
 PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL

La salud de las personas adultas

Lucía Artazcoz^{a,b} / Carmela Moya^c / Hermelinda Vanaclocha^d / Pepa Pont^e

^aAgència de Salut Pública de Barcelona. España.

^bUniversitat Pompeu Fabra. Barcelona. España.

^cEscuela Valenciana de Estudios para la Salud. Valencia. España.

^dÁrea de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Valenciana. Valencia. España.

^eUnidad de Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad Valenciana. Valencia. España.

Correspondencia: Lucía Artazcoz. Agència de Salut Pública de Barcelona. Plaza Lesseps, 1.
08023 Barcelona. España.
Correo electrónico: lartazco@imsb.bcn.es

(Adult health)

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar las desigualdades sociales en el estado de salud, los estilos de vida y la mortalidad de la población española de 25 a 64 años de edad. Se utilizan como fuentes de datos la Encuesta Nacional de Salud de 1997, la Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo de 1999, el Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales de 2001 y las estadísticas de mortalidad de 1998.

La mayoría de los estilos de vida son más desfavorables para los hombres (tabaquismo, consumo de alcohol y sobrepeso) y las clases más desfavorecidas. En las mujeres, la entrada al mercado laboral se asocia con la adopción de conductas más insalubres, salvo en el caso del sobrepeso. El bajo peso, sin embargo, es más frecuente en las empleadas. El estado de salud percibido es mejor en los hombres, las personas de clases más favorecidas y las ocupadas. Mientras los riesgos laborales clásicos, de naturaleza física, y los accidentes de trabajo afectan fundamentalmente a los hombres, el impacto de los riesgos de naturaleza psicosocial y los derivados de la exposición al trabajo doméstico es superior en las mujeres.

Como en otros países desarrollados, se da la paradoja de que frente al peor estado de salud percibido de las mujeres, las tasas de mortalidad son superiores en los hombres. Este exceso de mortalidad en el sexo masculino se asocia con conductas de riesgo determinadas en gran parte por los valores tradicionales asociados a la masculinidad, con mayor consumo de tabaco (cáncer de pulmón), de alcohol (cirrosis hepática), drogas (virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] y sida) y conductas de riesgo ligadas a los accidentes.

Las políticas sanitarias deben tener en cuenta la existencia de desigualdades sociales en salud determinadas por el género, la clase social y la situación laboral. Para ello, es importante un mayor desarrollo de la investigación sobre las desigualdades sociales y de sistemas de información en salud sensibles a las desigualdades sociales.

Palabras clave: Clase social. Género. Factores socioeconómicos. Salud laboral.

Abstract

The objective of this study is to analyse the social inequalities in health status, health related behaviours and mortality among the 25-64 years Spanish population. Data come from the 1997 Spanish National Health Survey, the 1999 Spanish National Survey on Working Conditions, the 2001 Yearbook of Labour and Social Affairs Statistics and the 1998 Mortality Statistics.

Most health-related behaviours are more unfavourable for men (smoking, alcohol consumption and overweight) and for less privileged social classes. Among women, entrance into the labour market is associated with more unhealthy behaviours except for overweight. Low weight, however, is more frequent among employed females. Self-perceived health status is better among men, more privileged social class persons and among workers. Whereas classical physical job hazards and work injuries mostly affect men, the impact of psychosocial job hazards and of exposures derived from the domestic work is higher for women.

As in other developed countries, the paradox exists that whereas women have a poorer self-perceived health status, mortality is higher among men. The male excess in mortality is related to health-related behaviours that to a great extent are determined by traditional values assigned to masculinity, with higher consumption of tobacco (lung cancer), alcohol (cirrhosis), drugs (HIV and AIDS) and risky behaviours related to injuries.

Health policies should take into account social inequalities in health determined by gender, social class and employment status. For doing so, it is important to increase the development of research on social inequalities and of health information systems sensitive to social inequalities.

Key words: Social class. Gender. Socio-economic factors. Occupational health.

Introducción

En el año 2001, los adultos de 25 a 64 años de edad constituían el 62% de la población española, y los más jóvenes, de 25 a 44 años, suponían casi la tercera parte (32%)¹. El objetivo de este artículo es analizar las desigualdades de género y clase social en el estado de salud, los estilos de vida y la mortalidad de este segmento mayoritario de la población española. En esta población, en plena edad productiva y reproductiva, los trabajos, el remunerado y el doméstico, tienen una gran repercusión en su salud. Por esta razón, el tercer eje de análisis de las desigualdades es la situación laboral y además se dedica un apartado al impacto de los trabajos sobre la salud.

Se han utilizado como fuentes de datos la Encuesta Nacional de Salud de 1997 (ENS-97)², la Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo de 1999 (ENCT-99)³, el Anuario de Estadísticas Laborales y de Asuntos Sociales de 2001⁴ y las estadísticas de mortalidad de 1998^{5,6}.

La ENS-97 recoge información sobre diferentes indicadores de salud y estilos de vida y permite su análisis desde una perspectiva de desigualdades de género, clase social y situación laboral. La clase social se ha medido con el indicador propuesto por Navarro y Benach⁷, con 4 categorías, desde la I (la más aventajada) a la IV. La situación laboral se ha clasificado en 5 categorías: ocupado, parado, jubilado, ama de casa y otras situaciones. Se ha eliminado la categoría de amos de casa entre los hombres por su bajo número. Los indicadores de salud estudiados han sido el estado de salud percibido, la limitación crónica de la actividad habitual, las enfermedades crónicas y los accidentes. Los estilos de vida analizados han sido el tabaquismo, la actividad física, el consumo de alcohol y los problemas de peso, estos últimos como aproximación a los trastornos de las conductas alimentarias. El bajo peso se ha definido como un índice de masa corporal (IMC) inferior a 20; el sobrepeso, como un IMC de 25 a 30, y la obesidad como un IMC superior a 30. Se han analizado conjuntamente las categorías de sobrepeso y obesidad como exceso de peso.

La ENCT-99 recoge información sobre los riesgos laborales de distinta naturaleza y también permite realizar una aproximación a las desigualdades de género y clase social. Se utilizan estos datos para analizar las desigualdades sociales de género y de clase (trabajadores manuales y no manuales) en los riesgos laborales y en los accidentes de trabajo.

La exhaustividad, la universalidad y la estabilidad de los criterios de clasificación de enfermedades, junto a su calidad⁸, hacen de las estadísticas de mortalidad un buen instrumento para evaluar la evolución de las diferentes enfermedades. Sin embargo, esta fuen-

te de información no permite el análisis según la clase social, ya que en la mayoría de los boletines estadísticos de defunción no consta la ocupación⁹. Como aproximación a las desigualdades en salud se ha utilizado la información procedente del *Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España, 1987-1995* de Benach et al¹⁰, en el que se estudian las desigualdades geográficas en la mortalidad en España durante el período 1987-1995, desagregada en 2 grupos de edad: de 0 a 64 y mayores de 64 años. No se pretende realizar una interpretación exhaustiva sino reflejar el patrón geográfico de las principales causas de muerte e identificar las áreas con sobremortalidad.

Estilos de vida

Tanto el género como la clase social son importantes determinantes de los estilos de vida relacionados con la salud porque, en función del sexo o de la posición socioeconómica, las personas crecen en entornos culturales diferentes, con distintos valores y oportunidades¹¹. Esta concepción pone de manifiesto que los estilos de vida no son conductas individuales, sino que dependen del entorno de la persona. En esta sección se analizan las desigualdades sociales en el tabaquismo, la actividad física, el consumo de alcohol y los problemas de peso. Los datos proceden de la ENS-97. En las tablas 1-3 se muestra la distribución de estos estilos de vida según el sexo y la edad, el sexo y la clase social, y el sexo y la situación laboral, respectivamente. Los resultados se presentan sistemáticamente según el sexo, la clase social y la situación laboral.

Tabaquismo

En 1997, entre la población de 25 a 64 años, la prevalencia de tabaquismo en los hombres casi duplicaba la de las mujeres (el 50 frente al 29%). El patrón de clase era diferente según el género. Si en las mujeres la prevalencia de este hábito era superior entre las de clases más privilegiadas (el 39% en la clase I y el 25% en la IV), en los hombres sucedía lo contrario: el hábito de fumar era más frecuente entre los de clases menos favorecidas (el 42% en la clase I y el 54% en la IV).

López et al¹² describieron la epidemia de tabaquismo en 4 etapas o fases. En la fase I el tabaquismo es excepcional, y consumen más los hombres de las clases sociales más privilegiadas. En la fase II el consumo de tabaco es más prevalente, sobre todo en los hombres de clases I y II, y las mujeres de clases privilegiadas empiezan a fumar. En la fase III la prevalencia en los hombres empieza a reducirse, sobre todo en los de mayor nivel socioeconómico, mientras que las mu-

PARTE I. LA SALUD Y EL SISTEMA SANITARIO DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO Y CLASE SOCIAL
Capítulo 2. La salud de la población

Tabla 1. Estilos de vida y salud percibida según el sexo y el grupo de edad en la población de 25-64 años (%) (España, 1997)

	Mujeres					Hombres				
	25-34 (n = 619)	35-44 (n = 515)	45-54 (n = 446)	55-64 (n = 477)	Total (n = 2.057)	25-34 (n = 615)	35-44 (n = 522)	45-54 (n = 415)	55-64 (n = 435)	Total (n = 1.987)
Estilos de vida										
Consumo diario de tabaco	50,2	35,3	17,9	5,7	29,2	53,4	57,7	48,9	34,3	49,4
Consumo de alcohol en las últimas 2 semanas	46,4	43,7	37,5	29,2	39,8	78,3	78,5	72,9	64,8	74,3
Sentado la mayor parte de la jornada habitual	23,6	18,1	12,6	16,4	18,2	31,6	30,8	34,9	34,3	32,7
Sedentario en el tiempo libre	48,5	48,7	53,4	52,5	50,5	36,3	47,0	49,6	44,6	43,7
Sobrepeso	22,2	32,2	61,9	66,6	42,6	46,7	59,8	66,8	72,2	59,9
Bajo peso	16,1	7,1	3,6	1,4	8,0	2,4	1,6	1,3	1,4	1,7
Estado de salud										
Mal estado de salud percibido	18,7	23,3	38,6	54,2	32,4	14,5	21,1	31,3	42,5	25,9
Restricción de la actividad durante 12 meses	14,0	14,4	18,7	27,3	18,2	12,5	17,3	16,4	27,9	18,0
Hipertensión arterial	1,3	3,9	17,8	35,9	12,8	0,9	4,8	13,1	29,8	9,9
Hipercolesterolemia	1,7	2,8	15,8	26,0	9,6	1,9	7,5	15,0	25,8	10,4
Diabetes mellitus	0,4	2,1	6,2	20,1	5,7	0,4	1,7	6,1	14,8	4,2
Asma o bronquitis crónica	2,6	2,1	4,3	12,5	4,5	1,9	2,1	5,8	16,5	5,1
Enfermedad del corazón	0,9	1,4	3,7	14,8	4,1	0,6	1,4	3,1	18,2	6
Úlcera de estómago	1,1	2,8	2,4	7,3	2,9	2,6	4,4	7,9	16,5	6,4
Alergia	9,1	10,1	12,2	15,8	11,1	7,8	5,4	6,1	8,8	6,9
Al menos un accidente el último año	7,4	4,6	6,6	8,3	6,7	10,7	7,5	7,4	4,5	7,8

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid, 1999 (elaboración propia).

Tabla 2. Estilos de vida y salud percibida según el sexo y la clase social en la población de 25-64 años (%) (España, 1997)

	Mujeres				Hombres			
	I (n = 396)	II (n = 439)	III (n = 607)	IV (n = 547)	I (n = 388)	II (n = 431)	III (n = 581)	IV (n = 525)
Estilos de vida								
Consumo diario de tabaco	38,7	30,9	27,5	25,3	42,3	44,6	53,0	54,3
Consumo de alcohol en las últimas 2 semanas	53,5	45,0	35,1	33,0	80,0	73,4	72,5	72,8
Sentado la mayor parte de la jornada habitual	28,6	28,1	10,5	9,3	51,2	42,8	24,5	17,9
Tiempo libre sedentario	37,9	48,0	49,1	63,0	35,4	36,4	47,3	52,9
Sobrepeso	24,5	33,6	51,7	50,7	54,6	61,8	59,8	63,3
Bajo peso	11,8	10,5	5,1	7,6	1,7	1,5	2,1	1,3
Estado de salud								
Mal estado de salud percibido	22,0	26,5	35,8	38,3	15,5	23,5	27,7	34,5
Restricción de la actividad durante 12 meses	15,0	15,0	20,2	19,7	12,6	15,9	19,9	21,8
Hipertensión arterial	6,2	9,2	12,5	17,1	9,8	10,4	9,4	10,9
Hipercolesterolemia	5,3	8,7	10,5	9,3	11,6	7,5	11,2	10,9
Diabetes mellitus	1,9	3,4	6,7	7,1	2,3	4,5	4,4	5,6
Asma o bronquitis crónica	4,1	3,4	5,1	3,9	3,8	2,6	4,9	9,2
Enfermedad del corazón	3,5	2,8	4,2	3,9	5,3	3,9	4,2	3,7
Úlcera de estómago	2,3	2,5	3,1	3,4	4,7	4,9	7,1	8,6
Alergia	10,1	12,7	10,7	10,2	6,2	7,3	7,3	6,5
Al menos un accidente el último año	5,2	6,4	5,6	9,1	8,4	8,0	8,5	6,1

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid, 1999 (elaboración propia).