

Desigualdades de género en salud. Un análisis descriptivo de la salud de los españoles y las españolas

DÉBORA ÁLVAREZ-DEL ARCO*

RESUMEN

El objetivo de este artículo es analizar las diferencias de género en salud desde la aproximación de las desigualdades sociales en salud, utilizando los datos de la *Encuesta de Salud Europea 2014 (ESEE-2014)*. La evidencia empírica muestra peores condiciones de salud en las mujeres en comparación con los hombres en todos los indicadores analizados. Además, se observan diferencias de género en los determinantes de la salud relacionados con el estilo de vida. En definitiva, las políticas sociales y sanitarias deberían tener en cuenta que la morbilidad y el comportamiento con respecto a los determinantes de salud son distintos en hombres y mujeres para poder reducir estas desigualdades.

1. INTRODUCCIÓN

La salud de hombres y mujeres es distinta. Indicadores como la percepción de la propia salud, la morbilidad, la mortalidad, la búsqueda y acceso a los recursos de salud y las vulnerabilidades a las enfermedades muestran escenarios distintos para hombres y mujeres (World Health

* Departamento de Sociología IV (Métodos de la Investigación y Teoría de la Comunicación), Universidad Complutense de Madrid y Agencia de comunicación científica La Doctora Álvarez (debora@ladoctoraalvarez.com).

Organization, 2010b). La salud de las personas está determinada por factores biológicos, que predisponen genéticamente a determinados problemas de salud y enfermedades (Artazcoz, 2002), y por elementos sociales, que determinan la exposición a riesgos y, también, la vulnerabilidad social e individual a la enfermedad de las personas (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Desde esta dicotomía, en este artículo se desarrolla una exposición conceptual y teórica de los determinantes sociales y de las desigualdades en salud desde un enfoque de género. Para ello, se realiza una descripción de los términos “sexo” y “género” y se analizan las implicaciones de ambos sobre la salud de hombres y mujeres. Para completar el análisis, se estudian los principales problemas de salud de hombres y mujeres en España, utilizando para ello los datos disponibles más recientes a nivel nacional: la *Encuesta Europea de Salud en España de 2014* (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

2. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD Y LAS DESIGUALDADES EN SALUD

Los determinantes sociales de la salud son, según la Organización Mundial de la Salud

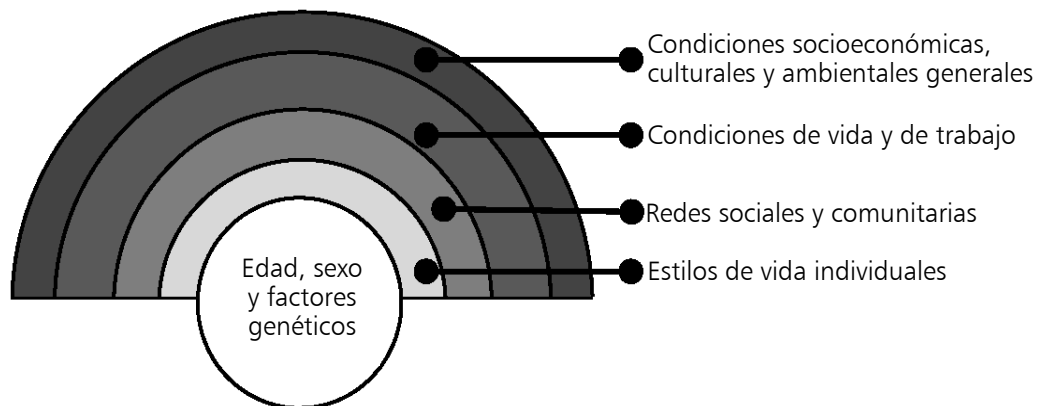
(OMS), “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas” (Organización Mundial de la Salud, 2018). La Comisión de Determinantes de Salud de la OMS considera que la distribución desigual del poder y las rentas a nivel nacional e internacional derivan en grandes desigualdades sanitarias y en gradientes de salud dentro de los países (World Health Organization, 2009). Este enfoque se materializa en que las personas sufran condiciones desiguales de salud, ya que se enfrentan a un desigual acceso a los servicios de salud y a la educación y, además, sus condiciones laborales y de habitabilidad son diferentes.

Las condiciones estructurales y de vida en su conjunto constituyen estos determinantes sociales de la salud, que se configuran en modelos que sirven para conceptualizar la interacción entre los distintos niveles de factores que tienen un impacto relevante en la salud de las personas. El modelo clásico de Dalghren

y Whitehead (Dahlgren y Whitehead, 1991) parte de esta consideración de que los principales determinantes de salud se distribuyen en capas o niveles (diagrama 1). El primer nivel está conformado por las características individuales constitucionales, como el sexo, la edad y los factores genéticos. El segundo nivel se constituye a través del estilo de vida individual y los hábitos que se asocian a este, como la alimentación, el consumo de alcohol y de tabaco o la realización de actividades deportivas. El tercer nivel del diagrama se compone de las redes sociales que se materializan en el apoyo de la familia, los amigos y la comunidad y de las instituciones sociales comunitarias como el vecindario o las instituciones locales. El cuarto nivel hace referencia a los determinantes ambientales que impactan en las condiciones de vida y de trabajo de las personas: la educación, el ambiente laboral, desempleo, agua y saneamiento, el sistema de salud, la vivienda, y la agricultura y los sistemas de producción de alimentos. La última capa se relaciona con los determinantes de la estructura macrosocial: las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, es decir, el ambiente estructural general.

DIAGRAMA 1

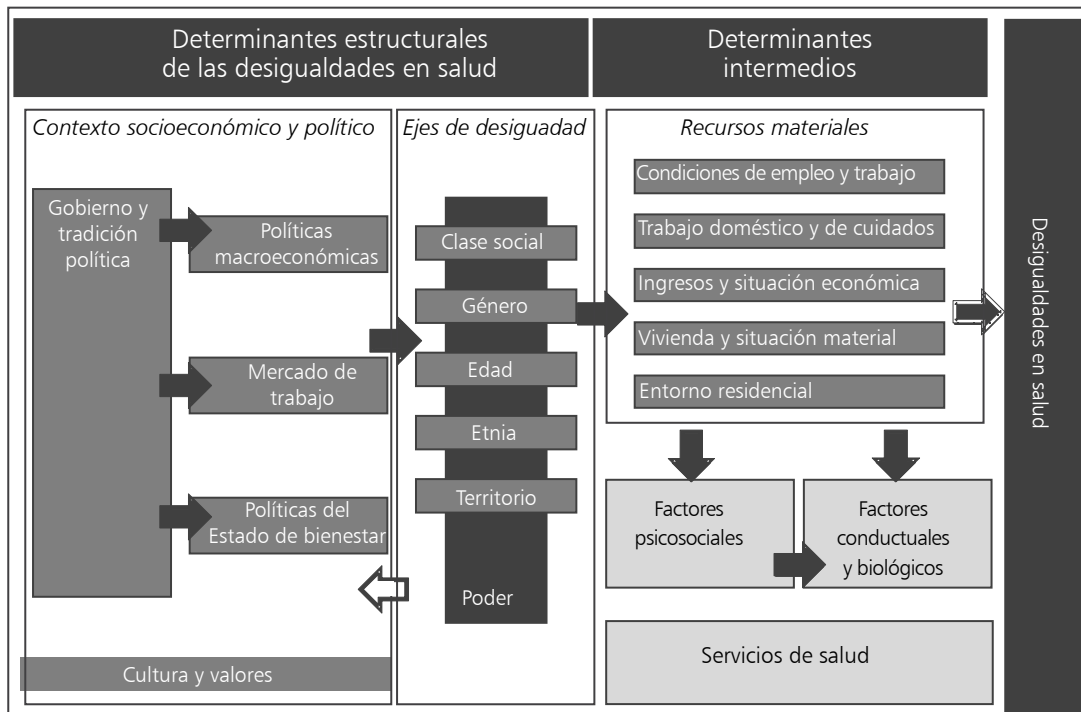
DIAGRAMA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Fuente: Elaboración propia a partir de Dalghren y Whitehead, 1991.

GRÁFICO 1

DIAGRAMA DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD



Fuente: Elaboración propia a partir de Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

Los determinantes de la salud pueden ser factores predisponentes, como los factores biológicos, factores precipitantes, como la aparición de acontecimientos estresantes, factores perpetuadores, como la perpetuación de una situación estresante y factores protectores, como las redes sociales de apoyo, por ejemplo.

En España, en octubre de 2008 la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior puso en marcha la Comisión Nacional para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2010). Esta comisión adoptó un modelo de determinantes sociales de la salud basado en el modelo de la OMS (Navarro, 2004; Solar e Irwin, 2007) que explica las desigualdades en salud en base, por un lado, a los determinantes estructurales —el contexto socioeconómico y político y los distintos ejes de desigualdad que determinan la estructura social— y, por el otro, a los deter-

minantes intermedios —recursos materiales que condicionan los procesos psicossociales, el acceso y utilización de servicios sanitarios y los factores conductuales (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012).

3. LAS DESIGUALDADES EN SALUD, EL SEXO Y EL GÉNERO

La evidencia empírica disponible hasta el momento muestra que la salud de hombres y mujeres es distinta. Estas diferencias tienen su origen en el hecho de que hombres y mujeres son biológicamente distintos (Artazcoz, 2002) y, también, en que tienen comportamientos diferentes con respecto a su salud (Regitz-Zagrosek, 2012).

La OMS define “desigualdades en salud” como las “las diferencias de salud evitables o remediables entre los grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente” (World Health Organization, 2010a). El enfoque de género en salud se aproxima a las desigualdades en la salud de hombres y mujeres desde esta perspectiva: las diferencias se derivan no solo de cuestiones biológicas, sino también de la distinta posición en la estructura social de hombres y mujeres, que deriva en vulnerabilidades de salud diferenciales.

El análisis de las diferencias biológicas y sociales se realiza a través de dos conceptos distintos: el sexo y el género como determinantes de la salud de las personas. El sexo designa una cualidad biológica de las personas e implica mecanismos biológicos. La Real Academia Española lo define como la “condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas”.

Por su parte, el género es un constructo social que responde a las características y rasgos socioculturalmente considerados apropiados para los hombres y las mujeres. Nancy Krieger, epidemióloga social de la Universidad de Harvard, lo define como “un concepto social relativo a las convenciones, roles y comportamientos ligados a la cultura que se asignan a hombres y mujeres, niños y niñas, así como las relaciones recíprocas entre éstos. Los roles de género presentan una amplia gama de variaciones y tanto las relaciones de género como las expresiones biológicas de género varían dentro de cada sociedad y entre las distintas sociedades, por lo común en relación con las divisiones sociales apoyadas en las premisas del poder y la autoridad (por ejemplo, clase social, raza/grupo étnico, nacionalidad, religión)” (Krieger, 2001).

El primer auge de los estudios feministas se produjo en los años setenta del siglo XX y su objetivo era analizar la persistencia de las desigualdades sociales entre hombres y mujeres. Esta corriente de pensamiento originó la generalización en el ámbito anglosajón del término *gender* (género). El surgimiento de este concepto es clave también para entender el paso desde la atribución al determinismo biológico de las desigualdades entre hombres y mujeres a una nueva aproximación basada en la “socialización de género”.

El determinismo biológico considera que las diferencias sociales entre hombres y mujeres se deben a factores biológicos relacionados con los genes y con las características biológicas de unos y de otras (Lewontin, 1980). Sin embargo, la socialización de género se aproxima a esas diferencias descartando que estén exclusivamente determinadas de forma genética y considerando que son consecuencia de elementos socioculturales y económicos. Es decir, desde esta perspectiva se considera que las diferencias son originadas y reproducidas socialmente, por lo que son susceptibles de ser eliminadas. Según esta última aproximación, los roles que desempeñan mujeres y hombres y que reproducen las desigualdades entre ambos están basados en patrones educativos y son, por tanto, evitables y solventables.

Los modelos de género de las sociedades se traducen en asimetrías en el reparto de poder y derivan en desigualdades entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos materiales o intangibles (por ejemplo, la educación) y en desigualdades en las oportunidades, los roles que asumen y las relaciones que establecen. El sistema de género condiciona las normas sociales y modela la identidad de las personas y su auto-percepción. Todo ello tiene importantes implicaciones en la exposición a riesgos para la salud, ya que el acceso a la información es diferencial y conlleva que hombres y mujeres no tengan las mismas posibilidades de proteger su salud y su bienestar. De hecho, las diferencias en términos de salud entre hombres y mujeres no solo se traducen en la manifestación, la severidad y las consecuencias de la enfermedad, sino que también pueden limitar su acceso a los recursos, a la información sobre salud y a los servicios sanitarios (World Health Organization, 2010b y 2003).

En resumen, el sexo biológico y el género construido socialmente interactúan y producen exposiciones de riesgo, vulnerabilidades, comportamientos y resultados en salud distintos en hombres y mujeres (Vlassoff, 2007).

4. LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE HOMBRES Y MUJERES EN ESPAÑA

En este artículo se repasan los principales problemas de salud de hombres y mujeres en

nuestro país. Para ello, se ha realizado un análisis de los datos más recientes a nivel nacional: los de la *Encuesta Europea de Salud en España de 2014 (EESE-2014)*, cuyo objetivo es proporcionar información armonizada sobre morbilidad percibida, utilización de servicios sanitarios, determinantes de salud y actividades preventivas (Instituto Nacional de Estadística, 2014). Se trata de un estudio transversal que se realiza con una periodicidad quinquenal y de ámbito europeo. En él se desarrolla una entrevista personal asistida por ordenador a personas de 15 y más años que residen en viviendas familiares en todo el territorio nacional. El estudio cuenta con dos cuestionarios, uno de adultos y otro de hogares. Para el análisis que se presenta en este artículo se han utilizado los datos del cuestionario de adultos de la muestra realizada en España¹.

4.1. Descripción de las características sociodemográficas de la muestra

El cuadro 1 recoge las características de los participantes en la *EESE-2014*². De forma global, se observa que en la muestra hay una proporción ligeramente superior de mujeres de 65 años y más (23 por ciento) que de hombres (19 por ciento). Por otro lado, los hombres conviven más en pareja (64 por ciento) que las mujeres (57 por ciento), mientras que entre ellas, existe una proporción más elevada de viudas (12 por ciento) que entre ellos (3 por ciento). Con respecto al nivel de estudios, un porcentaje mayor de mujeres que de hombres se encuentra en niveles educativos de educación primaria o menos (33 por ciento vs. 28 por ciento) y de educación universitaria (20 por ciento vs. 17 por ciento).

¹ Para la recogida de información se realizó un muestreo trietápico con estratificación de las unidades de primera etapa (sección censal), en el que se entrevistaron aproximadamente 23.000 viviendas distribuidas en 2.500 secciones censales. En el estudio participaron 22.842 adultos. Los datos han sido ponderados para ser representativos a nivel nacional y autonómico.

² Para las distintas variables que se describen a continuación, se han calculado los porcentajes para hombres y mujeres. Para analizar las diferencias estadísticamente significativas, se ha calculado una diferencia de proporciones y sus correspondientes intervalos de confianza al 95,5 por ciento. Adicionalmente, con el objeto de medir la intensidad de la relación entre las variables cualitativas, se ha calculado el coeficiente V de Cramer (datos no mostrados).

CUADRO 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES EN LA EESE-2014 (EN PORCENTAJE)

	Mujer	Hombre
Base: muestra total	n=12.294	n=10.548
Edad		
Hasta 29 años	17,7	19,0
Entre 30 y 64 años	59,1	62,2
65 años y más	23,3	18,8
Convivencia		
Conviviendo en pareja	56,9	63,8
No conviviendo en pareja	42,6	35,8
No sabe/No contesta	0,5	0,3
Estado civil		
Soltero/a	26,7	32,9
Casado/a	55,1	61,0
Viudo/a	12,1	2,5
Separado/divorciado	6,0	3,6
Nivel de estudios		
Educación primaria o menos	33,0	28,0
Educación secundaria	47,0	54,7
Educación universitaria	20,0	17,2

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la *EESE-2014*.

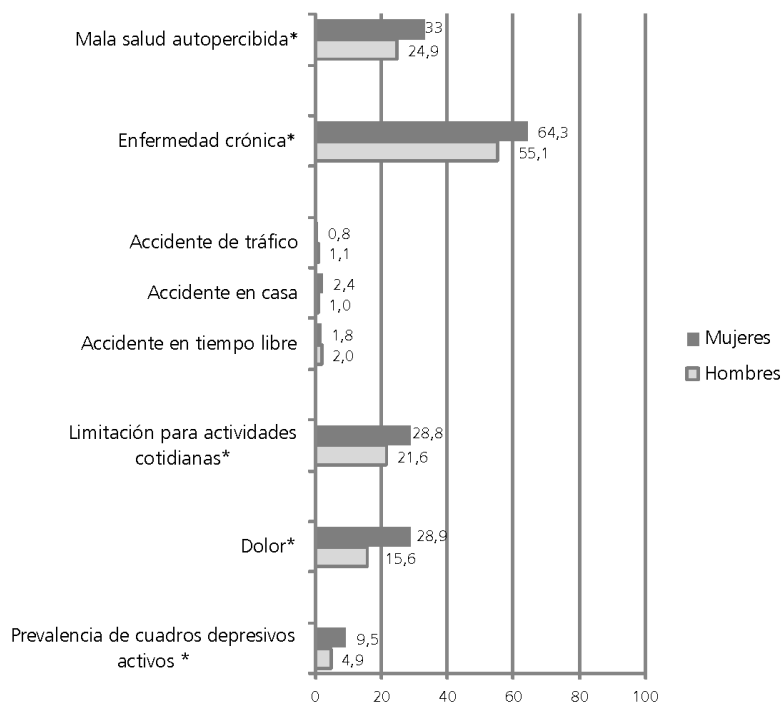
4.2. Descripción de los problemas de salud más frecuentes

Para la descripción de los problemas de salud más frecuentes en hombres y en mujeres se han analizado fenómenos que hacen referencia a tres esferas de la salud: el estado de salud, el dolor y la limitación de actividad y la accidentalidad. En cuanto al estado de salud, se tiene en cuenta, en primer lugar, la salud autopercebida. Este indicador³, acorde a los criterios de la OMS (de Bruin, 1996), se presenta agrupando en la categoría "mala salud autopercebida" a

³ Pregunta en la *EESE-2014*: "21. En los últimos doce meses, ¿diría que su estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo?".

GRÁFICO 2

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE HOMBRES Y MUJERES, 2014



Nota: (*) Diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EESE-2014.

las personas que declararon considerar su salud como “regular”, “mala” o “muy mala”, de acuerdo al criterio más extendido sobre el tratamiento de esta variable (Croezen, Burdof y van Lenthe, 2016). En segundo lugar, se considera el porcentaje de personas con enfermedad crónica. Se trata de una variable autodeclarada sobre los problemas de salud crónicos de duración de 6 meses o más⁴. Por último, se tiene en cuenta el padecimiento de enfermedades mentales. El Instituto Nacional de Estadística ha elaborado la variable sobre prevalencia de cuadros depresivos activos en las últimas dos semanas según el *Patient Health Questionnaire* (PHQ-8) (Kroenke et al., 2008) incluido en el cuestionario⁵. Para

⁴ Pregunta en la EESE-2014: “22. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos o de larga duración? (Entendemos por larga duración si el problema de salud o enfermedad ha durado o se espera que dure 6 meses o más).”

⁵ Pregunta en la EESE-2014: “47. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas?” Batería de preguntas del PHQ-8.

este estudio se han considerado de forma conjunta “cuadro depresivo mayor” y “otros cuadros depresivos” como “mala salud mental”.

Respecto al dolor y limitación de la actividad, se considera el porcentaje de personas que declaran sensación de dolor⁶ (agrupando las categorías de “moderado”, “severo” y “extremo”). Además, se analiza la presencia de limitaciones para actividades cotidianas, considerando como tales a las personas “gravemente limitados/as” y “limitados/as pero no gravemente”. La última de las esferas de análisis sobre la salud es la accidentalidad. Se tienen en cuenta los accidentes en tiempo libre, los accidentes en casa y los accidentes de tráfico.

Los resultados del análisis de los principales problemas de salud y enfermedades se recogen en el gráfico 2. A la luz de la evidencia

⁶ Pregunta en la EESE-2014: “P45. Durante las 4 últimas semanas, ¿qué grado de dolor ha padecido? Se ha agrupado”.

disponible se puede afirmar que, de forma global, la morbilidad es mayor entre las mujeres en cualquiera de los problemas de salud analizados, salvo en lo relativo a la accidentalidad, aspecto en el que no se observan diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres.

De hecho, las mujeres declaran en mayor medida que los hombres tener una mala salud (33 por ciento de ellas lo hacen frente al 25 por ciento de los hombres). También la prevalencia autodeclarada de enfermedades crónicas o de dolencias de más de 12 meses de evolución es significativamente más frecuente entre las mujeres: casi dos tercios de ellas dice sufrir alguna enfermedad de este tipo (64 por ciento), frente a algo más de la mitad de los hombres (55 por ciento).

Con respecto a la accidentalidad, se presentan los datos en función del ámbito en el que se produce el accidente. Mientras que hombres y mujeres presentan cotas similares de accidentes de tráfico (1 por ciento vs. 0,8 por ciento) y durante el tiempo libre (2 por ciento), las mujeres sufren el doble de accidentes en casa (2 por ciento) que los hombres (1 por ciento), aunque las diferencias no son estadísticamente significativas para ninguna de las variables de accidentalidad analizadas.

Uno de los aspectos más relevantes a la hora de valorar el estado de salud de las personas está relacionado con la limitación de las actividades cotidianas a causa de dolencias o enfermedades y también con el dolor físico que sienten las personas. El 29 por ciento de las mujeres declararon tener una limitación importante para la realización de las actividades cotidianas, frente al 22 por ciento de los hombres. Si comparamos la diferencia entre hombres y mujeres con respecto a sufrir dolor físico, las diferencias se acentúan y son significativas: el 29 por ciento de las mujeres manifestaron sentir un grado de dolor relevante, frente al 16 por ciento de los hombres.

Por último, es relevante también analizar la prevalencia de enfermedad mental. De nuevo, la prevalencia de sintomatología característica de problemas de salud mental está significativamente más extendida entre las mujeres (10 por ciento) que entre los hombres (5 por ciento).

4.3. Las dolencias crónicas diagnosticadas más extendidas entre hombres y mujeres

En esta sección se analiza la presencia de las principales enfermedades o problemas de salud diagnosticados por un médico⁷. La distribución por sexos de estas patologías se describe en el cuadro 2. De forma global y salvo algunas excepciones, como el caso de la diabetes, las dolencias crónicas son más frecuentes en mujeres que en hombres. Las patologías del sistema muscoesquelético son las más frecuentes, y están más extendidas en mujeres. El dolor de espalda crónico (lumbares) afecta al 21 por ciento de las mujeres y al 14 por ciento de los hombres y las diferencias entre ambos son estadísticamente significativas.

Los problemas de salud cardiovascular también afectan en mayor medida a las mujeres. Sin embargo, el mayor porcentaje de mujeres que declaran tener tensión alta (19 por ciento) y colesterol alto (17 por ciento) no ofrece diferencias significativas con respecto a lo observado en los hombres. Las varices en las piernas (15 por ciento), en cambio, se observan en proporciones significativamente más elevadas en las mujeres que en los hombres (4 por ciento).

Lo mismo ocurre con una patología reumática como la artrosis, cuya prevalencia entre mujeres (22 por ciento) dobla a la de los hombres (11 por ciento); y en lo que respecta a una patología neurológica bastante extendida, como es la migraña o el dolor de cabeza fuerte, que afecta significativamente más a las mujeres (12 por ciento) que a los hombres (4 por ciento).

Los problemas de salud mental son diagnosticados por el médico con una frecuencia significativamente más elevada en mujeres: el 10 por ciento indica tener depresión o ansiedad, mientras que estas patologías son reportadas por solo el 4 por ciento de los hombres.

Por último, la alergia afecta al 15 por ciento de las mujeres y al 11 por ciento de los hombres. Tal y como se señalaba al principio,

⁷ Pregunta en la EESE-2014: "25. A continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. ¿Le ha dicho el médico que padece alguna de ellas?"

CUADRO 2

PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DIAGNOSTICADOS POR UN MÉDICO (EN PORCENTAJE)

	Mujer	Hombre
Base: muestra total	n=12.294	n=10.548
Patologías del sistema musculoesquelético		
Dolor de espalda crónico (lumbar)*	20,7	13,7
Dolor de espalda crónico (cervical)*	19,8	9,3
Salud cardiovascular		
Tensión alta	18,8	17,9
Colesterol alto	17,2	15,6
Varices en las piernas*	14,2	4,2
Patologías reumáticas		
Artrosis*	22	10,3
Patologías neurológicas		
Migraña o dolor de cabeza frecuente*	12	4,4
Salud mental		
Depresión*	9,7	3,9
Ansiedad crónica*	9,6	4
Otras		
Alergia crónica*	15,4	11,2
Diabetes	6,4	7,2

Nota: (*) Diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EESE-2014.

la diabetes es la única de entre las principales patologías crónicas que sufren los españoles que afecta algo más a los hombres (7 por ciento) que a las mujeres (6 por ciento), sin observarse, sin embargo, diferencias estadísticamente relevantes entre los sexos.

4.4. Los determinantes de la salud: el estilo de vida, apoyo social y las cargas del cuidado

La EESE-2014 también recoge información sobre algunos determinantes de salud. Se dispone de información acerca del índice de

masa corporal, que informa acerca de la desviación de la población con respecto al normopeso. Se calcula mediante la división del peso de la persona (en kilogramos) entre el cuadrado de la estatura (en metros)⁸. La OMS categoriza los resultados de esta operación según el siguiente criterio (WHO Consultation on Obesity Geneva, Switzerland, 2000): “peso insuficiente” ($IMC < 18,5 \text{ kg/m}^2$); normopeso” ($18,5 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 25 \text{ kg/m}^2$); “sobrepeso” ($25 \text{ kg/m}^2 \leq IMC < 30 \text{ kg/m}^2$) y “obesidad” ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Para este estudio, se muestran agrupados los valores de “sobrepeso” y “obesidad”. Además, el cuestionario también ahonda en otros aspectos relacionados con el estilo de vida de la persona que tienen un impacto relevante en la salud: el hábito tabáquico⁹ (se ha considerado “fumador” a las personas que consumen tabaco de forma diaria u ocasional); el consumo de alcohol¹⁰ (porcentaje de personas que realizan un consumo intensivo de alcohol al menos una vez a la semana); los hábitos alimentarios¹¹ (se considera como bajo consumo a las personas que no consumen a diario frutas y verduras, tal y como recomienda la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2015)) y la práctica de ejercicio físico¹² (a partir de la variable sedentarismo elaborada por el INE).

Además, la EESE-2014 analiza también uno de los determinantes sociales de la salud incluidos en los modelos presentados anteriormente, el apoyo social. Esta dimensión se recoge en la EESE-2014 a través de tres variables¹³. En

⁸ En la EESE-2014 se ha calculado mediante las preguntas siguientes “109. ¿Podría decirme cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?” y “110. ¿Y cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa?”.

⁹ Pregunta en la EESE-2014: “121. ¿Podría decirme si fuma?”.

¹⁰ Pregunta en la EESE-2014: “129.a Durante los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha tomado 5 (si es mujer) 6 (si es hombre) o más bebidas estándar en una misma ocasión? (Por “ocasión” entendemos tomar las bebidas en un intervalo aproximado de cuatro a seis horas)”. Al entrevistado se le mostraba una tarjeta con la equivalencia de “bebidas estándar”.

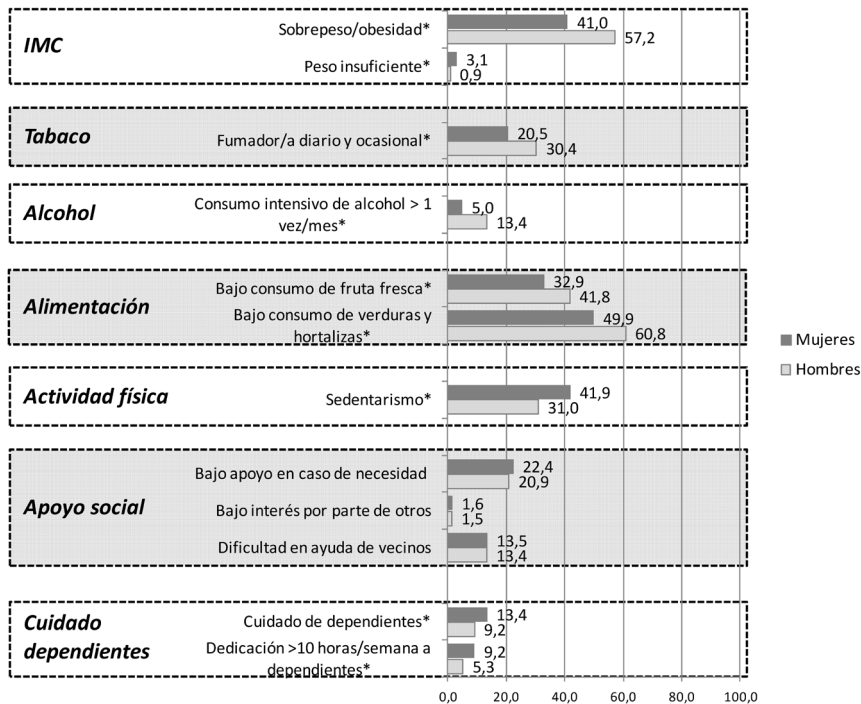
¹¹ Pregunta en la EESE-2014: “P.120. “Le voy a hacer unas preguntas sobre alimentación. ¿Con qué frecuencia consume los siguientes alimentos?”.

¹² Pregunta en la EESE-2014: “112. ¿Cuál de estas posibilidades describe mejor la frecuencia con la que realiza alguna actividad física en su tiempo libre?”.

¹³ Preguntas en la EESE-2014: “130. En caso de tener un problema personal grave de cualquier tipo, ¿con cuántas personas cercanas a usted podría contar?” “131. ¿En qué medida se interesan otras personas por lo que a usted le pasa?” “132. ¿En qué medida le resultaría fácil obtener ayuda de los vecinos en caso de necesidad?”.

GRÁFICO 3

DETERMINANTES DE LA SALUD



Nota: (*) Diferencias estadísticamente significativas.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la EESE-2014.

primer lugar, el número de personas con las que contaría en caso de necesidad. Se considera “bajo apoyo” a las categorías “ninguna” y “1 ó 2 personas”. En segundo lugar, se tiene en cuenta el nivel de interés de otras personas por lo que le pasa. Se ha agrupado como “bajo interés de otras personas por lo que le pasa” a las personas que respondieron “poco” y “nada”. Por último, se incluye la información sobre la facilidad para obtener ayuda de vecinos en caso de necesidad. Se agrupan en una única categoría las respuestas de “difícil” y “muy difícil”.

Por último, se incluye información acerca de la carga de cuidados informales a personas dependientes¹⁴ a través de dos indicadores: el desempeño de esta actividad desvinculada del

¹⁴ Pregunta en la EESE-2014: “133. ¿Cuida, al menos una vez a la semana, de alguna persona mayor o de alguien que tenga una dolencia crónica? No lo considere si forma parte de su trabajo” y “135. En total, ¿cuántas horas a la semana dedica al cuidado de esta/s persona/s?”.

ámbito laboral (porcentaje de personas que cuidan de personas mayores o personas con dolencias crónicas) y el número de horas semanales empleadas para el desarrollo de esta tarea (agrupando a las personas que dedican más de 10 horas semanales al cuidado de dependientes). En el gráfico 3 se incluyen los determinantes de salud analizados por la EESE-2014.

El IMC muestra que los hombres presentan porcentajes significativamente más elevados de sobrepeso (57 por ciento) que las mujeres (41 por ciento). El 3 por ciento de estas últimas, sin embargo, se encuentran en valores del IMC por debajo del normopeso, siendo esta diferencia estadísticamente significativa con respecto a lo observado en hombres (1 por ciento).

Los elementos que conforman el estilo de vida de las personas que son más determinantes sobre la salud son el consumo de alcohol y tabaco, la alimentación y la actividad física. Los

hombres son en mayor medida que las mujeres fumadores (30 por ciento vs. 21 por ciento) y consumidores intensivos de alcohol (13 por ciento vs. 5 por ciento), y las diferencias son estadísticamente significativas.

Con respecto a la alimentación, dos de cada cinco hombres (42 por ciento) consumen menos fruta fresca y tres de cada cinco (61 por ciento), menos verduras de las recomendadas por la OMS. Estos porcentajes son menores entre las mujeres: una de cada tres no come fruta diariamente (33 por ciento) y la mitad (50 por ciento) no ingiere verduras con la asiduidad recomendada. Por otra parte, el indicador de actividad física en el tiempo libre muestra que el sedentarismo está significativamente más extendido entre las mujeres (42 por ciento) que entre los hombres (31 por ciento).

Las variables relacionadas con el apoyo social subrayan que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres en ninguno de los indicadores analizados. En cambio, se observan diferencias sustantivas con respecto al cuidado de personas mayores o personas con dolencias crónicas, que es una tarea más asumida por las mujeres (14 por ciento) que por los hombres (9 por ciento). De hecho, el 9 por ciento de los participantes en este estudio señalaron que ocupan 10 horas o más al cuidado de dependientes, frente al 5 por ciento de los hombres.

5. CONCLUSIONES

Los datos del estudio *EESE-2014* señalan peores condiciones de salud en las mujeres que en los hombres y diferencias en los determinantes de la salud recogidos en la encuesta. El análisis de los determinantes de la salud muestra que, de forma general, los hombres tienen un estilo de vida comparativamente menos saludable en lo relacionado con el hábito tabáquico, el consumo de alcohol y la alimentación, mientras que las mujeres soportan en mayor medida el cuidado de mayores dependientes y son más sedentarias.

A pesar de esta diferenciación en los estilos de vida, los indicadores de morbilidad analizados muestran que ellas tienen peor salud en todas las variables. La autopercepción de la salud de las mujeres es peor, declaran tener

dolencias crónicas con mayor frecuencia y, de hecho, presentan porcentajes de diagnóstico médico de estas enfermedades más altas. Las mujeres también sufren en mayor medida limitación física para la realización de las actividades cotidianas y dolor intenso y reportan peor salud mental que los hombres.

En lo relativo a la salud autopercebida, a la luz de la evidencia empírica disponible, las mujeres declaran tener una peor salud. La importancia de este indicador es clave, ya que tal y como han mostrado Idler y Benyamini (1997) se trata de una buena medida tanto de la salud, como de su evolución en el corto plazo. Esta diferencia de género en salud autopercebida se ha puesto de relieve también en un estudio de la OMS desarrollado en 57 países (Hosseinpoor, *et al.*, 2012). En esa investigación se destaca, además, la importancia diferencial de factores como la educación, los ingresos económicos del hogar, la situación laboral, el estado civil y la edad. En él se subraya la necesidad de actuar sobre las estructuras sociales, la discriminación institucional y las normas y roles de género perjudiciales que influyen de manera diferente en la salud de los hombres y las mujeres en función de su edad (Hosseinpoor *et al.*, 2012).

Del mismo modo, los resultados sobre la salud mental derivan en conclusiones análogas: una prevalencia de sintomatología depresiva, medida a través del cuestionario PQH-8 mucho más extendida entre mujeres que entre hombres. Estos resultados son concordantes con un estudio realizado en nuestro país (Matud, Bethencourt e Ibáñez, 2015), que demuestra cómo los roles de género tradicionalmente atribuidos a mujeres y hombres y, en particular, las diferencias en el uso del tiempo que implican tales roles —especialmente a tareas relacionadas con el cuidado por parte de las mujeres— son variables relevantes en las diferencias de género en términos de salud mental.

Por otro lado, la *EESE-2014* recoge algunos determinantes sociales de la salud relacionados con el estilo de vida, el apoyo social y el cuidado de dependientes. Los hombres muestran un estilo de vida, en general, menos saludable que el de las mujeres: su alimentación es peor, fuman más y el consumo intensivo de alcohol es más elevado entre ellos. Las mujeres, por su parte, tienen hábitos más saludables en todos estos indicadores, pero son más sedentarias en comparación con los hombres y sopor-

tan, en mayor medida, las cargas del cuidado de personas mayores dependientes o con enfermedades crónicas. Sin embargo, no se observan diferencias de género con respecto al apoyo social reportado.

En este sentido, los expertos aconsejan el análisis de las diferencias de género en salud teniendo en cuenta la clase social (de García-Calvente, Martí-Boscá y Borrell, 2004). De hecho, los múltiples roles de las mujeres y su variación en función de la posición socioeconómica y de la privación material de la mujer ha resultado ser determinante en la salud (Arcas, Novoa y Artazcoz, 2013). Esta interacción entre género y clase social también tiene implicaciones sobre los estilos de vida. Por ejemplo, los estilos de vida asociados a hábitos tóxicos como el consumo de alcohol y tabaco se han observado con mayor frecuencia en hombres de clase social baja (Robinson y Harris, 2011).

Además, un estudio reciente (Guma, Arpino y Olé-Auro, 2017) ha expuesto que en el análisis de los determinantes sociales de la salud es necesario abordar el impacto de los distintos niveles que se recogen en los modelos descritos anteriormente (Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España, 2012; Dahlgren y Whitehead, 1991). Este artículo muestra la idoneidad de combinar la información sobre el nivel educativo y la estructura del hogar, como representación de características personales y del contexto más cercano. Los investigadores han mostrado que las mujeres con estudios universitarios y que conviven en pareja y con hijos tienen una mejor salud percibida, mientras que entre los hombres con menor nivel educativo, vivir en pareja y con hijos son los factores protectores.

De forma global, la evidencia científica muestra diferencias en términos de salud relacionadas con elementos sociales como los roles de género que se materializan en que las mujeres tengan que asumir, en mayor medida, el cuidado de dependientes. En este sentido, cabe señalar que los determinantes sociales de la salud ayudan a entender los resultados diferenciales en salud derivados de cuestiones sociales y no exclusivamente biológicas y permiten la elaboración de políticas de salud pública orientadas a moldear estas diferencias (Marmot, 2005). En España, desde el ámbito de la salud pública existen iniciativas que señalan la nece-

sidad de desarrollar sistemas de vigilancia de estos determinantes sociales de la salud como si se tratara de cualquier otra exposición de riesgo, y tal y como se hace con las enfermedades infecciosas, por ejemplo (Espelt *et al.*, 2016). El objetivo final de estas aproximaciones es reducir las desigualdades de salud recogiendo información y desarrollando políticas sociales y sanitarias acordes a la realidad de cada sociedad (Benach, 1997).

BIBLIOGRAFÍA

ARCAS, M. M.; NOVOA, A. M., y L. ARTAZCOZ (2013), "Gender inequalities in the association between demands of family and domestic life and health in Spanish workers", *European Journal of Public Health*, 23(5): 883-888.

ARTAZCOZ, L. (2002), "Salud y género", *Documentación Social*, 127: 181-206.

BENACH, J. (1997), "La desigualdad social perjudica seriamente la salud", *Gaceta Sanitaria* 1997, 11: 255-8.

COMISIÓN PARA REDUCIR LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD EN ESPAÑA (2012), "Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España", *Gaceta Sanitaria*, 26(2): 182-189.

CROEZEN, S.; BURDORF, A., y F. J. VAN LENTHE (2016), "Self-perceived health in older Europeans: Does the choice of survey matter?", *European Journal of Public Health*, 26(4): 686-692.

DAHLGREN, G., y M. WHITEHEAD (1991), *Policies and strategies to promote social equity in health. background document to WHO – strategy paper for Europe* (extraído el 15 de abril de 2018 de: http://econpapers.repec.org/paper/hhsifswps/2007_5f014.htm).

DE BRUIN, A.; PICAUVET, H., y A. NOSSIKOV (1996), "Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments", Copenhagen, World Health Organization, Regional Office for Europe.

DE GARCÍA-CALVENTE, M.; MARTÍ-BOSCÁ, J. V., y C. BORRELL (2004), "La salud pública desde la

perspectiva de género y clase social", *Gaceta Sanitaria*, 18(18): 2-6.

EPELT, A.; CONTINENTE, X.; DOMINGO-SALVANYE, A.; DOMÍNGUEZ-BERJÓN, F.; FERNÁNDEZ-VILLAG, T.; MONGE, S.; BORREL, C., y GRUPO DE DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGIA (2016), "La vigilancia de los determinantes sociales de la salud", *Gaceta Sanitaria*, 30(1): 38-44.

GUMA, J.; ARPINO, B., y A. OLÉ-AURO (2017), "Determinantes sociales de la salud de distintos niveles por género: Educación y hogar en España", *Gaceta Sanitaria*, en prensa.

HOSSEINPOOR, A. R.; WILLIAMS, J. S.; AMIN, A.; ARAUJO DE CARVALHO, I.; BEARD, J.; BOERMA, T., y S. CHATTERJI (2012), "Social determinants of self-reported health in women and men: Understanding the role of gender in population health", *PLoS One*, 7(4): e34799.

IDLER, E. L., y Y. BENYAMINI (1997), "Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies", *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1): 21-37.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2014), *Encuesta Europea de Salud 2014*, (extraído el 15 de abril de 2018 de: <http://www.ine.es/dyngs/IOE/es/operacion.htm?numinv=54088>).

KRIEGER, N. (2001), "A glossary for social epidemiology", *Journal of Epidemiology and Community Health* 1979, 55(10).

KROENKE, K.; STRINE, T. W.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. W.; BERRY, J. T., y A. H. MOKDAD (2008), "The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population", *Journal of Affective Disorders*, 114(1): 163-173.

LEWONTIN, R. C. (1980), *Sociobiology: Another biological determinism*, (extraído el 15 de abril de 2018 de: <http://hdl.handle.net/10822/536895>).

MARMOT, M. (2005), "Social determinants of health inequalities", *The Lancet*, 365(9464): 1099-1104.

MATUD, M. P.; BETHENCOURT, J. M., e I. IBÁÑEZ (2015), "Gender differences in psychological distress in Spain", *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6): 560-568.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD (2010), *Estrategia nacional de equidad en salud*, (extraído el 15 de abril de 2018 de: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/EstrategiaNacEquidadSalud.htm>).

NAVARRO, V. (2004), *The political and social contexts of health*, Amityville, Nueva York, Baywood Pub.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2015), *Alimentación sana. Hoja descriptiva* (extraído el 15 de abril de 2018 de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/es/>).

— (2018), *Determinantes sociales de la salud* (extraído el 15 de abril de 2018 de: http://www.who.int/social_determinants/es/).

REGITZ-ZAGROSEK, V. (2012), "Sex and gender differences in health", *EMBO Reports*, 13(7): 596-603.

ROBINSON, S., y H. HARRIS (2011), *Smoking and drinking among adults 2009, South Wales: Data Parliament UK* (extraído el 15 de abril de 2018 de: <http://data.parliament.uk/DepositedPapers/Files/DEP2011-0178/DEP2011-0178.pdf>).

SOLAR, O., y A. IRWIN (2007), *Discussion paper for the world health organization commission on social determinants of health* (extraído el 15 de abril de 2018 de: <http://deslibris.ca/ID/214703>).

VLASOFF, C. (2007), "Gender differences in determinants and consequences of health and illness", *The Journal of Health, Population and Nutrition*, 25(1): 47-61.

WHO CONSULTATION ON OBESITY GENEVA, SWITZERLAND (2000), *Obesity: Preventing and managing the global epidemic* (extraído el 15 de abril de 2018 de: <http://catalog.hathitrust.org/Record/004174440>).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009), *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud; Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud* (extraído el 15 de abril de 2018 de:

[https://ebookcentral.proquest.com/lib/\[SITE_ID\]/detail.action?docID=579108](https://ebookcentral.proquest.com/lib/[SITE_ID]/detail.action?docID=579108)).

– (2010a), *A conceptual framework for action on the social determinants of health* (extraído el 15 de abril de 2018 de: http://www.who.int/sdhconference/resources/Conceptual-frameworkforactiononSDH_eng.pdf).

– (2010b), *Gender women and primary health care renewal: A discussion paper* (extraído el 15 de abril de 2018 de: <http://lib.mylibrary.com?ID=289745>).

– Department of Gender and Women's Health (2003), *Gender analysis in health: A review of selected tools* (extraído el 15 de abril de 2018 de: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42600>).

