

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).

Tabla 3. Estilos de vida y salud percibida según el sexo y la situación laboral en la población de 25-64 años (%) (España, 1997)

	Mujeres					Hombres			
	Ocupada (n = 699)	Jubilada (n = 123)	Parada (n = 247)	Amas de casa (n = 954)	Otras (n = 29)	Ocupado (n = 1.394)	Jubilado (n = 272)	Parado (n = 273)	Otras (n = 40)
Estilos de vida									
Consumo diario de tabaco	39,2	15,4	40,9	20,0	51,7	50,5	36,8	59,0	35,0
Consumo de alcohol en las últimas 2 semanas	48,2	33,3	43,5	33,0	60,7	77,7	58,6	73,1	76,9
Sentado la mayor parte de la jornada habitual	29,3	22,1	16,2	8,9	50,0	29,8	42,4	32,5	4,7
Sedentario en el tiempo libre	51,4	48,8	41,9	52,6	42,9	44,3	45,4	43,4	20
Sobrepeso	31,5	71,3	30,9	51,5	26,9	60,5	74,1	45,3	35,1
Bajo peso	12,6	2,1	10,1	4,5	0,0	1,3	1,6	4,3	0,0
Estado de salud									
Mal estado de salud percibido	23,6	52,0	27,9	37,9	17,2	20,1	54,8	27,9	15,0
Restricción de la actividad durante 12 meses	14,7	31,1	14,6	19,7	27,6	14,0	35,6	22,1	12,5
Hipertensión arterial	5,8	41,5	6,2	16,8	0,0	6,8	33,5	7,5	3,7
Hipercolesterolemia	5,2	32,9	3,4	12,4	8,3	7,7	31,1	10,0	0,0
Diabetes mellitus	1,8	21,4	1,0	8,6		2,8	17,3	3,4	0,0
Asma o bronquitis crónica	2,7	19,1	1,0	5,6	4,3	1,9	24,8	6,2	13,3
Enfermedad del corazón	2,0	21,4	1,0	4,9		1,5	26,8	1,5	3,7
Úlcera de estómago	2,3	6,8	1,5	3,3	4,3	4,8	19,6	7,1	0,0
Alergia	9,3	15,4	13,7	11,5	12,0	5,8	10,2	8,4	0,0
Al menos un accidente el último año	7,0	7,4	5,8	6,5	13,8	8,7	3,0	8,6	5,1

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

jerés, que llevan un retraso de entre 20 y 30 años respecto a los hombres, alcanzan la máxima prevalencia. En la fase IV la prevalencia del hábito se reduce tanto en los hombres como en las mujeres, y en ambos sexos es más elevada en las clases sociales desfavorecidas. Las poblaciones del sur de Europa, incluida España, presentan una disminución de la prevalencia en los hombres y un aumento de la prevalencia en las mujeres, característica de la fase III¹³. En España, el consumo de tabaco en los hombres aumentó hasta alcanzar los niveles más altos, en 1975 (59%). Las mujeres empezaron a incorporar el hábito tabáquico a finales de la década de los sesenta y comienzos de los setenta, y lo hicieron en primer lugar las que tenían estudios universitarios. En la actualidad no existen prácticamente diferencias de género en el patrón de inicio, e incluso se empieza a observar entre los más jóvenes una tendencia a un mayor consumo entre las mujeres¹⁴.

La entrada al mercado laboral ha desempeñado también un papel importante en la incorporación por parte de la mujer de hábitos de consumo antes considerados más habituales en los hombres. Así, independientemente del efecto de la edad y de la clase social, la prevalencia de tabaquismo es significativamente superior en las mujeres ocupadas. En 1997 fumaban el 39% de las mujeres empleadas y el 41% de las paradas, y sólo lo hacía el 20% de las amas de casa.

Consumo de alcohol

La prevalencia de consumo de alcohol en los hombres es prácticamente el doble que en las mujeres (el 74 frente al 40%) y en ambos sexos decrece con la edad. Es también superior en las clases sociales más favorecidas, si bien este patrón es más acentuado en las mujeres. En 1997, la prevalencia de consumo de alcohol en las 2 semanas previas a la entrevista en hombres de clase social I era del 80%, mientras que en los de clase IV era del 73%; los valores correspondientes a las mujeres fueron del 54 y el 33%, respectivamente.

También se observan patrones diferentes de consumo de alcohol según la situación laboral. Tras controlar el análisis por la edad y la clase social, la prevalencia más alta de consumo de alcohol se da en la población ocupada, con diferencias más acentuadas en las mujeres. Así, si el 48% de las mujeres ocupadas afirmaban haber consumido alguna bebida alcohólica en las últimas 2 semanas, entre las amas de casa el porcentaje se reducía al 33%.

Actividad física laboral o habitual y en el tiempo libre

Gran parte de la población ocupada española realiza trabajos sedentarios, que implica que los individuos pasen mucho tiempo sentados. Estar sentado duran-

te la mayor parte de la jornada laboral o habitual es más frecuente en los hombres que en las mujeres (el 33 frente al 18%) y en las personas de clases sociales más privilegiadas. El ejercicio físico durante el trabajo o la actividad habitual se asocia con la situación laboral. Los jubilados son los hombres que con más frecuencia están sentados la mayor parte de la jornada, mientras en las mujeres lo son —sin considerar el grupo heterogéneo de «otras situaciones»— las ocupadas (el 29 frente al 9% en las amas de casa).

El ejercicio físico en el tiempo libre está muy ligado a la clase social y el género, que determinan diferencias culturales en cuanto al valor asignado al ejercicio físico, de disponibilidad de tiempo y de recursos. En 1997, sólo una pequeña proporción de los adultos realizaba ejercicio físico de forma regular en el tiempo libre, más frecuentemente entre los hombres (el 17 frente al 10%) y las clases sociales más favorecidas. Mientras el 24% de los hombres de clase I hacían ejercicio físico de manera regular en el tiempo de ocio, la proporción en los de clase IV era del 8%. Los porcentajes correspondientes en las mujeres eran del 18 y el 10%, respectivamente.

Las diferencias de género en la actividad en el tiempo de ocio pueden explicarse por patrones culturales que fomentan más la actividad deportiva entre los hombres, pero también por las limitaciones de tiempo relacionadas con la doble jornada en las mujeres ocupadas. En un estudio realizado en Cataluña, las trabajadoras con más carga de trabajo doméstico realizaban menos ejercicio en el tiempo de ocio, independientemente de la clase social. En los hombres no se observaba esta asociación¹⁵. Según la ENS-97, en los hombres no existe una relación entre la situación laboral y la actividad en el tiempo de ocio, pero entre las mujeres, las amas de casa son más activas que las empleadas, aunque los resultados bivariados de la tabla 3 no lo ponen de manifiesto por el efecto confusor de la edad y la clase social (datos no expuestos procedentes de modelos de regresión logística ajustados por la edad y la clase social). Este hecho también ha sido documentado en Cataluña¹⁶ y se explica por la falta de tiempo de las mujeres ocupadas de 25 a 64 años, de las que la mayoría sigue siendo responsable de la mayor parte del trabajo doméstico.

Problemas de peso

El 60% de los hombres de 25-64 años padece sobrepeso u obesidad, mientras que en las mujeres la proporción es del 42%. En ambos sexos la prevalencia se incrementa con la edad y al reducirse la clase social, pero el gradiente es mucho más pronunciado entre las mujeres. Así, mientras que entre las mujeres de 25-34 años el 22% tiene exceso de peso, entre las de 55-64

años el porcentaje se triplica y asciende al 67%. Entre las mujeres de clase I, la prevalencia de sobrepeso u obesidad es del 25%, mientras que en las de clases más desfavorecidas se duplica. También existe una relación con la situación laboral, diferente según el sexo. Entre los hombres, los parados son los que tienen sobrepeso con menor frecuencia (el 45 frente al 61% en los ocupados), mientras que entre las mujeres presentan sobrepeso con menor frecuencia las empleadas y las paradas, es decir, la población activa.

El bajo peso es mucho más frecuente en las mujeres (el 8%, frente al 2% en los hombres), sobre todo en las menores de 35 años y las empleadas. Entre las más jóvenes, afectaba al 16% en 1997.

Estado de salud

A continuación se analizan las desigualdades sociales en los siguientes indicadores de salud: estado de salud percibido, limitación crónica de la actividad habitual, trastornos crónicos y accidentes. En las tablas 1-3 se presenta la prevalencia de estos trastornos de salud 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.

Estado de salud percibido

El estado de salud percibido es un indicador amplio de bienestar relacionado con la salud¹⁷ y se ha mostrado como un buen predictor de la morbilidad¹⁸ y de la mortalidad¹⁴, mejor incluso que el diagnóstico médico. Además, es uno de los indicadores más usados en el análisis de las desigualdades en salud⁷.

Como en otros países desarrollados, las mujeres tienen en España un peor estado de salud percibido que los hombres. En el grupo de edad de 25-64 años, el 32% califica su salud como regular, mala o muy mala, mientras que el porcentaje correspondiente a los hombres es del 26%. Además, en ambos sexos se observa un gradiente según la clase social, de forma que el estado de salud es peor cuanto más baja. La prevalencia de mal estado de salud percibido en los hombres de clase I era en 1997 del 17%, y en los de clase IV del 35%. Los porcentajes correspondientes a las mujeres fueron del 22 y el 32%, respectivamente.

Incluso tras ajustar por la edad y la clase social, el mejor estado de salud percibido, en ambos sexos, corresponde a la población ocupada, lo que en gran medida se explica por el sesgo del «trabajador sano». Por el contrario, en ambos sexos los jubilados son el co-

lectivo menos sano, con diferencias más acentuadas en los hombres. Teniendo en cuenta que la población analizada es menor de 65 años, es razonable pensar que gran parte de ellos se encuentran en esta situación por un problema de salud que los incapacita para trabajar.

Resalta también el peor estado de salud de las amas de casa en comparación con las mujeres ocupadas. Además, las diferencias se mantienen después de ajustar el análisis por la edad y la clase social. Muchos estudios, también los realizados en nuestro medio¹⁹, han descrito un peor estado de salud en las amas de casa en comparación con las mujeres ocupadas aunque, paradójicamente, la carga de trabajo de estas últimas, cuando tienen una responsabilidad principal en el hogar, es muy superior a la de las amas de casa. Más aún, se ha demostrado que este hallazgo no se explica simplemente por el sesgo del «trabajador sano»²⁰. Entre los beneficios que aporta a las mujeres el trabajo remunerado, se ha señalado que los diferentes roles podrían actuar como fuentes alternativas de bienestar; el efecto beneficioso del trabajo remunerado proporcionaría independencia económica, una red de relaciones sociales, satisfacción por el propio trabajo y el sentido de control sobre la propia vida.

Limitación crónica de la actividad habitual

La limitación crónica de la actividad habitual es una medida funcional de mala salud que dirige su atención a las consecuencias de la enfermedad, es decir, si ésta ha restringido las actividades diarias o no. Proporciona una percepción sobre el efecto de cualquier enfermedad crónica en la propia vida cotidiana. La limitación crónica de la actividad habitual se incrementa con la edad, pero no se observan diferencias entre hombres y mujeres. Sí se observan, sin embargo, diferencias según la clase social en ambos sexos, con prevalencias más altas en las menos favorecidas, y más acentuadas en los hombres. Como sucedía con el estado de salud percibido, los jubilados son el colectivo con mayor prevalencia de limitación crónica de la actividad, incluso tras ajustar por la edad y la clase social (el 31 frente al 15% entre los hombres ocupados; el 36 frente al 14% entre las mujeres ocupadas).

Trastornos crónicos de salud

No se observan diferencias de género en la prevalencia de hipercolesterolemia, diabetes mellitus, asma o bronquitis crónica, pero la hipertensión arterial y las alergias son significativamente más altas en las mujeres (el 13 frente al 10%, y el 11 frente al 7%, respec-

tivamente), y la úlcera de estómago, estrechamente ligada a estilos de vida insalubres, determinados en gran medida por el rol de género asignado a la masculinidad, lo es en los hombres (el 6 frente al 3%).

Mientras que en los hombres no se observa una asociación consistente entre los trastornos crónicos y la clase social, en las mujeres la prevalencia de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes mellitus aumenta gradualmente a medida que se reduce la clase social, y estas asociaciones se mantienen tras ajustar por la edad y la clase social. Lamentablemente, la ENS-97 no incluye indicadores de salud de alta prevalencia en las mujeres, como los trastornos ansioso-depresivos y osteomusculares.

En ambos sexos los trastornos crónicos son más frecuentes entre los jubilados, lo que refuerza la hipótesis de jubilaciones que vienen determinadas por motivos de salud.

Accidentes

Según la ENS-97, el 7% de las personas de 25-64 años sufrió algún accidente durante el año anterior, sin diferencias de género. Los accidentes de las mujeres se produjeron mayoritariamente en la casa (55%), mientras que los de los hombres ocurrieron en el lugar de trabajo/estudio (37%). Esta distribución obedece a la división sexual del trabajo, que asigna a las mujeres una función protagonista en el ámbito doméstico y a los hombres, en el trabajo remunerado. No se observa un patrón según la clase social.

El impacto de los trabajos sobre la salud

La población de 25-64 años, en plena edad productiva y reproductiva, está expuesta a los riesgos derivados del trabajo. Aunque tradicionalmente la salud laboral se ha centrado en el análisis de la relación entre el trabajo remunerado y la salud, el trabajo doméstico, donde las desigualdades de género se manifiestan de forma evidente, es también un área que merece atención. Más aún, pese a que habitualmente el análisis de los riesgos derivados del trabajo remunerado se ha centrado en los accidentes de trabajo, el estudio de otros riesgos —sobre todo los de naturaleza psicosocial, y del trabajo como determinante social del estado de salud en un contexto de terciarización de la economía— cobra cada vez mayor importancia.

A continuación se analizan las desigualdades de género y clase social en los riesgos laborales derivados del trabajo remunerado y en los accidentes. Además, se describen otros aspectos más novedosos, como la relación entre la precariedad del trabajo y la salud y el

impacto de la combinación de la vida laboral y familiar como determinante de desigualdades sociales en la salud de la población de 25-64 años.

Empleo y riesgos laborales

Como se aprecia en la tabla 4, en general los trabajadores manuales tienen más riesgos laborales. Una de las escasas excepciones es la prolongación de la jornada laboral sin cobrar horas extras, más frecuente en los trabajadores más cualificados, colectivo en el que aproximadamente la tercera parte (sin diferencias de género) afirma prolongar su jornada laboral de forma habitual sin compensación económica alguna.

Tanto los hombres como las mujeres están expuestos a diferentes riesgos: ellos, más a los de naturaleza física, productos tóxicos o derivados de la movilización

de volúmenes pesados; ellas, más a tareas repetitivas o a un entorno psicosocial adverso, especialmente entre las trabajadoras manuales. En comparación con los hombres de su misma clase social, estas últimas están expuestas con más frecuencia a un exceso de trabajo (el 16 frente al 10% en los hombres) o a la prolongación de la jornada laboral sin compensación económica (el 23 frente al 17%).

Independientemente de la clase social, las mujeres tienen menos oportunidades de promoción en la empresa, sobre todo las menos cualificadas (las dos terceras partes no han ascendido nunca desde que trabajan en la empresa), lo que es coherente con la menor proporción de mujeres con subordinados a su cargo (el 31 frente al 51% en trabajadores no manuales, y el 20 frente al 34% en los manuales). Además, destaca la alta proporción entre éstas que afirman que su trabajo no les permite desarrollar sus habilidades (alrededor de la quinta parte).

Tabla 4. Exposición a factores de riesgo laboral según la clase social y el sexo en la población asalariada de 25-64 años (%) (España, 1999)

	No manuales			Manuales		
	Hombres (n = 694)	Mujeres (n = 682)	p	Hombres (n = 1.354)	Mujeres (n = 452)	p
Riesgos físicos						
Temperatura inadecuada en verano	17,4	19,5	NS	38,0	24,2	< 0,0001
Temperatura inadecuada en invierno	15,8	18,0	NS	29,1	16,2	< 0,0001
Grado de humedad inadecuado	15,2	13,8	NS	19,0	9,3	< 0,0001
Ruido	28,1	29,4	0,001	52,3	31,0	< 0,0001
Vibraciones	4,2	2,5	NS	12,2	5,1	< 0,0001
Productos tóxicos	11,4	9,5	NS	24,2	18,0	0,006
Riesgos osteomusculares						
Posturas dolorosas o fatigantes más de media jornada	5,5	7,2	NS	10,0	11,9	NS
Mantener una misma postura más de media jornada	32,6	35,8	NS	24,2	35,6	< 0,0001
Levantar cargas pesadas más de media jornada	2,5	0,9	0,02	7,4	4,4	0,03
Realizar una fuerza importante más de media jornada	1,3	0,7	NS	4,9	2,7	0,04
Realizar movimientos de brazos y manos muy repetitivos más de media jornada	27,7	27,7	NS	34,9	46,7	< 0,0001
Riesgos psicosociales						
Mantener una atención elevada más de media jornada	71,0	64,4	0,009	55,8	43,5	< 0,0001
Mantener un ritmo de trabajo elevado más de media jornada	46,6	40,2	0,02	30,9	29,8	NS
Realizar tareas muy repetitivas más de media jornada	28,0	27,6	NS	32,4	43,5	< 0,0001
Cantidad de trabajo excesiva	21,9	19,5	NS	10,0	16,3	0,02
Prolongación habitual de la jornada laboral sin compensación económica	36,8	30,5	0,01	16,7	23,3	0,02
Malas relaciones con los superiores	8,6	5,1	0,03	8,3	8,3	NS
Malas relaciones con los compañeros	2,9	2,7	NS	2,2	2,1	NS
Imposibilidad de cambiar el orden de las tareas	6,1	8,9	NS	28,6	30,8	NS
Imposibilidad de cambiar el método de trabajo	15,2	21,1	0,005	38,2	41,1	NS
Imposibilidad de cambiar el ritmo de trabajo	15,6	20,5	0,02	33,8	37,0	NS
Imposibilidad de cambiar el orden de las pausas	15,0	17,6	NS	36,4	38,0	NS
Falta de oportunidad de desarrollar las propias habilidades	3,3	5,6	0,04	12,0	23,4	< 0,0001
Ninguna promoción desde que trabaja en la empresa	39,9	51,8	< 0,0001	43,1	65,2	< 0,0001

NS: no significativo. Fuente: IV Encuesta Nacional de Condiciones del Trabajo, 1999 (elaboración propia).

Accidentes laborales

Como consecuencia de la segregación de género del mercado laboral, los accidentes laborales afectan fundamentalmente a los hombres. Además, se dan con mayor frecuencia entre los trabajadores de clases menos favorecidas. Según la ENCT-99, entre los trabajadores no manuales, el 8% de los hombres y el 4% de las mujeres afirmaban haber padecido un accidente laboral durante el año previo a la encuesta; los porcentajes correspondientes en los trabajadores manuales fueron significativamente más altos: un 16 y un 7%, respectivamente.

Las diferencias de género en los accidentes laborales se acentúan al considerar los de mayor gravedad. Según el Anuario de Estadísticas Laborales⁴, en 2001, entre los asalariados mayores de 24 años se produjeron 11.373 accidentes de trabajo graves y 1.330 mortales en jornada laboral, lo que supone una incidencia de 94 por 100.000 para los primeros y de 8 por 100.000 para los segundos*. La mayoría de las personas que sufrieron estos accidentes eran hombres: en el año 2001, sólo el 9% de los accidentes laborales graves y el 2% de los mortales se dieron en mujeres. Estas diferencias de género obedecen a la profunda segregación de género del mercado laboral, con los hombres ocupados con mayor frecuencia en trabajos con más riesgo de accidentes. Así, sólo el 1% de los trabajadores de la construcción son mujeres, mientras ésta es la ocupación de más de un millón de hombres; en el otro extremo, la proporción de mujeres en sectores de bajo riesgo, como la educación o la sanidad, es del 62 y el 73%, respectivamente.

Precariedad laboral y salud

Se ha documentado ampliamente la asociación entre el paro y el mal estado de salud, sobre todo mental, pero se sabe aún poco sobre la posible existencia de desigualdades sociales. Del Llano²¹ observaba, hace aproximadamente una década, la relación del paro con el mal estado de salud, así como la existencia de 2 factores que actuaban como modificadores del efecto: el estrés debido a causas económicas y el apoyo social y familiar. Un estudio basado en datos de la Encuesta de Salud de Cataluña evidenciaba el efecto protector de las prestaciones de desempleo²².

Poco se sabe también sobre la posible existencia de diferencias de género. A pesar de la mayor prevalencia de los trastornos de salud mental en las mujeres, la diferente posición de los hombres y las mujeres

en el mercado de trabajo y las diferencias en los determinantes del estado de salud mental, muchos estudios sobre el impacto del paro en la salud mental sólo analizan la situación de los hombres. Un estudio reciente realizado en la población activa catalana mostraba que el efecto del desempleo depende en gran medida de los roles familiares, de forma diferente según el género y la clase social. Mientras que la repercusión sobre las personas solteras es similar en hombres y mujeres y se asocia a las prestaciones de desempleo, entre los casados el paro tiene menor efecto en las mujeres, es independiente de las prestaciones de desempleo, y el colectivo más afectado es el de los hombres desempleados de clases más desfavorecidas, principales proveedores de los recursos económicos del hogar, que sufren probablemente una mayor tensión por las dificultades económicas.

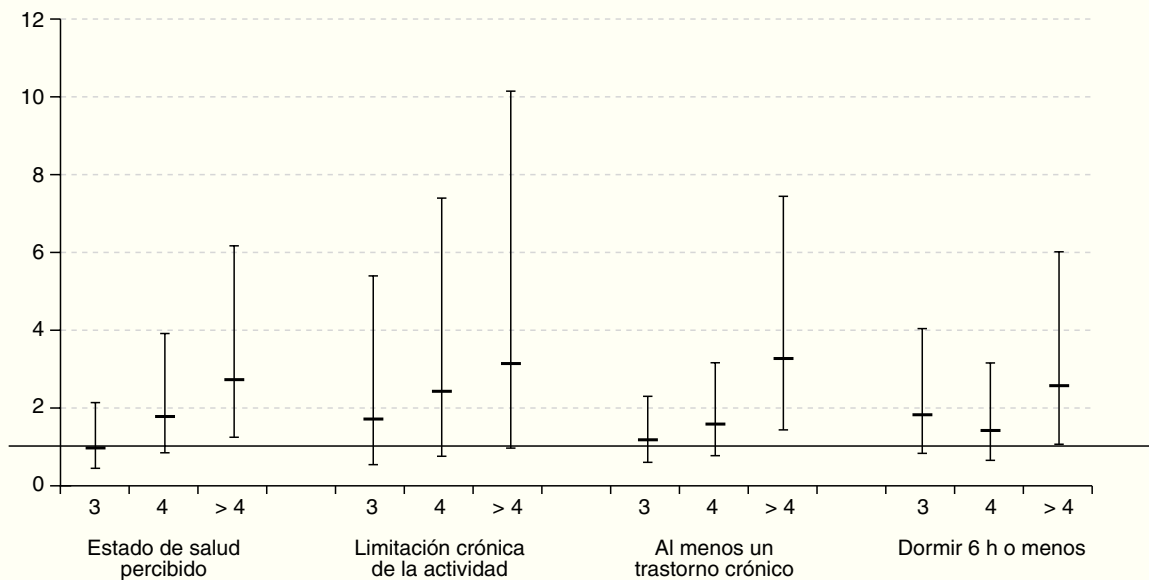
Aunque en nuestro país aproximadamente la tercera parte de las personas empleadas trabajan con contratos temporales, los estudios sobre el efecto de la temporalidad en el estado de salud son muy escasos. Recientemente se documentaba una relación positiva de la contratación temporal y el mal estado de salud mental y la insatisfacción laboral, sobre todo en los hombres trabajadores manuales mayores de 35 años, lo que podría estar asociado con su menor grado de empleabilidad, así como con la mayor importancia relativa del trabajo remunerado en relación con la familia, en comparación con las trabajadoras de características similares²³.

La combinación de la vida laboral y familiar

En España las mujeres ocupadas continúan asumiendo la mayor parte de las responsabilidades familiares. Esta doble jornada en un contexto de escasez de recursos comunitarios para el cuidado de las personas dependientes puede tener efectos negativos sobre la salud de las mujeres ocupadas. Efectivamente, los estudios realizados en población ocupada de 25-64 años, casada o que vive en pareja en Cataluña^{15,24}, País Vasco²⁵ o Navarra²⁶, evidencian el impacto negativo de la doble jornada en diferentes indicadores de salud en las mujeres, pero ninguna asociación en los hombres. Además, en Cataluña, este efecto negativo se observaba sólo entre las trabajadoras manuales pero no en las de clases más favorecidas (fig. 1). Curiosamente, en un estudio comparativo entre las comunidades autónomas (CCAA) de Cataluña, País Vasco y Andalucía, en esta última la carga de trabajo doméstico no se asoció con el estado de salud de las mujeres ocupadas, lo que remarca la importancia de analizar la influencia del contexto sociocultural en los determinantes sociales y en la percepción del estado de salud²⁵.

*El sistema de información de accidentes de trabajo sólo recoge los sucedidos a personas asalariadas.

Figura 1. Asociación entre diferentes indicadores de mal estado de salud y el número de personas en el hogar en trabajadoras manuales de 25-64 años, casadas o que viven en pareja (el valor de referencia es 2 personas) (Catalunya, 1994).



Fuente: Artazcoz et al¹⁵ (a partir de datos de la Encuesta de Salud de Catalunya).

Una de las estrategias más extendidas para poder compaginar la vida laboral y la familiar es el trabajo a tiempo parcial. Sin embargo, no parece que ésta sea una solución a largo plazo para la combinación de la vida laboral y familiar, en tanto que perpetúa las desigualdades de género relacionadas con el trabajo. Además, según datos de la III Encuesta Europea de Condiciones del Trabajo²⁷, el empleo a tiempo parcial se concentra en un pequeño número de ocupaciones que habitualmente suponen un trabajo más monótono, con menos oportunidades para aprender y desarrollar las habilidades y peor pagado, no sólo en términos del sueldo mensual, sino en precio por hora.

Mortalidad

En España también se da la paradoja del peor estado de salud percibido de las mujeres y su mayor longevidad. Las tasas de mortalidad de los hombres son significativamente más altas que las de las mujeres en todos los grupos de edad: las triplican en los grupos de 25-34 y de 55-64 años, y las duplican en los intermedios (tabla 5). Las diferencias de género no son sólo cuantitativas sino también cualitativas. Salvo en el grupo más joven de 25-34 años, en el que las causas de mortalidad son similares para los dos sexos, a partir de esa

edad son diferentes, lo que se explica tanto por diferencias biológicas de sexo como sociales de género.

Las lesiones por accidentes de tráfico son la principal causa de muerte prematura e incapacidad en adultos²⁸. Las tasas son mucho más elevadas en los hombres que en las mujeres, probablemente porque están mucho más expuestos a la conducción, aunque también sería interesante estudiar si el patrón de masculinidad implica un tipo de conducción que comporta más riesgo. En la década de los noventa se ha invertido la tendencia de la mortalidad por esta causa: tras un descenso al inicio del período, vuelve a incrementarse en los últimos años en adultos jóvenes⁶. La distribución espacial sigue un patrón geográfico norte-sur. La mortalidad más elevada se da en la zona norte y en la zona mediterránea, principalmente Galicia, Asturias, Norte de Castilla y León, Cataluña y la Comunidad Valenciana, mientras que la menor mortalidad se aprecia en las zonas sur y centro de España. Las áreas de riesgo más elevado se encuentran en Galicia, Asturias y Cataluña¹⁰.

Entre los hombres más jóvenes, la sobredosis está entre las primeras causas de mortalidad. Destaca además el extraordinario incremento de la mortalidad por esta causa en este colectivo (75%) en el período transcurrido entre 1989 y 1998. Finalmente, también entre los más jóvenes destaca el incremento de los suicidios en ambos sexos en el mismo período.

Tabla 5. Principales causas de muerte según sexo y grupo de edad. Tasas específicas por 100.000 habitantes, porcentaje (%) y porcentaje de cambio respecto a 1989 (España, 1998)

Causa, hombres	Tasa	%	Cambio 1989/1998 (%)	Causa, mujeres	Tasa	%	Cambio 1989/1998 (%)
25-34 años				25-34 años			
Todas las causas	131,6	100	-24,6	Todas las causas	43,4	100	-22,4
Accidentes de tráfico en carretera	29,3	22	-27,5	Accidentes de tráfico en carretera	6,6	15	-25,2
Sida y VIH	18,6	14	-18,7	Sida y VIH	5,1	12	-4,5
Sobredosis	13,6	10	74,7	Suicidio	3,1	7,2	15,7
Suicidio	13,4	10	25,1	Cáncer de mama	2,1	4,8	-32,3
Otras enfermedades del corazón	7	5,3	-30,5	Otras enfermedades del corazón	2	4,6	-39,8
35-44 años				35-44 años			
Todas las causas	214,9	100	-7,1	Todas las causas	87,8	100	-10,2
Accidentes de tráfico en carretera	22,5	11	-25,6	Cáncer de mama	14,8	17	-19,6
Sida y VIH	22,3	10	189,6	Accidentes de tráfico en carretera	4,8	5,4	-20,7
Isquemia cardíaca	18,3	8,5	-7,5	Cáncer de útero	4,2	4,8	17
Cáncer de pulmón	12,9	6	-6	Enfermedades cerebrovasculares	3,8	4,7	-3
Cirrosis hepática	12,5	5,8	-29	Cáncer de pulmón	3,8	4,4	152
45-54 años				45-54 años			
Todas las causas	463	100	-11,9	Todas las causas	188	100	-15,4
Cáncer de pulmón	64,7	14	14,4	Cáncer de mama	35	19	-11
Isquemia cardíaca	57,2	12	-7,6	Enfermedades cerebrovasculares	9,1	4,8	-30,2
Cirrosis hepática	26,7	5,8	-38,9	Cáncer de ovario	8,6	4,6	35,1
Otras enfermedades del corazón	25,5	5,5	-15	Cáncer de colon	8,5	4,5	21,1
Accidentes de tráfico en carretera	21,4	4,6	-32,4	Otras enfermedades del corazón	8,5	4,5	-32,5
55-64 años				55-64 años			
Todas las causas	1115	100	-12	Todas las causas	419	100	-19,8
Cáncer de pulmón	165,1	15	0,2	Cáncer de mama	50,3	12	-13,3
Isquemia cardíaca	150,3	14	-11,3	Isquemia cardíaca	29,3	7	-23,3
Otras enfermedades del corazón	61,5	5,5	-22,7	Otras enfermedades del corazón	26	6,2	-31,4
Enfermedad cerebrovascular	52,6	4,7	-31,7	Enfermedad cerebrovascular	23,5	5,6	-42,8
Cirrosis hepática	50,5	4,5	-40,1	Cáncer de colon	19,5	4,6	15,5

Fuente: Llácer et al⁵.

El sida y la infección por el VIH están entre las 5 primeras causas de mortalidad entre los hombres de 25-44 años y entre las mujeres de 25-34 años. Tal como se ha descrito, la mortalidad por sida disminuye en España desde 1996 cuando aparecieron los tratamientos antirretrovirales, y ha dejado de ser la primera causa de muerte en la población joven²⁹. Es necesario señalar que la mortalidad por sida y por sobredosis están muy relacionadas, ya que en nuestro país la vía de transmisión más frecuente del sida es el uso de drogas por vía intravenosa, más frecuente en los hombres. Ambas causas de mortalidad están muy relacionadas con la privación material y la pobreza que se da sobre todo en las zonas marginales de las grandes ciudades³⁰.

A partir de los 35 años, dos afecciones estrechamente asociadas con las diferencias de género en la

socialización y en la adopción de estilos de vida están entre las primeras causas de mortalidad en los hombres: el cáncer de pulmón y la cirrosis hepática. Ambas se relacionan con el consumo de tabaco y alcohol, respectivamente, ligado a los conceptos clásicos de feminidad y masculinidad que consideran correcto y bueno este consumo para el hombre pero no para la mujer. Con la progresiva desaparición de estos estereotipos y patrones de socialización, según las fases descritas por López¹², aumenta el tabaquismo y el consumo de alcohol también entre las mujeres, lo que comienza a hacerse notar en los patrones de mortalidad. Así, en las mujeres de 35-44 años el cáncer de pulmón ya ocupa el quinto lugar como causa de mortalidad.

La variabilidad geográfica y temporal del cáncer de pulmón refleja los cambios en el consumo de tabaco.

Mientras que en los países del norte de Europa se observa una disminución de la mortalidad en los últimos años, en España todavía no se aprecia este descenso, si bien en los hombres parece que las tasas comienzan a estabilizarse a finales de los años noventa³¹. En España, la mortalidad más alta por cáncer de pulmón¹⁰ en los hombres se encuentra localizada en Extremadura, el sudoeste de Andalucía (Huelva, Sevilla y Cádiz) y Asturias. Las áreas con menor mortalidad son la mitad norte y el este de España, con excepción de la costa.

En las mujeres, los trastornos relacionados con la salud reproductiva se sitúan entre las primeras causas de mortalidad en todos los grupos de edad. Entre los 25 y 34 años, el cáncer de mama ocupa el cuarto lugar; entre los 35 y 44 años, el segundo, y el cáncer de útero, el tercero; entre los 45 y 54 años el cáncer de mama es ya la primera causa de mortalidad y el de ovario, la tercera. Finalmente, en las mujeres entre 55 y 64 años el cáncer de mama sigue siendo la primera causa de mortalidad.

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres. Los avances diagnósticos y terapéuticos, junto a los programas de detección precoz, han supuesto un descenso en las tasas de mortalidad, pero sigue siendo la primera causa de muerte en el grupo de 35-64 años, con una mortalidad proporcional superior al 13%. España ocupa el penúltimo lugar en cuanto a la mortalidad por este tipo de cáncer en la Unión Europea³¹. La distribución territorial¹⁰ de la mortalidad muestra una clara concentración en la zona mediterránea (Cataluña, Baleares y la provincia de Valencia), la zona sudoeste (Cádiz, Sevilla y el oeste de Extremadura), Asturias y algunas zonas de Madrid, Soria y noroeste del País Vasco, mientras que la menor mortalidad se da en Galicia y en la zona oriental de Andalucía. Cataluña es el área de mayor riesgo.

La enfermedad isquémica cardíaca se asocia con comportamientos relacionados con la salud diferentes entre los hombres y las mujeres y, ligados al género —mayor consumo de tabaco y dietas menos saludables entre los hombres—, pero también a aspectos biológicos relacionados con el sexo. Si en los hombres aparece entre las primeras causas de mortalidad a partir de los 35 años, en las mujeres sólo lo hace a partir de los 55 años, cuando con la menopausia desaparece el papel protector de los estrógenos. A pesar de que las tasas de mortalidad son más elevadas en los hombres, se han descrito mayores comorbilidad y letalidad en las mujeres que han sufrido un infarto de miocardio respecto a los hombres³².

Se observa un patrón geográfico diferente según el sexo¹⁰. En las mujeres se aprecia un patrón territorial norte-sur, y las áreas más afectadas son Andalucía, Badajoz y las Islas Canarias. En los hombres,

la distribución geográfica muestra una clara localización de la mortalidad por isquemia cardíaca en la zona sudoeste de España: Extremadura y Andalucía, especialmente Huelva, Cádiz y Sevilla. También se observan áreas de alta mortalidad en Baleares, Canarias, Murcia y las provincias de Valencia, Alicante y Asturias y algo en la zona norte (Galicia y norte de Castilla y León).

En cuanto a la enfermedad cerebrovascular, el descenso de la mortalidad en las últimas décadas del siglo xx es quizá el hecho más relevante a tener en cuenta cuando se analiza el impacto de esta enfermedad en la población. Este descenso es más notable a partir de la década de los ochenta en ambos sexos. La enfermedad cerebrovascular es una causa de muerte evitable debido a la posibilidad de controlar la hipertensión desde la atención primaria de salud. Un estudio reciente señala que el descenso de esta causa de muerte era más importante en las CCAA donde la reforma de la atención primaria se introdujo antes³³. Un aspecto a destacar es que la mortalidad aumenta en los nacidos durante la década de los sesenta, efecto más acentuado en las mujeres³¹ (segunda causa de muerte en el grupo de 45-54 años), quizá influido por los cambios en los hábitos de vida que han incorporado, relacionados con el trabajo fuera del hogar.

Conclusiones

1. La mayor parte de los estilos de vida son más desfavorables para los hombres (tabaquismo, consumo de alcohol y sobrepeso) y las clases más desfavorecidas. Sin embargo, hacer ejercicio físico durante el tiempo libre es más frecuente en el sexo masculino, el consumo de tabaco es mayor en las mujeres de clases más privilegiadas, y en ambos sexos el consumo de alcohol es más habitual entre las personas de clase social privilegiada.

2. 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.

3. El estado de salud percibido es mejor en los hombres, las personas de clases más favorecidas y las ocupadas. No existe un patrón social consistente para los trastornos crónicos.

4. 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

(VIH y sida) y conductas de riesgo ligadas a los accidentes.

5. Los cambios que se observan en las tendencias de algunas causas de muerte en las mujeres están relacionados con la modificación de los estilos de vida vinculados a su incorporación al mercado laboral.

6. En cuanto a la distribución geográfica de la mortalidad, se aprecia un patrón desigual por sexos. En las mujeres no existe un patrón geográfico destacable, mientras que en los hombres la mayor mortalidad se da en el sudoeste y el noroeste del país.

7. Los trabajadores manuales están expuestos a más riesgos laborales, tanto físicos como de naturaleza psicosocial. Mientras los primeros son más frecuentes en los hombres, el entorno psicosocial es peor en las mujeres.

8. Los accidentes de trabajo afectan más a los trabajadores manuales y ocurren mayoritariamente a los hombres.

9. La precariedad laboral, superior en las mujeres y en las clases más desfavorecidas, tiene efectos negativos, sobre todo en el estado de salud mental, que podrían ser diferentes según el género, la clase social y la situación familiar.

10. Dada la desigualdad de género en la distribución de las responsabilidades familiares, la combinación de la vida laboral y familiar tiene efectos negativos para las mujeres, sobre todo las de clases menos privilegiadas, aunque, en general, las mujeres empleadas tienen mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa.

Recomendaciones

1. Los programas dirigidos a la adopción de conductas saludables deberían tener en cuenta el papel de los determinantes sociales de la salud y no sólo centrarse en la mera información y educación sanitaria.

2. Es necesario aumentar la investigación sobre las desigualdades sociales en salud teniendo en cuenta la profunda división sexual del trabajo existente en la actualidad. Asimismo, las encuestas deben incluir indicadores sensibles a las desigualdades de género.

3. Las medidas para aumentar la presencia de las mujeres en el mercado laboral deben acompañarse de otras para reducir la sobrecarga que supone ser la principal responsable de las tareas del hogar, lo que implica aumentar la corresponsabilidad de los hombres en las tareas domésticas e incrementar los recursos públicos para el cuidado de la familia.

4. Los sistemas de información en salud laboral deberían ampliar los conceptos de trabajo (remunerado y doméstico), riesgo (clásicos y psicosociales) y salud (no sólo accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, sino también trastornos de salud relacionados con el trabajo). Además, se debe realizar el análisis de los datos y los resultados presentados, de forma que sea posible evidenciar las desigualdades sociales de clase y de género.

5. El elemento «salud» debería tenerse en cuenta en el debate sobre el futuro del mercado laboral, que parece suponer una mayor flexibilización del empleo y una reducción de las prestaciones económicas del paro.

Bibliografía

- Instituto Nacional de Estadística. Censos de población y viviendas 2001 [consultado 12/07/2003]. Disponible en: <http://www.ine.es/censo2001/pobcen01menu.htm>
- Encuesta Nacional de Salud 1997. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.
- Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. IV Encuesta de Condiciones de Trabajo. Madrid: Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 1999.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Anuario de estadísticas laborales y de asuntos sociales 2001 [consultado 25/02/2002]. Disponible en: <http://www.mtas.es/Estadisticas/anuario00>
- Llácer A, Fernández-Cuenca F, Martínez de Aragón MV. Mortalidad en España en 1998. Evolución de la década 1989-1998. Mortalidad general, principales causas de muerte y de años potenciales de vida perdidos. *BES* 2001;9:241-4.
- Llácer A, Fernández-Cuenca F, Martínez de Aragón MV. Mortalidad en España en 1998. Evolución de la década 1989-1998. Mortalidad general, principales causas de muerte por sexo y edad. *BES* 2001;9:249-56.
- Navarro V, Benach J. 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 y The School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University (Estados Unidos), 1996.
- Benavides FG. Fiabilidad de las estadísticas de mortalidad. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1986. Monografies Sanitàries Serie A, n.º 2.
- Benavides FG, Segura A, Godoy C. Estadísticas de mortalidad en España: pequeños problemas, grandes perspectivas. *Revisiones en Salud Pública* 1991;2:43-66.
- Benach J, Yasui Y, Borrell C, Rosa E, Pasarín MI, Benach N, et al. Atlas de mortalidad en áreas pequeñas en España, 1987-1995. Barcelona: Universitat Pompeu Fabra, 2001.
- Macintyre S, Hunt K. Socio-economic position, gender and health. How do they interact? *J Health Psychol* 1997;2:315-34.
- López AD, Collishaw NE, Piha T. A description model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tobacco Control* 1994;3:242-7.
- Fernández E, Borrell C. Tabaco, género y clase social. *Emergen* 2001;27:403-4.
- Fernández E, Schiaffino A, García M, Salto E, Villalbí JR, Borràs JM. Prevalencia del consumo de tabaco en España entre 1945 y 1995. Reconstrucción a partir de las Encuestas Nacionales de Salud. *Med Clin (Barc)* 2003;120:14-6.

15. Artazcoz L, Borrell C, Benach J. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:639-47.
16. Artazcoz L, Borrell C, Benach J, Cortès I, Rohlfs I. Women, family demands and health: the importance of employment status and socio-economic position [en prensa]. *Soc Sci Med* 2003.
17. Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med* 1989; 29:761-8.
18. Moller L, Kristensen TS, Hollnagel H. Self-rated health as a predictor of coronary heart disease in Copenhagen, Denmark. *J Epidemiol Community Health* 1996;50:423-8.
19. Rohlfs I, De Andrés J, Artazcoz L, Ribalta M, Borrell C. Influencia del trabajo dentro y fuera de casa sobre el estado de salud percibido de las mujeres. *Med Clin (Barc)* 1997; 180:566-71.
20. Annandale E, Hunt K. Gender inequalities in health: research at the crossroads. En: Annandale E, Hunt K, editors. *Gender inequalities in health*. Buckingham: Oxford University Press, 2000.
21. Del Llano J. Desempleo y salud: relación existente entre la situación de desempleo y el estado de salud en población en edad de trabajar en el municipio de Madrid [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense, 1991.
22. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: Understanding the interaction between gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004; 94:82-8.
23. Artazcoz L, Cortès I. La importancia del género y la edad en el efecto de la contratación temporal sobre la salud mental de la población trabajadora. *Gac Sanit* 2003;17(Supl 1):8.
24. Artazcoz L, Borrell C, Rohlfs I, Beni C, Moncada A, Benach J. Trabajo doméstico, género y salud en población ocupada. *Gac Sanit* 2001;15:150-3.
25. Artazcoz L, García-Calvente MM, Esnaola S, Borrell C, Sánchez-Cruz JJ, Ramos JL, et al. Desigualdades de género en salud: la conciliación de la vida laboral y familiar. En: Cabasés JM, Villalbí JR, Aibar C, editores. *Invertir para la salud. Prioridades en salud pública. Informe SESPAS 2002*. Valencia: SESPAS, 2002.
26. Artazcoz L, Artieda L, Borrell C, Cortès I, Benach J, García V. Combining job and family demands and being healthy: what are the differences between men and women? [en prensa]. *Eur J Public Health* 2003.
27. Paoli P, Merlié D. Third European Survey on working conditions 2000. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2001.
28. European Commission. The health status of the European Union —narrowing the health gap. Luxembourg, 2003. Disponible en: http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/information_en.htm
29. Castilla J, De la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de sida en España: 1980-1998. *Med Clin (Barc)* 2000;115:85-9.
30. Brugal MT, Borrell C, Díaz de Quijano E, Pasarin MI, García-Olalla P, Villalbí JR. Deprivation and AIDS in a Southern European city: different patterns across transmission group. *Eur J Public Health* 2003;13:259-61.
31. López-Abente G, Pollán M, Aragonés N, Pérez-Gómez B, Llácer A, Pérez J, et al. Tendencias de la mortalidad en España, 1952-1996. Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del período de muerte. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2002.
32. Marrugat J, Sala J, Masia R, Pavesi M, Sanz G, Valle V, et al. Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. RESCATE Investigators. Recursos Empleados en el Síndrome Coronario Agudo y Tiempo de Espera. *JAMA* 1998;280:1405-9.
33. Rodríguez M, Borrell C, Urbanos R, Pasarín M, Rico A, Fraile M, et al. Power relationships and premature mortality in Spanish Autonomous Communities [en prensa]. *Int J Health Serv* 2003.