

# La salud pública desde la perspectiva de género y clase social

Carme Borrell<sup>a</sup> / María del Mar García-Calvente<sup>b</sup> / José V. Martí-Boscà<sup>c</sup>

Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS

<sup>a</sup>Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

<sup>c</sup>Direcció General de Salut Pública. Generalitat Valenciana. Valencia. España.

Correspondencia: C. Borrell. Agència de Salut Pública de Barcelona. Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona. España.

(Public health from the perspective of gender and social class)

## Introducción

A finales del año 2001, la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) nos encomendó, como miembros del grupo de Género y Salud Pública de dicha sociedad, la realización del *VI Informe SESPAS*. El grupo de Género y Salud Pública se constituye formalmente en el año 1999 para agrupar a los socios de SESPAS interesados en contribuir a reducir las desigualdades de género. Partimos de la existencia de desigualdades de género en salud y de que en nuestro medio profesional también se produce una desigualdad real para las mujeres. Asimismo, tenemos el convencimiento de que SESPAS es un entorno especialmente idóneo para realizar acciones en este sentido, como espacio de encuentro destacado de los profesionales de la salud pública en el Estado español. El grupo se plantea los siguientes objetivos: *a)* contribuir al desarrollo de SESPAS como sociedad científica que permita alcanzar una salud óptima para los ciudadanos y las ciudadanas; *b)* abrir un espacio de discusión sobre las desigualdades de género en SESPAS, en nuestra profesión y en la sociedad en general, y *c)* llevar a cabo actividades concretas para reducir las desigualdades de género en SESPAS, en nuestra profesión y en la sociedad española en general\*.

Si bien algunos de los anteriores informes SESPAS habían contemplado el tema de las desigualdades, incluidos los capítulos sobre las desigualdades socioeconómicas, territoriales o de género, ninguno de ellos se había centrado en ellas. En este marco acogimos con entusiasmo la propuesta de realizar un informe SESPAS que nos permitiera profundizar en el análisis de las desigualdades sociales en el ámbito de

la salud y, además, avanzar en los objetivos del grupo. Así, nos planteamos en este informe los siguientes objetivos:

1. Describir y actualizar la situación de la salud y del sistema sanitario en el Estado español, teniendo en cuenta la perspectiva de género y clase social, especialmente el análisis de las desigualdades en salud.
2. Incorporar otros temas de interés y actualidad para los profesionales de la salud pública del Estado español.

En este artículo introductorio pretendemos establecer algunos conceptos fundamentales de los dos ejes de desigualdad analizados en este informe (género y clase social), describir el proceso realizado para su elaboración y presentar la estructura y los principales contenidos de este informe.

## La salud pública desde la perspectiva de género y clase social

Los estudios dedicados a las desigualdades sociales en salud han proliferado en las últimas décadas, y han puesto de manifiesto que las mujeres, la población de menor nivel socioeconómico o las áreas con mayor privación material presentan unos indicadores de salud que denotan una peor situación<sup>1,2</sup>.

El concepto de «desigualdad en salud» se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia, lo que indica la peor salud de los colectivos menos favorecidos. El concepto de la Organización Mundial de la Salud del término «desigualdad» (*inequity*) se refiere a las diferencias en materia de salud que son innecesarias, evitables e injustas; por tanto, incluye una dimensión moral o ética<sup>3</sup>.

\*Los objetivos y actividades del Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS se pueden consultar en la página web de SESPAS ([www.sespas.es](http://www.sespas.es)).

*Las desigualdades de género en salud*

El desarrollo del llamado «enfoque de género en salud» es un fenómeno reciente: a mediados del siglo xx diversas autoras feministas hablan por primera vez de la construcción social de las diferencias sexuales. El término «género» puede ser definido como un *constructo* social que pone de manifiesto las convenciones culturales, los roles y los comportamientos sociales que diferencian a las mujeres y los hombres y, por tanto, intenta diferenciar el sexo biológico de la forma en que la sociedad construye el «ser hombre» o «ser mujer»<sup>4,5</sup>. El concepto de género es relacional: lo que define al enfoque de género es el análisis de las relaciones sociales entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que este análisis revela la existencia de desigualdades. Por tanto, el enfoque de género en salud trasciende el campo de la «salud de las mujeres». Una visión de género, lejos de olvidar a los hombres, los incluye como elemento esencial en las relaciones de poder y desigualdad que afectan a la salud de todos, tanto hombres como mujeres.

Las desigualdades de género indican una distribución diferente de los trabajos realizados por parte de las mujeres y los hombres, a pesar de la incorporación de la mujer al trabajo remunerado realizado fuera del hogar<sup>6</sup>. Así, por ejemplo, existe una desigual distribución del trabajo doméstico, o en el cuidado de las personas del hogar, que se realiza mayoritariamente por las mujeres<sup>7,8</sup>. Por otro lado, las mujeres sufren también desigualdades en el medio laboral: soportan una tasa de paro más alta que los hombres y una mayor proporción de contratos laborales temporales o precarios. Otros ejemplos son la segregación que existe en el mercado laboral, tanto vertical (las mujeres ocupan los trabajos menos cualificados) como horizontal (las mujeres se centran en unos pocos sectores de la actividad económica relacionados con el cuidado de las personas)<sup>9</sup>.

Las diferencias de salud entre hombres y mujeres incluyen las diferencias biológicas. Así, los distintos sistemas genitourinarios, así como las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas, desempeñan un papel en la morbilidad y la mortalidad diferenciales entre hombres y mujeres<sup>10</sup>. Algunos ejemplos de las diferencias biológicas que afectan a la salud pueden ser las influencias hormonales en las mujeres sobre la osteoporosis y las fracturas, el cáncer de mama, las enfermedades relacionadas con el aparato reproductivo y las enfermedades relacionadas con el embarazo y el parto<sup>11</sup>.

El estudio de los determinantes sociales es esencial para entender las desigualdades sociales en salud según el género. Así, se ha puesto de manifiesto que a pesar de tener una esperanza de vida más larga, las mujeres suelen presentar un estado de salud peor

que el de los hombres<sup>12</sup>, hecho que puede cambiar según el tipo de indicador de salud analizado, el grupo de mujeres seleccionadas y el momento del ciclo vital considerado.

En el Estado español, el estudio de las desigualdades en salud según el género es todavía muy incipiente, por lo que disponemos de pocas publicaciones sobre este tema. En las últimas dos décadas se han publicado algunos trabajos sobre violencia de género y sobre desigualdades en salud, mediante encuestas de salud realizadas en la población catalana (ámbitos de Cataluña, Barcelona, Cornellà, etc.)<sup>13</sup>, que corroboran las desigualdades de salud entre las mujeres y los hombres y la influencia de los distintos roles asumidos (trabajador/a fuera de casa, trabajadora sólo en casa, tipo de ocupación, condiciones laborales, trabajo realizado en casa, número de personas dependientes en el hogar, etc.).

Por tanto, observamos que la salud de las mujeres y los hombres es diferente y también desigual: diferente porque existen factores de tipo biológico que tienen distintas implicaciones en la salud; desigual porque hay factores sociales que establecen diferencias injustas y evitables en la salud de los hombres y las mujeres<sup>5,14</sup>.

*Las desigualdades socioeconómicas en salud*

Tanto la clase social ocupacional como el nivel de estudios de las personas están relacionados con una salud peor, expresada tanto en la mortalidad como en la salud percibida o en los indicadores objetivos de salud<sup>1,2,15</sup>. También el territorio donde viven las personas influye en la salud, independientemente de la situación socioeconómica individual, de manera que las que viven en áreas geográficas con mayor privación material (con menos recursos, servicios y comodidades y un peor medio ambiente) presentan un estado de salud más deteriorado<sup>16</sup>. La mayoría de estudios señalan que estas desigualdades se incrementan, ya que las personas de clases sociales más aventajadas mejoran más su estado de salud que las personas de clases desfavorecidas<sup>17</sup>.

Una importante aportación al estudio de las desigualdades sociales en salud fue el Informe Black, solicitado en el año 1977 por el secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista del Reino Unido a un grupo de expertos, bajo la presidencia de Douglas Black. Los objetivos eran estudiar con profundidad las causas y la magnitud de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud en ese país, así como recomendar las intervenciones necesarias para disminuir estas desigualdades. El informe se publicó en 1980<sup>18</sup> y fue actualizado en 1986<sup>19</sup>. Ha servido de base para muchos países que, posteriormente, han realizado informes similares.

Los investigadores de algunos países europeos (Reino Unido, Países Bajos y países escandinavos) y de Estados Unidos han destacado por su avance en el estudio de las desigualdades socioeconómicas en la salud. En este sentido, cabe señalar las publicaciones basadas en las cohortes Whitehall, estudios de seguimiento de los funcionarios del Ayuntamiento de Londres durante varias décadas, que ponen de manifiesto el aumento de las desigualdades socioeconómicas en salud durante los últimos años del siglo xx y, al mismo tiempo, intentan profundizar en el conocimiento de las causas de estas desigualdades<sup>20,21</sup>.

En el Estado español, el año 1994 se publicó el libro «Diferencias y desigualdades en salud en España»<sup>22</sup>, que señalaba la existencia de desigualdades socioeconómicas en la salud de la población. El año 1996 se publicó el primer informe en nuestro país, encargado por el partido gobernante en ese momento (PSOE), «Desigualdades sociales en salud en España»<sup>23</sup>, que salió a la luz ya con el PP en el gobierno, por lo que tuvo muy poca difusión y no se ejecutaron las recomendaciones que se incluían en él. No se han realizado otros informes de estas características, a excepción del informe «Les desigualtats en salut a Catalunya»<sup>24</sup>, publicado muy recientemente por una entidad no gubernamental. Otra publicación reciente<sup>25</sup> refleja que las desigualdades en la salud percibida han aumentado en los últimos años del siglo xx en nuestro país.

A pesar de ello, en el Estado español ha aumentado el conocimiento de las desigualdades socioeconómicas en la salud debido a la existencia de algunos grupos que han investigado y publicado sobre ello en revistas especializadas<sup>26-28</sup>, basándose, sobre todo, en el análisis de la mortalidad y las encuestas de salud.

Por último, es necesario señalar que el conocimiento adquirido en las últimas décadas sobre la existencia de desigualdades sociales en materia de salud en nuestro país no se ha reflejado en cambios en la política sanitaria. La mayoría de los planes de salud de las comunidades autónomas (CCAA) no incluyen los objetivos destinados a disminuir las desigualdades en salud, y existen muy pocos ejemplos de intervenciones que las tengan en cuenta<sup>29</sup>.

#### *Las desigualdades en salud según el género y la clase social*

Los estudios sobre las desigualdades socioeconómicas en salud se han ocupado más del sexo masculino, mientras que las mujeres se han investigado según las funciones familiares que desempeñan (esposa, madre, etc.)<sup>10</sup>. Por ello, con frecuencia, los estudios sobre las desigualdades en salud según el género se han realizado de forma paralela a los estudios de éstas según el nivel socioeconómico, sin un punto de vista que in-

tegre ambas líneas de trabajo. Sólo recientemente, algunos autores han empezado a tener en cuenta simultáneamente los dos ejes de desigualdad<sup>30,31</sup>. Así, se ha comenzado a analizar el impacto en la salud de los múltiples roles de las mujeres y cómo varía su repercusión en función de la posición socioeconómica y de la privación material de la mujer<sup>32</sup>.

En nuestro medio, sólo muy recientemente empiezan a publicarse algunos estudios que intentan integrar los dos ejes de desigualdad. Son fundamentalmente estudios que analizan la salud de mujeres y hombres según la clase social, teniendo en cuenta distintos grupos de análisis en función de la situación laboral, los trabajos realizados, el estado civil o las demandas familiares. Veamos dos ejemplos: Primero, en un estudio realizado en personas trabajadoras de Cataluña, de 25 a 64 años de edad, que vivían en pareja, las demandas familiares no se relacionaron con los indicadores de salud ni en los hombres ni en las mujeres de clases sociales aventajadas. En cambio, en las trabajadoras manuales existía una relación entre las demandas familiares (número de personas en el hogar) y el mal estado de salud percibido, la limitación crónica de la actividad y la presencia de trastornos crónicos<sup>33</sup>. Segundo, un trabajo realizado en población ocupada de Barcelona analiza las desigualdades en la salud percibida, según la clase social neomarxista propuesta por Wright, y describe los factores mediadores que explican esta relación. Tanto en hombres como en mujeres, los trabajadores manuales presentan peor salud percibida. Mientras en los hombres en la relación entre la salud percibida y la clase social se explica principalmente por factores relacionados con la organización en el trabajo, en las mujeres se explica, además, por los estándares materiales existentes en el hogar y por el trabajo doméstico realizado<sup>34</sup>.

---

#### **Proceso de elaboración del informe**

Después de que la Junta Directiva de SESPAS nos encargara la coordinación del informe, las editoras y el editor presentamos un primer guión en febrero de 2002. Propusimos realizar una consulta a informadores clave, igual que se hizo en la elaboración del Informe SESPAS de 1998<sup>35</sup>, para la elección de los autores y autoras y obtener temas de interés que tratar en el informe. Con este fin, solicitamos 10 informadores clave a cada una de las sociedades federadas en SESPAS; además, incluimos a los editores de los anteriores informes, los miembros de la Junta Directiva, algunos miembros del Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS y a otros informadores clave propuestos por los editores. En total, contactamos con unas 100 personas a través

de correo electrónico entre marzo y abril de 2002, de las que respondieron 31.

A partir del primer guión realizado por los editores y la consulta de informadores clave, elaboramos el guión definitivo. Además, se confeccionó una primera lista de autores y autoras responsables de los artículos, así como de los coordinadores de cada capítulo. Con esta propuesta, se hicieron los contactos con los autores y coordinadores y, una vez aceptaron la responsabilidad, se les hizo el encargo formal mediante una carta donde se les explicaba el proceso y las tareas concretas a realizar.

Cada autor envió un guión de su artículo en julio de 2002, que fue comentado posteriormente por los editores y coordinadores. A partir de marzo de 2003 se empezó a recibir las primeras versiones de los artículos, que fueron revisadas por los editores y coordinadores del informe entre una y tres veces más, según el artículo, antes de que fueran aceptados como definitivos.

Es necesario señalar que hubo dos artículos («El impacto sobre la salud de la catástrofe del *Prestige*» y «Valoración del impacto de la ola de calor del verano de 2003 sobre la mortalidad») que fueron encargados con posterioridad al resto, debido a la relevancia de ambos temas durante la elaboración del informe.

---

## Estructura y contenido del informe

Este informe consta de dos partes. La primera parte («La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social») tiene por objetivo hacer una «fotografía» de la salud, sus determinantes, la atención sanitaria y las políticas en el Estado español desde la perspectiva de las desigualdades de género y de clase social. El primer capítulo ofrece, por primera vez en un informe SESPAS, una descripción de los determinantes demográficos y sociales de la salud, lo que refleja los cambios profundos que está sufriendo la sociedad española desde la transición democrática, con el envejecimiento progresivo de la población, el incremento de la población inmigrante y la incorporación de las mujeres al trabajo productivo, a pesar de seguir realizando la mayoría del trabajo doméstico.

El segundo capítulo describe la salud de la población teniendo en cuenta las desigualdades de género y clase social. Los problemas de salud y sus determinantes se describen en la población según 4 grupos etarios: los niños/as, los adolescentes y jóvenes, los adultos/as y los ancianos/as. El tercer capítulo describe la atención a la salud, sobre todo desde el punto de vista de las desigualdades socioeconómicas y de género. Se tratan temas relevantes, como la oferta de servicios en las CCAA, el impacto de la financiación y de

las nuevas formas de gestión en las desigualdades, la utilización de los servicios sanitarios según el sexo y la clase social, la práctica profesional en atención primaria y especializada, los servicios de protección a la dependencia, el sistema informal de cuidados y el pluralismo asistencial o la utilización de servicios no convencionales. El cuarto capítulo trata sobre el estado de las políticas para disminuir las desigualdades: la situación de las políticas públicas destinadas a mantener el Estado del Bienestar y las intervenciones concretas para disminuir las desigualdades de género y clase social.

La segunda parte del informe («Temas actuales de salud pública») consta de dos capítulos. El primero incluye 8 temas relevantes de la salud pública desde la perspectiva de género y clase social: la salud reproductiva, la salud mental, la violencia de género, las profesiones sanitarias, las demandas sanitarias de las familias, la prensa diaria, la inmigración, y la cooperación internacional. Estos temas no han sido tratados en la parte primera del informe por no adaptarse a la estructura propuesta inicialmente por los editores. El segundo capítulo incluye algunos temas de relevancia en el área de protección de la salud: los riesgos tradicionales y los nuevos riesgos, los campos electromagnéticos, las alertas alimentarias, el impacto en la salud de la catástrofe del *Prestige* y el estudio del impacto en la mortalidad de la ola de calor del verano de 2003.

Por último, queremos señalar que el proceso de trabajo y elaboración del informe ha sido estimulante, rico y productivo, ya que nos ha obligado a enfocar los temas actuales de la salud pública en nuestro país para descubrir y analizar las desigualdades de género y clase social existentes en el ámbito de la salud. No siempre ha sido posible conseguir este objetivo y a menudo los autores/as se han encontrado con la escasez de información analizada desde esta perspectiva, e incluso con la ausencia de datos recogidos sobre las variables fundamentales que permitirían hacer este análisis. Sin embargo, han sido grandes el esfuerzo e interés desplegados por todas las personas que han colaborado en la elaboración de este informe, así como la búsqueda, el análisis y la interpretación de la información existente en clave de desigualdad. Gracias al trabajo de los autores y las autoras de los diferentes artículos ha sido posible llevar a buen término este informe.

---

## Agradecimientos

A Maribel Urgellés, por haber participado en la edición de los manuscritos; a la Junta directiva de SESPAS, por haber depositado su confianza en nosotros; a Joan Benach, Izabella Rohlfis y Carmela Moya, por su labor como coordinadores de un capítulo, y a todos los autores, por haber respondido a nuestras repetidas demandas.

## Bibliografía

1. Amick III B, Levine S, Tarlov A, Chapman Walsh D, editors. *Society and Health*. New York: Oxford University Press, 1995.
2. Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv* 1992;22:429-45.
4. Krieger N. Genders, sexes and health: what are the connections –and why does it matter? *J Epidemiol Community Health* 2003;32:652-7.
5. Rohlfs I, Borrell C, Fonseca MC. Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gac Sanit* 2000;14(Supl 3):60-71.
6. Bartley M. Measuring women's social position: the importance of theory. *J Epidemiol Community Health* 1999;53:601-2.
7. Solsona M. Viure sol, viure en família. En: Nel-lo O, Recio A, Solsona M, Subirats M, editors. *La transformació de la societat metropolitana*. Barcelona: Institut d'Estudis Metropolitans de Barcelona, 1998.
8. Carrasquer P, Romero A. El treball i l'ocupació a Catalunya. En: *Informe per a la Catalunya del 2000*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill, 1999.
9. Artazcoz L, Escribà V, Cortès I. Género, trabajos y salud [en prensa]. *Gac Sanit* 2003.
10. Artazcoz L. Salud y género. *Documentación Social* 2002;127:181-206.
11. Ness RB, Kuller LH, editors. *Health and disease among women*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
12. Kunkel SR, Atchley RC. Why gender matters: being female is not the same as not being male. *Am J Prev Med* 1996;12:294-6.
13. Rohlfs I. Desigualtats de gènere en la salut. En: Borrell C, Benach J, coordinadors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, 2003.
14. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypothesis and evidence. *J Health Soc Behav* 1985;26:156-82.
15. Marmot M, Wilkinson RG, editors. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
16. Domínguez-Berjón F, Borrell C, Benach J, Pasarín MI. Medidas de privación material en el estudio de las desigualdades sociales en salud en áreas geográficas pequeñas. *Gac Sanit* 2001;(Supl 4):15:23-33.
17. Kunst AE, Bos V, Mackenbach J. *Monitoring socioeconomic inequalities in health in the European Union: Guidelines and Illustrations*. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University, 2000.
18. Black D, Morris JN, Smith C, Townsend P. *The Black Report*. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editors. *Inequalities in health: The Black Report and The Health Divide*. London: Penguin Books, 1988.
19. Whitehead M. *The Health Divide*. En: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editors. *Inequalities in health: The Black Report and The Health Divide*. London: Penguin Books, 1988.
20. Marmot MG, Davey Smith G, Stansfeld S, Patel C, North F, Head J, et al. Health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991;337:1387-93.
21. Ferrie JE, Shipley MJ, Stansfeld SA, Davey-Smith G, Marmot M. Future uncertainty and socioeconomic inequalities in health: the Whitehall II study. *Soc Sci Med* 2003;57:637-46.
22. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Rodríguez C. *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid: Díaz de Santos, 1994.
23. Navarro V, Benach J, y la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (Estados Unidos), 1996.
24. Borrell C, Benach J, coordinadors. *Les desigualtats en la salut a Catalunya*. Barcelona: Mediterrània, 2003.
25. Gutiérrez-Fisac JL. *Desigualdades sociales en la salud subjetiva y en varios trastornos crónicos de salud en España*. En: Ronda E, editora. *Desigualdades sociales en salud: situación en España en los últimos años del siglo xx*. Cocentaina: Universidad de Alicante. Sede Universitaria de Cocentaina, 2002.
26. Benach J. Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994). *Gac Sanit* 1995;49:251-64.
27. Borrell C, Pasarín MI. The study of social inequalities in health in Spain: where are we? *J Epidemiol Community Health* 1999;53:388-9.
28. Borrell C, Pasarín MI. Desigualdad en salud y territorio urbano. *Gac Sanit* 2004;18:1-4.
29. Benach J, Borrell C, Daponte A. Social and economic policies in Spain with potential impact on reducing health inequalities. En: Mackenbach J, Bakker M, editors. *Reducing inequalities in health: a European perspective*. New York: Routledge, 2002; p. 77-84.
30. Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *J Health Psychology* 1997;2:315-34.
31. Emslie C, Hunt K, Macintyre S. Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Soc Sci Med* 1999;48:33-48.
32. Arber S, Khat M. Introduction to social and economic patterning of women's health in a changing world. *Soc Sci Med* 2002;54:643-7.
33. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the role of family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:639-47.
34. Borrell C, Muntaner C, Benach J, Artazcoz L. Social class and self-perceived health status among men and women: what is the role of work organization, household material standards and household labour [en prensa]. *Soc Sci Med* 2004.
35. Catalá F, De Manuel E, editores. *Informe SESPAS 1998: La salud pública y el futuro del estado del bienestar*. Granada: EASP, 1998.