(4):777-791.
- RAJMIL L. BORRELL C. STARFIELD B. FÉRNANDEZ E. SERRA V. SCHIAFFINO A. SEGURA A. (2000) "The quality of care and influence of double health care coverage in Catalonia (Spain)". *Archives of Disease in Childhood*, 83(3): 211-214.
- RAMIS-JUAN O. (1984) "Desigualtats, pobresa, atur i les seves implicacions en la salut: evidències i problemes metodològics a Catalunya". En INSTITUT D'ESTUDIS DE LA SALUT. Editor. *Atur i Salut*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.
- RAMIS-JUAN O. (1985) "El coste social en salud de la crisis económica: el desempleo". En: *Jornadas sobre Salud Laboral, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo*. Madrid.
- RAMOS R. (1990) *Cronos dividido: uso del tiempo y desigualdad entre mujeres y hombres en España*. Madrid: Instituto de la Mujer.

- REBATO E. ROSIQUE J. VINAGRE A. SALCES I. SAN MARTÍN L. SUSANNE C. (2001) “Nutritional status by socioeconomic level in an urban sample from Bilbao (Basque Country)”. *American Journal of Human Biology*, 13(5):668-678.
- REBATO E. MUÑOZ-CACHÓN M. SALCES I. ROSIQUE J. (2007) “Nivel socioeconómico y variables de adiposidad en adultos de la CAPV”. *Inguruak* [en prensa]
- REGIDOR E. GONZÁLEZ J. (1989) “Desigualdad social y mortalidad en España”. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*; 63: 107-116.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. RODRÍGUEZ C. (1994) *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. RODRÍGUEZ C. DE MATEO S. ALONSO I. (1995) “Las desigualdades sociales y la salud en España”. En: NAVARRO C. CABASÉS JM. TORMO MJ. Editores. *Informe SESPAS 1995: La salud y el sistema sanitario en España*. Barcelona: SG Editores.
- REGIDOR E. DE MATEO S. GUTIÉRREZ-FISAC JL. FERNÁNDEZ DE LA HOZ K. RODRÍGUEZ C. (1996) “Diferencias socioeconómicas en la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios en España”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 107(8): 285-288.
- REGIDOR E. DE MATEO S. GUTIÉRREZ-FISAC JL. RODRÍGUEZ C. (1996b) “Diferencias socioeconómicas en mortalidad en ocho provincias españolas”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 106(8): 285-289.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. (1999) *Indicadores de Salud. Cuarta Evaluación en España del programa regional europeo Salud para Todos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- REGIDOR E. BARRIO G. DE LA FUENTE L. DOMINGO A. RODRÍGUEZ C. ALONSO J. (1999) “Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53: 75-82.
- REGIDOR E. CALLE ME. DOMÍNGUEZ V. NAVARRO P. (2001) “Mortalidad según características sociales y económicas: estudio de mortalidad de la Comunidad Autónoma de Madrid”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 116: 726-731.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2001b) “Trends in cigarette smoking in Spain by social class”. *Preventive Medicine*, 33(4): 241-248.
- REGIDOR, E. Coordinador. (2002) *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del Siglo XX*. Murcia: Universidad de Alicante.
- REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. DOMÍNGUEZ V. CALLE ME. NAVARRO P. (2002) “Comparing social inequalities in health in Spain: 1987 and 1995/1997”. *Social Science and Medicine*, 54(9): 1323-1332
- REGIDOR E. DE MATEO S. CALLE ME. DOMÍNGUEZ V. (2002b) “Educational level and mortality from infectious diseases”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(9):682-683.
- REGIDOR E. PASCUAL C. CALLE ME. MARTÍNEZ D. DOMÍNGUEZ V. (2003) “Incremento de la diferencia en la supervivencia según la renta per cápita en España en los últimos años del siglo XX”. *Gaceta Sanitaria*, 17(5):404-408.
- REGIDOR E. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2003b) “Trends in the association between average income, poverty and income inequality and life expectancy in Spain”. *Social Science and Medicine*, 56(5):961-971.
- REGIDOR E. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2003c) “The size of educational differences in mortality from specific cause of death in men and women”. *European Journal of Epidemiology*, 18(5):395-400.

- REGIDOR E. BANEGAS JR. GUTIÉRREZ-FISAC JL. DOMÍNGUEZ V. RODRÍGUEZ-ARTALEJO F. (2004) "Socioeconomic position in childhood and cardiovascular risk factors in older Spanish people". *International journal of epidemiology*, 33(4): 723-730
- REGIDOR E. RONDA E. MARTÍNEZ D. CALLE ME. NAVARRO P. DOMÍNGUEZ V. (2005) "Occupational social class and mortality in a population of men economically active: the contribution of education and employment situation". *European Journal of Epidemiology*, 20(6):501-8.
- REGIDOR E. MARTÍNEZ D. ASTASIO P. ORTEGA P. CALLE ME. DOMÍNGUEZ V. (2006) "Evolución de las desigualdades socioeconómicas y las desigualdades en la percepción de la salud en España". *Gaceta Sanitaria*, 20(3):1-5.
- REHN N. ROOM R. EDWARDS G. (2001) *Alcohol in the European Region Consumption, harm and policies*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- RICO A. (2002) "Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa". *Documentación social*, 127:15-44.
- RIES AL. KAPLAN RM. LIMBREG TM. PREWITT LM. (1995) "Effects of pulmonary rehabilitation on physiologic and psychosocial outcomes in patients with chronic obstructive pulmonary disease". *Annals of Internal Medicine*, 122: 823-832.
- ROBINE JM. JAGGER C. MATHERS CD. CRIMMINS EM. SUZMAN RM. (2002) *Determining health expectancies*. Wiley: West Sussex..
- RODRÍGUEZ M. LÓPEZ V. LATOUR J. (1987) *El proyecto MUNS: Un estudio sobre las desigualdades en salud en la Comunidad Valenciana*. Valencia: Conselleria de Sanitat.
- RODRÍGUEZ JA. LEMKOW L. (1990) "Health and social inequalities in Spain". *Social Science and Medicine*, 31: 351-358.
- RODRÍGUEZ M. CALONGE S. REÑÉ J. (1993) "Equity in the finance and delivery of health care in Spain". En VAN DOORSLAER E. WAGSTAFF A. RUTTEN F. Editores. *Equity in the finance and delivery of health care. An International Perspective*, Oxford: Oxford University Press.
- RODRÍGUEZ E. (1994) "Health consequences of unemployment in Barcelona". *European Journal of Public Health*, 4(4): 245-251.
- RODRÍGUEZ C. REGIDOR E. GUTIÉRREZ-FISAC JL. (1995) "Low birth weight in Spain associated with sociodemographic factors". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49:38-42.
- RODRÍGUEZ A. GONZÁLEZ E. HERRERO M. (1999) "Motivos de consulta urgente de inmigrantes africanos magrebíes en un centro de atención primaria". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 113: 556-557.
- RODRÍGUEZ-SANZ M. BORRELL C. URBANOS R. PASARÍN MI. RICO A. FRAILE M. RAMOS X. NAVARRO V. (2003) "Power relations and premature mortality in Spain's autonomous communities". *International Journal of Health Services*, 33(4): 687-722.
- RODRÍGUEZ-SANZ M. CARRILLO P. BORRELL C. (2006) *Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CCAA, 1993-2003*. Observatorio de la mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. [acceso 17 diciembre 2006]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Desigualdades_sociales_salud_y_SS.pdf
- ROGERS E. (1962) *Diffusion of Innovations*. London: Collier Macmillan.
- ROLHFS I. DE ANDRÉS J. ARTAZCOZ L. RIBALTA M. BORRELL C. (1997) "Influencia del trabajo remunerado en el estado de salud percibido de las mujeres". *Medicina Clínica (Barcelona)*, 108: 566-571.

- ROLHFS I. (1998) *Diferencias y Desigualdades. La salud de hombres y mujeres en la ciudad de Barcelona* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- ROHLFS I. BORRELL C. PLASÈNCIA A. FERRANDO J. PASARÍN MI. (1998) “Social inequalities and realisation of opportunistic screening mammographies in Barcelona (Spain)”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:205-206.
- ROHLFS I. BORRELL C. PASARÍN MI. PLASÈNCIA A. (1999) “The role of sociodemographic factors in preventive practices: the case of cervical and breast cancer”. *European Journal of Public Health*, 9(4):278-284.
- ROHLFS I. BORRELL C. FONSECA MC. (2000) “Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos”. *Gaceta Sanitaria*, 14(supl 3): 60-71.
- ROHLFS I. BORRELL C. ANITUA C. ARTAZCOZ L. COLOMER C. ESCRIBÁ V. GARCÍA-CALVENTE MM. YACER A. MAZARRASA L. PASARÍN MI. PEIRÓ R. VALLS-LLOBET C. (2000b) “La importancia de la perspectiva de género en las encuestas de salud”. *Gaceta Sanitaria*, 14(2): 146-155.
- ROHLFS I. (2003) “Género y salud: diferencias y desigualdades”, *Quark*, 27:36-40.
- RUIGÓMEZ A. ALONSO J. ANTÓ JM. (1989) “Necesidades sanitarias no cubiertas en la población anciana: diferencias por clase social”. En: *III Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Bilbao.
- RUIZ M. BLANES A. VICIANA F. (1997) “La mortalidad en jóvenes y su impacto sobre la evolución de la esperanza de vida. Andalucía. 1980-1992”. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2): 139-148.
- RUIZ I. MARCH JC. (1998) “Desigualdades en salud en municipios periféricos de la aglomeración urbana de Granada”. *Atención Primaria*, 22(5): 269-278.
- RUIZ R. ESNAOLA S. PÉREZ Y. (2005) “Desigualdades socioeconómicas en la esperanza de salud en la Comunidad Autónoma del País Vasco”. En: *XXIII Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología*. Las Palmas de Gran Canaria.
- RUIZ-CANTERO MT. VERDÚ-DELGADO M. (2004) “Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico”. *Gaceta Sanitaria*, 18(supl 1):118-25
- RUIZ-RAMOS M. VICIANA-FERNÁNDEZ F. (2004) “Desigualdades en longevidad y calidad de vida entre Andalucía y España”. *Gaceta Sanitaria*, 18(4): 260-267.
- RUIZ-RAMOS M. SÁNCHEZ J. GARRUCHO G. VICIANA F. (2004) “Desigualdades en mortalidad en la ciudad de Sevilla”. *Gaceta Sanitaria*, 18(1):16-23.
- SÁEZ M. (2003) “Condicionantes en la utilización de los servicios de atención primaria. Evidencias empíricas e inconsistencias metodológicas”. *Gaceta Sanitaria*, 17(05): 412-419.
- SAMSHA (2003) *Overview of findings from the 2002 National Survey on Drug Use and Health*. Rockville MD: Office of Applied Studies. [acceso 03 de mayo de 2007]. Disponible en: www.oas.samhsa.gov/NHSDA/2k2NSDUH/Overview/2k2Overview.htm
- SÁNCHEZ C. (2005) “El repartiment del treball domèstic i familiar” En: SÁNCHEZ C. LLÀCER H. *Estructura social i desigualtats a Catalunya. Volum I. Classes socials, educació, treball i usos del temps*. Barcelona: Editorial Mediterrània.
- SANZO JM. MUNIOZGUREN M. MUÑIZ J. UNZUETA L. GOIRI MD. SAROBE T. (1991) “Análisis de la mortalidad. Bizkaia. 1986-1989”. En: *IV Congreso de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*. Valencia.

- SARLIO-LÄHTEENKORVA S. SILVENTOINEN K. LAHTI-KOSKI M. LATIKAINEN T. JOUSILAHTI P. (2006) "Socio-economic status and abdominal obesity among Finnish adults from 1992 to 2002". *International Journal of Obesity (London)*, 30(11): 1653-60.
- SCHIAFFINO A. FERNÁNDEZ E. BORRELL C. SALTO E. GARCÍA M. BORRAS JM. (2003) "Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992". *European Journal of Public Health*, 13(1):56-60.
- SCHNEIDER MC. CASTILLO-SALGADO C. BACALLAO J. LOYOLA E. MUJICA OJ. VIDAURRE M. ROCA A. (2004) "Métodos de medición de las desigualdades en salud (Parte I)" *Boletín Epidemiológico de la Organización Panamericana de la Salud*, 25(4).
- SERRA LL. RIBAS L. PÉREZ C. ROMAN B. ARANCETA J. (2003) "Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española (1998-2000): variables socioeconómicas y geográficas". *Medicina clínica (Barcelona)*, 121(4):126-131.
- SESSO HD. PAFFENBARGER RS. HA T. LEE IM. (1999) "Physical activity and cardiovascular disease risk in middle-aged and older women". *American Journal of Epidemiology*, 150(4): 408-416.
- SHAW M. DORLING D. GORDON D. DAVEY SMITH G. (1999) *The widening gap: Health inequalities and policy in Britain*. Bristol: The Policy Press.
- SHAW M. DAVEY SMITH GD. DORLING D. (2005) "Health inequalities and New Labour: how the promises compare with real progress". *British Medical Journal*, 330: 1016-1021.
- SINGH-MANOUX A. (2005) "Commentary: Modelling multiple pathways to explain social inequalities in health and mortality". *International Journal of Epidemiology*, 34:638-639.
- SIU AL REUBEN DB. OUSLANDER JB. OSTERWEIL D. (1993) "Using multidimensional health measures in older persons to identify the risk of hospitalization and skilled nursing placement". *Quality of Life Research*, 2(4): 253-261.
- SMITH G. SHIPLEY MJ. ROSE G. (1990) "Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: further evidence from the Whitehall study". *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44: 265-270.
- SOBREMONTA ME. (2006) *Desigualdades sociales en salud: el caso de la Comunidad Autónoma de Euskadi*. [tesis doctoral]. Bilbao: Universidad de Deusto.
- SOLAS O. (1988) *Equidad geográfica: desigualdades sociales en salud en las provincias españolas* [tesis doctoral]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- SORIGUER F. ROJO-MARTÍNEZ G. DE ANTONIO IE. RUIZ DE ADANA MS. CATALÁ M. MERELO MJ. BELTRÁN M. TINAHONES FJ. (2004) "Prevalence of obesity in south-east Spain and its relation with social and health factors". *European Journal of Epidemiology*, 19(1):33-40.
- STANSFELD SA. (1999) "Social support and social cohesion" En: MARMOT M. WILKINSON RG. Editores. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press.
- STEPTOE A. WARDLE J. POLLARD TM. CANAAN L. JILL DAVIES GJ. (1996) "Stress, social support and health-related behaviour: a study of smoking, alcohol consumption and physical exercise". *Journal of Psychosomatic Research*, 41(2): 171-180.
- STOYANOVA A. (2004) *Equity and utilisation of primary, specialist and dental health services in Spain* [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona.
- STRONKS K. VAN DE MHEEN HD. LOOMAN CWN. MACKENBACH JP. (1996) "Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis". *Sociology of Health & Illness*, 18(5):653-674.

- SUÁREZ C. MALLUGUIZA JR. BARTHE P. (1984) “Climatic and racial factors related to the aetiology of secretory otitis media”. *ORL, Journal of Oto-rhino-laryngology and its related specialties*, 46(6): 318-26.
- SULLIVAN DF. (1971) “A single index of mortality and morbidity”. *HSMHA Health Reports*, 86:347-354.
- SZKLO M. NIETO J. (2003) *Epidemiología intermedia. Conceptos y Aplicaciones*. Madrid: Díaz Santos.
- TANAKA S. ITOH Y. HATTORI K. (2002) “Relationship of body composition to body-fatness estimation in Japanese university students”. *Obesity Research*, 10(7): 590-596.
- TEROL E. (1991) *Desigualdades de salud. Análisis de la asociación entre clases socioeconómicas e indicadores de mortalidad en el municipio de Madrid*. [trabajo de tercer ciclo] Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- TORRES C. FERNÁNDEZ E. ZULUAGA A. GÁLVEZ L. DEL RIO S. (1984) “An epidemiological study of renal lithiasis in gypsies and others in Spain”. *Journal of Urology*, 131(5): 853-6.
- TOWNSEND P. DAVISON N. Editores. (1982) *Inequalities in health: the Black Report*. Harmondsworth: Pelican.
- TOWNSEND J. RODERICK P. COOPER J. (1994) “Cigarette smoking by socioeconomic group, sex and age: effects of price, income and health publicity”. *British Medical Journal*, 309: 923-927.
- TROIANO RR. FRONGILLO EA JR. SOBAL J. LEVITSKY DA. (1996) “The relationship between body weight and mortality: a quantitative analysis of combined information from existing studies”. *International Journal of obesity and related metabolic disorders*, 20:63-75.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2004) *Health Consequences of Smoking. A Report of the Surgeon General*. Atlanta GA: Public Health Service, Centers for Disease Control, National Center for Chronic Disease Prevention and Promotion.
- URBANOS, R. (1999) *Análisis y evaluación de la equidad horizontal interpersonal en la prestación pública de servicios sanitarios. Un estudio del caso español para el período 1987-1995*. [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- URBANOS R. (1999b) *Una revisión de las investigaciones sobre la equidad horizontal en la prestación sanitaria: principales resultados de los estudios españoles*. Documentos de Trabajo Departamento de Economía Aplicada VI. (9913): 30 P. Universidad Complutense de Madrid.
- URBANOS R. (2000) “La prestación de los servicios sanitarios públicos en España: cálculo y análisis de la equidad horizontal interpersonal para el período 1987-1995”. *Hacienda pública española*, 153:139-160.
- URBANOS R. RODRÍGUEZ M. BORRELL C. PASARÍN MI. RICO A. FRAILE M. RAMOS X. NAVARRO V. (2003) “El impacto del entorno social y económico sobre la mortalidad prematura en España”. En: *XXIII Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud*. Cádiz.
- VAN DE MHEEN H. STRONKS K. LOOMAN C. MACKENBACH JP. (1998) “Role of childhood health in the explanation of socioeconomic inequalities in early adult health”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52:15-19.
- VAN ROSSUM CTM. SHIPLEY MJ. VAN DE MHEEN H. GROBBEE DE. MARMOT MG. (2000) “Employment grade differences in cause specific mortality. A 25 year follow up of civil servants from the first Whitehall study”. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54: 178-184.
- VAN WIJK CM. KOLK AM. (1997) “Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory”. *Social Science and Medicine*, 45(2): 231-246.

- VARO JJ. MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ JA. MARTÍNEZ-GONZÁLEZ MA. (2003) “Beneficios de la actividad física y riesgos del sedentarismo”. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 121:665-72.
- VAZQUEZ J. (2002) “Asistencia al inmigrante desde el equipo de atención primaria (aspectos organizativos, formativos y de planificación)”. *Cuadernos de Gestión*, 8: 54-60.
- VÁZQUEZ-VIZOSO F. CASTILLA J. POLLÁN M. LÓPEZ-ABENTE G. (1993) “Assessment of trends in geographical inequalities in infant mortality”. *Social Science and Medicine*, 37(3):413-7.
- VEENSTRA G. LUGINAAH I. WAKEFIELD S. BIRCH S. EYLES J. ELLIOTT S. (2005) “Who you know, where you live: social capital, neighbourhood and health”. *Social Science and Medicine*, 60(12): 2799-2818.
- VEEVERS JE. GEE EM. (1986) “Playing it safe: Accident mortality and gender roles”. *Sociological Focus*, 19, 4: 349-360.
- VERBRUGGE L. (1976) “Females and illness: recent trends in sex differences in the United States”. *Journal of Health and Social Behaviour*, 17: 387-403.
- VERBRUGGE LM. (1983) “Multiple roles and physical health of women and men”. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24: 16-30.
- VERBRUGGE LM. (1985) “Gender and health: an update on hypothesis and evidence”. *Journal of Health and Social Behaviour*, 26(3):156-182.
- VERBRUGGE LM. (1989) “The twain meet: empirical explanations of sex differences in health and mortality”. *Journal of Health and Social Behaviour*, 30(3):282-304.
- VICIANA F. (2004) “Mortalidad”. En ARROYO A. Coordinador. *Tendencias demográficas en el siglo XX en España*. Madrid: INE.
- VILAGUT G. FERRER M. RAJMIL L. REBOLLO P. PERMANYER-MIRALDA G. QUINTANA JM. SANTED R. VALDERAS JM. RIBERA A. DOMINGO-SALVANY A. ALONSO J. (2005) “El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos”. *Gaceta Sanitaria*, 19(2): 135-150.
- VILLALBÍ JR. BORRELL C. (2003) “Desigualdades sociales y salud”. *Formación Médica Continuada*, 10(2): 89-96.
- VILLENEUVE PJ. MORRISON HI. CRAIG CL. SCHAUBEL DE. (1998) “Physical activity, physical fitness, and risk of dying”. *Epidemiology*, 9(6); 626-631.
- VIRTANEN M. KIVIMÄKI M. JOENSUU M. VIRTANEN P. ELOVAINIO M. VAHTERA J. (2005) “Temporary employment and health: a review”. *International Journal of Epidemiology*, 34(3): 610-622.
- VITORIA M. (1978) *Los hospitales mineros de Triano*. Bilbao: La Gran Enciclopedia Vasca.
- WAGSTAFF A. (2002) “Poverty and health sector inequalities”. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2):97-105.
- WALDRON I. (1983) “Sex differences in illness incidence, prognosis and mortality: issues and evidence”. *Social Science and Medicine*, 17(16): 1107-1123.
- WALDRON I. WEISS CC. HUGHES ME. (1998) “Interacting effects of multiple roles on women’s health”. *Journal of Health and Social Behaviour*, 39(3): 216-236.
- WALDRON I. (2000) “Trends in gender differences in mortality: Relationships to changing gender differences in behaviour and other causal factors.” En: ANNANDALE E. HUNT K. Editores. *Gender Inequalities in Health*. Buckingham: Open University Press.

- WALDRON I. McCLOSKEY C. EARLE I. (2005) "Trends in gender differences in accidents mortality: Relationships to changing gender roles and other societal trends". *Demographic research*, 13: 415-453.
- WALTERS V. McDONOUGH P. STROHSCHHEIN L. (2002) "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". *Social Science and Medicine*, 54(5): 677-692.
- WARE JE. KOSISNSKI M. KELLER SD. (1994) *SF-36 physical and mental health summary scales: a user's manual*. Boston MA: The Health Institute, New England Medical Center.
- WATERSTON T. ALPERSTEIN G. STEWART BROWN S. (2004) "Social capital: a key factor in child health inequalities". *Archives of disease in childhood*, 89: 456-459.
- WEST P. SWEETING H. (2004) "Evidence on equalisation in health in youth from the West of Scotland". *Social Science and Medicine*, 59(1):13-27.
- WHITEHEAD M. (1988) "The Health Divide" En: TOWNSEND P. DAVISON N. WHITEHEAD M. *Inequalities in health: The Black report and The Health Divide*. London: Pinguin Books.
- WHITEHEAD M. (1990) *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: WHO Regional Office Europe.
- WHITEHEAD M. EVANDROU M. HAGLUND B. DIDERICHSEN F. (1997) "As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?". *British Medical Journal*, 315:1006-1009.
- WILKINS R. ADAMS OB. (1983) "Health expectancy in Canada, late 1970s: demographic, regional, and social dimensions". *American Journal of Public Health*, 73(9): 1073-1080.
- WILKINSON RG. (1997) "Socioeconomic determinants of health: Health inequalities: relative or absolute material standards?". *British Medical Journal*, 314: 591-595.
- WHO (1946) *Constitution of the World Health Organization*. New York. [acceso 21 de febrero de 2007] Disponible en: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1625885&blobtype=pdf>.
- WHO (1998) *Gender, and Health*. Geneva: WHO [acceso 05 diciembre 2006]. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/WHD_98_16_gender_and_health_technical_paper/WHD_98_16_table_of_contents_en.html
- WHO (1998b) *Family and Reproductive Health, Women's Health and Development. Gender and Health*. Geneva: WHO.
- WHO (2002) *World health report 2002. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva: WHO. [acceso 01 de diciembre de 2006]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_WHR_02.1.pdf
- WHO (2004) *Obesity: Preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO Consultation. Geneva: WHO.
- WHO (2006) *The world health report 2006: working together for health*. Geneva: WHO.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- BP:** Dolor corporal (explicación en pág 55)
- CAPV:** Comunidad Autónoma del País Vasco
- CES:** Consejo Económico y Social
- CSIC:** Centro Superior de Investigaciones Científicas
- CVRS:** Calidad de vida relacionada con la salud
- EIS:** Evaluación del Impacto sobre la Salud
- EPOC:** Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- EPT:** Encuesta de Presupuestos de Tiempo
- ESCAV:** Encuesta de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco
- EUSTAT:** Instituto Vasco de Estadística
- EVAC:** Esperanza de vida ajustada por calidad (explicación pág 85)
- EVBS:** Esperanza de vida en buena salud
- EVLD:** Esperanza de vida libre de discapacidad
- FOESSA:** Fundación para el fomento de estudios sociales y sociología avanzada
- GH:** Salud general (explicación en pág 55)
- IC:** Intervalo de confianza (explicación en pág 74)
- IMC:** Índice de Masa Corporal
- MCS:** Componente sumario mental
- MH:** Salud mental (explicación en pág 55)
- MNP:** Movimiento Natural de la Población
- MRSP:** Medidas resumen de la salud de la población
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- OR:** Odds ratio (explicación en pág 74)
- PADI:** Programa de atención dental infantil de la CAPV
- PCS:** Componente sumario física
- PF:** Función física (explicación en pág 55)
- RE:** Rol emocional (explicación en pág 55)
- RP:** Razón de Prevalencias (explicación en Anexo metodológico)
- RP:** Rol físico (explicación en pág 55)
- RR:** Riesgo relativo (explicación pág 88)
- SESPAS:** Sociedad española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- SF:** Función social (explicación en pág 55)
- SNS:** Sistema Nacional de Salud
- VT:** Vitalidad (explicación en pág 55)
- WHO:** World Health Organization. Ver OMS.