

TEMA 3. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD.

3.1. Introducción.

La investigación científica ha puesto de manifiesto durante las dos últimas décadas el enorme impacto que tienen sobre la salud determinantes sociales como son la renta, la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral, la calidad de la vivienda, el barrio de residencia, el nivel educativo, la clase social, el género, entre otros; manifestándose en desigualdades en salud muy diversas (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2009; Marmot & Wilkinson, 2006; Wilkinson, 1996). Los estudios muestran que la salud difiere mucho y sistemáticamente entre los distintos grupos sociales. Por ejemplo, los individuos con niveles socioeconómicos más altos tienden no solo a tener más esperanza de vida, sino también a tener menos enfermedades crónicas, más años vividos libres de discapacidad y mejor salud autopercebida, en comparación con los individuos con niveles socioeconómicos más bajos.

La consideración más concisa, accesible y conocida de este fenómeno fue articulada por Margarita Whitehead a principios de los años 1990, quien valoró las inequidades en salud como diferencias en la salud que son innecesarias y evitables, además de ser consideradas desleales e injustas. La prueba fundamental para saber si las diferencias en materia de salud son o no injustas depende, en gran parte, de si las personas escogen libremente la situación que produce una mala salud o si está fuera de su control; es decir, el criterio utilizado para definir una situación como injusta es el grado de libertad que se pone en juego. Concretamente, Whitehead explica que la equidad en salud implica que, idealmente, cada persona debería tener una oportunidad justa de lograr su potencial de salud

completo y, más pragmáticamente, que nadie debería ser perjudicado de alcanzar este potencial, si puede ser evitado.

A pesar de que el término *desigualdad en salud* se utiliza de manera común en algunos países para indicar sistemáticas, evitables e importantes diferencias, existe cierta ambigüedad con relación a este término, ya que a veces es utilizado para transmitir un sentimiento de injusticia, mientras que otras veces se utiliza para referir desigualdad en un sentido puramente matemático. Además, a esto se le añade el problema de la traducción en algunos idiomas, que solo disponen de una palabra para cubrir tanto la desigualdad como la inequidad. Para evitar confusiones, los expertos en esta materia utilizan ambos términos, *inequidad* y *desigualdad*, como sinónimos. Paula Braveman (2006) asume la valoración moral negativa del término *desigualdad* y propone que una desigualdad en salud es un tipo especial de diferencia en salud, o en los factores con mayor influencia sobre la salud, que podrían ser potencialmente moldeados por la política; es decir, es una diferencia en la cual los grupos socialmente desaventajados (tales como pobres, minorías étnicas, mujeres...) sistemáticamente experimentan peor salud o mayores riesgos de salud que los grupos más aventajados. Concretamente, esta autora resalta tres aspectos básicos en este fenómeno: en primer lugar, que las diferencias se producen entre los grupos más aventajados socialmente (con posiciones más altas en la jerarquía de riqueza, poder y/o prestigio) y todos los demás; en segundo lugar, que las diferencias son sistemáticas y, por último, que pueden ser modificadas por la política.

Los últimos informes dedicados a las desigualdades sociales en salud señalan las desigualdades socioeconómicas y de género en salud como dos de las desigualdades más frecuentes y con peores repercusiones en la sociedad (Comisión sobre Determinantes Sociales

de la Salud, 2009; *House of Commons Health Committee*, 2009). Por lo tanto, esta revisión bibliográfica se centrará en primer lugar en el análisis de las desigualdades socioeconómicas en salud y, en segundo lugar, en el análisis de las desigualdades entre hombres y mujeres en salud.

3.2. Desigualdades socioeconómicas en salud.

Niveles bajos en algunos marcadores socioeconómicos como el nivel adquisitivo, la clase social ocupacional o el nivel de estudios de las personas están relacionados con una peor salud, expresada tanto en cifras de mortalidad como en la salud percibida o en los indicadores objetivos de salud (Adler et al., 1994; Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhouf, Geurts & grupo de trabajo de la Unión Europea sobre Desigualdades Socioeconómicas en Salud, 1997; Marmot & Wilkinson, 2006). Benach, Daponte, Borrell, Artazcoz y Fernández (2004) resumen en seis los rasgos generales de las desigualdades en salud de especial interés en la literatura, tal y como se explican a continuación:

1. Ubicuidad, en el sentido de que las desigualdades en salud están presentes en prácticamente todos los países donde se han estudiado, expresándose en el territorio, en los municipios y en los barrios según clases sociales, géneros y etnias.
2. Consistencia, ya que la mayoría de estudios encuentran resultados muy similares.
3. Magnitud, de modo que existe una gran magnitud en las desigualdades no solo cuando se comparan países en distinto grado de desarrollo, sino que, en los países más desarrollados económicamente, los ciudadanos en mejor posición socioeconómica y quienes viven en las áreas más privilegiadas

de los distintos barrios o comunidades tienen mucha mejor salud que la población más desfavorecida.

4. Gradualidad, es decir, no existe un dintel a partir del cual empeore la salud, sino que las desigualdades se extienden a lo largo de toda la escala social, empeorando progresivamente la salud de los ciudadanos a medida que se desciende en la escala social, en el nivel de riqueza o en la educación. De este modo, no solo aquellos individuos en situación de pobreza tienen una salud más pobre que aquellos con unas circunstancias más favorables, sino que, además, quienes tienen un nivel socioeconómico más alto disfrutan de mejor salud que aquellos que se encuentran justo por debajo de ellos.
5. Crecimiento, en cuanto que las desigualdades en salud no se reducen, sino que se mantienen o tienden a aumentar, debido a que los indicadores de salud y de mortalidad mejoran más en las clases más privilegiadas.
6. «Adaptabilidad», en el sentido de que los grupos sociales más privilegiados se benefician antes y en mayor proporción de las acciones e intervenciones sociales y sanitarias dirigidas a mejorar la salud, ya sea en el uso de los servicios sanitarios, en la utilización de los servicios preventivos o en la adquisición de estilos de vida que comportan un riesgo para la salud.

Una importante aportación en los comienzos del estudio de las desigualdades sociales en salud fue el Informe Black, solicitado en el año 1977 por el secretario de Estado de Servicios Sociales del gobierno laborista del Reino Unido a un grupo de expertos, bajo la presidencia de Douglas Black. Los objetivos eran estudiar con profundidad las causas y la magnitud de las desigualdades sociales en el ámbito de la salud en ese país, así como recomendar las

intervenciones necesarias para disminuir estas desigualdades (Black, Morris, Smith & Townsend, 1988). Sin embargo, la trayectoria de estudio de las desigualdades en salud en España comenzó más tarde que en el resto de Europa. Concretamente, en 1994 se publicó el libro «Diferencias y desigualdades en salud en España» (Regidor, Gutiérrez-Fisac & Rodríguez, 1994), que señalaba la existencia de desigualdades socioeconómicas en la salud de la población. En el año 1996 se publicó el primer informe en nuestro país, encargado por el partido gobernante en ese momento (PSOE), «Desigualdades sociales en salud en España» (Navarro, Benach & la Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España, 1996). Sin embargo, el informe salió a la luz con otro partido en el gobierno (el Partido Popular), con lo que quizá por eso haya que entender que el informe tuviera tan poca difusión y no se ejecutaran las recomendaciones que se incluían en él (Navarro & Baltimore, 1997). A pesar de la información aportada por la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), no se han realizado otros informes de estas características en el ámbito nacional (Borrell, García-Calvente & Martí-Boscà, 2004).

A pesar de ello, en España ha aumentado el conocimiento de las desigualdades sociales en la salud debido a la existencia de algunos grupos que han investigado y publicado sobre ello en revistas especializadas, basándose, sobre todo, en el análisis de la mortalidad y las encuestas de salud (Benach, 1995; Borrell & Pasarín, 1999). Sin embargo, el conocimiento adquirido en las últimas décadas sobre la existencia de desigualdades sociales en materia de salud en nuestro país no se ha reflejado en cambios en la política sanitaria. La mayoría de los planes de salud de las comunidades autónomas no incluyen los objetivos destinados a disminuir las desigualdades en salud, y existen muy pocos ejemplos de intervenciones que las tengan en cuenta (Benach, Borrell & Daponte, 2002); a pesar del aumento que están

experimentado las desigualdades sociales en salud (Daponte, Bolívar, Toro, Ocaña, Benach & Navarro, 2008; Regidor, Ronda, Pascual, Martínez, Calle & Domínguez, 2006). Por otra parte, aunque los estudios de carácter descriptivo sobre desigualdades en salud han crecido notablemente, no ha sucedido lo mismo con la investigación sobre sus causas y sus consecuencias (Borrell & Pasarín, 1999).

Aún más, la necesidad de estudiar la situación, evolución y características de las desigualdades en salud se justifica sobradamente en España debido a la deficiente situación respecto a la Unión Europea en determinantes socioeconómicos como la pobreza, el desempleo, la precariedad laboral y la división sexual del trabajo. De hecho, el impacto negativo de esos indicadores se ve agravado por dos factores adicionales: la debilidad del Estado de Bienestar existente en España y las fuertes desigualdades internas entre áreas geográficas y clases sociales (Benach et al., 2004).

A continuación se hace una revisión de las causas más estudiadas y refrendadas para explicar las desigualdades socioeconómicas en salud:

- Conductas de riesgo para la salud.

Uno de los argumentos que se han planteado para explicar las desigualdades socioeconómicas en salud ha sido la mayor frecuencia de conductas de riesgo para la salud en los individuos de posición socioeconómica baja, como por ejemplo consumo excesivo de tabaco o alcohol, ausencia de actividad física, obesidad, alimentación inadecuada, etc. (Pekkanen, Tuomilehto, Uutela, Vartiainen & Nissinen, 1995; Schrijvers, Stronks, Dike van de Mheen & Mackenbach, 1999; Smith,

Neaton, Wentworth, Stamler & Stamler, 1996; Smith, Shipley & Rose, 1990).

Posiblemente, la distinta frecuencia de conductas de riesgo para la salud en los diferentes grupos socioeconómicos contribuya a explicar el origen de las desigualdades socioeconómicas en aquellos problemas de salud que presentan una fuerte asociación con esos factores de riesgo, como las enfermedades cardiovasculares o determinadas localizaciones de cáncer (Regidor, 2008).

- Factores psicosociales.

Determinados factores, como estrés, ansiedad, hostilidad, cólera, depresión o ausencia de autonomía en el puesto de trabajo, se han asociado a la enfermedad isquémica del corazón (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot, 1998; Chandola, Brunner & Marmot, 2006; Hemingway & Marmot, 1999; Risengren et al., 2004; Siegrist & Marmot, 2004).

Regidor (2008) resume en tres formas el modo en que los factores psicosociales pueden influir sobre la salud: en primer lugar, los factores de riesgo psicosociales podrían incrementar el riesgo de aparición de estas enfermedades a través de su asociación con las conductas de riesgo para la salud, como tabaquismo, dieta o actividad física; en segundo lugar, los factores psicosociales pueden actuar directamente a través de mecanismos biológicos, mediados por el eje hipotálamo-hipófisis-corteza adrenal y/o por el sistema nervioso simpático y parasimpático; por último, en tercer lugar, existen otros factores, como la falta de redes y de apoyo social, cuya

presencia podría amortiguar o disminuir los daños a la salud que ejercen los primeros.

- Circunstancias materiales.

A pesar de que la investigación que ha contrastado esta hipótesis es menor que la investigación que ha contrastado las dos anteriores, algunos autores asumen que esta hipótesis es más importante que las anteriores (Smith et al., 1998; Smith, Shaw, Mitchell, Dorling & Gordon, 2000). Según sus investigaciones, determinadas circunstancias materiales, como las dificultades financieras, el desempleo, las malas condiciones de la vivienda o la exposición a determinados riesgos físicos y químicos del medio ambiente laboral, explicarían la mayor parte de la relación entre la posición socioeconómica y la salud.

- Circunstancias a lo largo de la vida.

Según esta hipótesis, la estructura social lleva un agrupamiento de ventajas y desventajas materiales, que se perpetúa a lo largo de la vida. Concretamente, conforme aumenta el número de exposiciones socioeconómicas adversas a lo largo de la vida, se incrementa gradualmente la mortalidad, la percepción subjetiva de mala salud, el riesgo de ocurrencia de enfermedades crónicas y la probabilidad de que aparezca algún tipo de incapacidad (Singh-Manoux, Ferrie, Chandola & Marmot, 2004; Power, Manor & Matthews, 1999).

Más allá de la discusión acerca de las causas que provocan y perpetúan las desigualdades socioeconómicas en salud, todavía no se ha fijado con consistencia y claridad los conceptos y medidas a utilizar para tratar estas desigualdades. A pesar de la larga historia

en la definición de grupos sociales, aún existen las siguientes limitaciones (Carr-Hill & Chalmers-Dixon, 2005):

- por un lado, existe una amplia variedad de índices de posición social, lo que a menudo hace difícil interpretar las diferencias,
- por otro, pocas revisiones examinan sistemáticamente todas las posiciones sociales (o incluso varias) en conexión con la salud, y aún menos se centran en la influencia potencial de la interdependencia entre diferentes variables (como el sexo, el estado civil, la identidad étnica, la ocupación y el área de residencia); y
- por último, la relación entre desventaja social y mala salud es compleja, la definición de *salud* raras veces es explícita y hay definiciones en competencia.

Por lo tanto, no existe una medida perfecta de clasificación socioeconómica, clase social, situación o posición socioeconómica de los individuos, por una razón básica: se desconoce lo que se está midiendo. Normalmente, la medición idónea de un concepto exige su definición teórica previa; sin embargo, este requisito de establecer con claridad el concepto es la principal dificultad con la que tropieza la medición de la posición socioeconómica o clase social, dado que las formulaciones en este campo son complejas, diversas y poco operativas.

La construcción empírica de la clase social, desde una perspectiva neomarxista, está resolviendo cada vez más este problema usando la información sobre la ocupación. Precisamente, el estudio de las desigualdades sociales y la salud ha estado centrado, clásicamente, en el uso de la ocupación o, mejor dicho, el grupo ocupacional como criterio de clasificación socioeconómica. Para ello, las diferentes ocupaciones han sido clasificadas en función de una combinación de cualificación profesional, ingresos y prestigio,

produciéndose una serie jerárquica de grupos socioeconómicos que se supone se diferencian, unos de otros, en un rango de características sociales (Regidor et al., 1994). La Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones (CIUO) o clasificación ISCO (*International Standard Classification of Occupations*) es una de las principales clasificaciones económicas y sociales, de las que la Organización Internacional del Trabajo es responsable (*International Labour Organization*, 2004). Más específicamente, se trata de una herramienta para organizar los empleos en una serie de grupos definidos claramente en función de las tareas que comporta cada uno de ellos. La primera versión de la clasificación ISCO fue adoptada en 1957 por la Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo y es conocida como la ISCO-58. Esta versión fue reemplazada rápidamente por la ISCO-68, que fue adoptada por la Undécima Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 1966. La tercera versión de la Clasificación Internacional de Estadísticos del Trabajo, la ISCO-88, fue adoptada por la Decimocuarta Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo en 1987. Muchas clasificaciones nacionales de ocupaciones se basan en una de estas versiones de la ISCO, dependiendo de la fecha en que fueron desarrolladas.

No obstante, también se han señalado otras variables como posible alternativa para discriminar el nivel de salud entre diversos grupos socioeconómicos de la población, como es el caso del nivel de ingresos. Aunque en principio parece fácil recoger información sobre el nivel de ingresos, sin embargo, se trata de un asunto que produce cierto recelo en la población, por lo que, en muchos casos, la cumplimentación de la misma es muy baja, y, en otros, hay que valorar detenidamente su fiabilidad antes de usarla. Por otra parte, también se debe tener en cuenta que existe una amplia gama de fuentes posibles de ingresos, incluyendo el dinero efectivo real. Una

solución a este problema ha sido utilizar algunos indicadores de riqueza, como por ejemplo, variables asociadas con las características de la vivienda que los individuos ocupan, régimen de propiedad de la misma, número de habitaciones, densidad de ocupación, servicios higiénicos, determinadas comodidades, etc., que tiene el valor para diferenciar a la población con diferente estado de salud por su alta correlación con la riqueza (Carr-Hill & Chalmers-Dixon, 2005; Regidor et al., 1994). Varios estudios han utilizado indicadores de bienestar y de riqueza, como el régimen de propiedad y características de la vivienda, la posesión de un coche o de un ordenador, para obtener una medida fiable y válida del nivel socioeconómico (Smith et al., 1990; Wardle, Robb & Johnson, 2002).

3.3. Desigualdades de género en salud.

En la literatura se encuentra de forma repetida el testimonio de que la salud de hombres y mujeres es diferente y desigual. Diferente porque hay factores biológicos que se manifiestan de forma distinta en la salud y en los riesgo de enfermedad, y desigual, porque hay factores sociales, en parte explicados por los roles de género, que establecen diferencias injustas en la salud de hombres y mujeres (Rohlf, Borrell & Fonseca, 2000; Verbrugge, 1985). Concretamente, aunque los hombres tienen índices más altos de mortalidad en las sociedades industrializadas, las mujeres enferman con más frecuencia y tienen índices más altos de morbilidad, discapacidad y uso de la atención médica, es decir las mujeres presentan un peor estado de salud y, en cambio, una esperanza de vida más larga (Gove & Hughes, 1979; Nathanson, 1977). En todos los grupos de edad los hombres declaran mejor salud que las mujeres, aunque a medida que avanza la edad esta diferencia disminuye (Ross & Bird, 1994). A pesar de que algunos autores han cuestionado si la peor salud percibida por parte de las mujeres sería debida a las diferencias del

significado de salud según género y a la distinta manera de expresarlo, Ross y Bird han descrito cómo la percepción de las mujeres acerca de su estado de salud sigue siendo peor que la de los hombres, aún después de ajustarla según su mayor capacidad de referir problemas y de expresar sus emociones.

Lois M. Verbrugge (1989) categorizó en cinco grandes grupos las razones para explicar estas diferencias de sexo en salud:

1. Riesgos biológicos: intrínsecas diferencias entre hombres y mujeres basadas en sus genes y hormonas, que confieren riesgos diferentes de morbilidad.
2. Riesgos adquiridos: los riesgos de enfermedades y lesiones producidas en actividades laborales y de tiempo libre, hábitos de salud y estilos de vida, angustia psicológica y otros aspectos del entorno social del individuo.
3. Síntomas y atención médica de aspectos psicosociales: cómo la gente percibe los síntomas, evalúa la severidad y decide qué hacer para aliviar o curar los problemas de salud.
4. Comportamientos informadores de salud: cómo la gente habla sobre sus síntomas a otros, incluyendo entrevistadores.
5. Cuidados de salud previos y capacitación médica: cómo las acciones terapéuticas elegidas por uno mismo o por un profesional de la salud influyen en el curso de la dolencia actual y en el futuro comienzo de una nueva enfermedad.

Tomando en consideración las características sociales y los roles de género de la época en la Verbrugge publicó sus análisis, finales de los años 80, este autor explicaba cómo estos cinco factores tenían incidencia diferente según el sexo, concretamente dos de esos

factores –riesgos biológicos y menos cuidados médicos previos- son conocidos por los investigadores por desfavorecer a los hombres respecto a la salud y longevidad. Otros dos –aspectos psicosociales y comportamientos informadores de salud- son conocidos por aumentar las experiencias e informes de morbilidad en las mujeres. Los riesgos adquiridos son considerados una mezcla: algunos comportamientos de estilos de vida (consumo de alcohol o accidentes laborales) son más comunes en hombres, colocándolos en una posición de riesgo mayor, mientras que otros comportamientos de estilos de vida (menos actividades de tiempo libre que impliquen actividad física vigorosa o mayor obesidad) son las mujeres las que son colocadas con mayor riesgo. A pesar de que actualmente los cambios sociales han provocado que las diferencias de género no sean tan marcadas como hace dos décadas, aún siguen existiendo diferencias en los comportamientos de estilos de vida, así como diferencias en la comprensión, evaluación y explicación de los síntomas entre hombres y mujeres (Denton, Prus & Walters, 2004; Doyal, 2000; Kolip, 2008). De hecho, Whitfield, Weidner, Clark y Anderson (2003) han categorizado más recientemente los factores responsables de las diferencias de salud entre hombres y mujeres, coincidiendo en gran parte con la categorización realizada por Verbrugge, aunque en su caso los agrupan en cuatro bloques: biológicos, comportamentales, psicosociales y biocomportamentales.

Los primeros acuerdos relacionados con los intentos de erradicar las desigualdades de sexo en salud comenzaron a plasmarse en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer convocada por Naciones Unidas y celebrada en 1995 en Beijing, donde se proclamó que las mujeres debían ser vistas como individuos con funciones múltiples y no solo como madres y reproductoras, y se enfatizó la necesidad de identificar, desde una perspectiva de género, los factores que promovían y protegían la salud, incluyendo el acceso a

servicios de calidad para las mujeres. Igualmente, se planteó que la promoción de la equidad de género y el respeto de los derechos humanos de las mujeres eran elementos básicos de toda estrategia que apuntara a garantizar el acceso de las mujeres a la salud.

Por lo tanto, desde el inicio del estudio de las desigualdades de salud entre hombres y mujeres, se ha tenido en cuenta tanto la construcción biológica como la sociocultural de las diferencias sexuales, teniendo en cuenta de este modo las diferencias entre los conceptos de sexo y género. Concretamente, mientras el término sexo hace referencia a las diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas entre hombres y mujeres, el concepto de género se refiere tanto a las ideas y representaciones como a las prácticas sociales de hombres y mujeres, que implican una diferenciación jerarquizada de espacios y funciones sociales y, por lo tanto, no es una categoría estática, sino que se produce y reproduce a través de las acciones de las personas (Courtenay & Keelin, 2000; Doyal, 2001; Krieger, 2003; Rohlf et al., 2000). Tanto el género como el sexo se relacionan con la salud y lo hacen de forma simultánea, ya que las personas no viven siendo de un género o de un sexo, sino de ambos a la vez. Así, las diferencias de sexo y de género determinan diferencias en los determinantes de la salud, la vulnerabilidad, la naturaleza, la severidad y la frecuencia de los problemas de salud, la forma en la que se perciben los síntomas, la utilización y accesibilidad de los servicios sanitarios, el esfuerzo diagnóstico y terapéutico, el cumplimiento del tratamiento y de los mensajes preventivos y el pronóstico de los problemas de salud entre hombres y mujeres (Borrell & Artazcoz, 2008; Krieger, 2003; Tubert & Fraisse, 2003). Sin embargo, la naturaleza del término *género* es polémica, ya que en las últimas décadas su uso se ha extendido más allá de su significado original, encontrando con frecuencia en textos científicos y periodísticos una sustitución del término *sexo* por el de *género*,

incluso cuando se trata de connotaciones biológicas (*Divison for the Advancement of Women*, 1998; Tubert & Fraisse, 2003; Udry, 1994).

La situación de salud y de desigualdades en salud entre hombres y mujeres en España no ha sido explorada en profundidad hasta hace prácticamente dos décadas. Sin embargo, a pesar de tratarse de un tema incipiente y con pocas publicaciones en nuestro país, existe un interés creciente por las desigualdades de género en la agenda de salud pública, a través de iniciativas como las del Grupo de Género y Salud Pública en el seno de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) o, más recientemente, la Red Temática de Investigación de Salud y Género (RISG) (Artazcoz, 2004; Borrell et al., 2004; Ruíz et al., 2005).

En el año 2000 el Grupo de Género y Salud Pública de SESPAS propuso la creación del Observatorio de Desigualdades de Género en la Salud, comenzando inicialmente de forma voluntarista, gracias al apoyo logístico de la Escuela Andaluza de Salud Pública, posteriormente con la financiación de la Red Temática de Investigación de Salud y Género (2003-2006) y el Observatorio de la Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006-2007) y, finalmente, desde julio del 2007, con la financiación del Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Dentro del Programa Transversal de Desigualdades del CIBERESP se está trabajando en la creación del Observatorio de Desigualdades en Salud con la intención de que este organismo permita difundir el trabajo realizado por el CIBERESP en este ámbito, además de proporcionar información sobre las desigualdades en la salud. Esta información sería útil tanto para la comunidad científica, como para los gestores, los responsables políticos y la población general; es decir, se trataría de crear un observatorio que actúe

como *eco de resonancia* ante las desigualdades en salud por género, clase social, etnia y edad (Grupo de Género y Salud Pública, 2008).

3.4. **Referencias bibliográficas.**

- Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L., et al. (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49, 15-24.
- Artazcoz, L. (2004). Las desigualdades de género en salud en la agenda de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 18 (Suppl. 2), 1-2.
- Benach, J. (1995). Análisis bibliométrico de las desigualdades sociales en salud en España (1980-1994). *Gaceta Sanitaria*, 49, 251-264.
- Benach, J., Borrell, C. & Daponte, A. (2002). Social and economic policies in Spain with potential impact on reducing health inequalities. En J. Mackenbach & M. Bakker (Eds.), *Reducing inequalities in health: A European perspective* (pp. 77-84). Nueva York, NY, EE. UU.: Routledge.
- Benach, J., Daponte, A., Borrell, C., Artazcoz, L. & Fernández, E. (2004). Las desigualdades en la salud y la calidad de vida en España. En V. Navarro (Coord.), *El estado de bienestar en España* (pp. 477-519). Madrid, España: Tecnos.
- Black, D., Morris, J.N., Smith, C. & Townsend, P. (1988). The black report. En P. Townsend, N. Davidson & M. Whitehead (Eds.), *Inequalities in health: The black report and the health divide* (pp. 31-213). Londres, Inglaterra: Penguin Books.
- Borrell, C. & Artazcoz, L. (2008). Las desigualdades de género en salud: retos para el futuro. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 245-249.

- Borrell, C. & Pasarín, M.I. (1999). The study of social inequalities in health in Spain: Where are we? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53, 388-389.
- Borrell, C., García-Calvente, M. M. & Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*, 18 (Suppl. 1), 2-6
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. & Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and the risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, 68-74.
- Braveman, P. (2006). Health disparities and health equity: Concepts and measurement. *Annual Review of Public Health*, 27, 167-194.
- Carr-Hill, R. & Chalmers-Dixon, P. (2005). *The public health observatory handbook of health inequalities measurement*. York, Reino Unido: Centre for Health Economics, University of York.
- Chandola, T., Brunner, E. & Marmot, M. (2006). Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study. *British Medical Journal*, 332, 521-525.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Suiza: Comisión Europea de la Organización Mundial de la Salud.
- Courtenay, W. H. & Keelin, R. P. (2000). Men, gender, and health: Toward an interdisciplinary approach. *Journal of American College Health*, 48, 243-246.
- Daponte, A., Bolívar, J., Toro, S., Ocaña, R., Benach, J. & Navarro, V. (2008). Area deprivation and trends in inequalities in self-rated health in Spain, 1987-2001. *Scandinavian Journal of Public Health*, 36, 504-515.

- Denton, M., Prus, S. & Walters, V. (2004). Gender differences in health: A Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health. *Social Science & Medicine*, 58, 2585-2600.
- Divison for the Advancement of Women (1998). *Women and health mainstreaming the gender perspective into the health sector*. Nueva York, NY, EE. UU.: United Nations Division for the Advancement of Women. Department of Economic and Social Affairs.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: Debates and dilemmas. *Social Science & Medicine*, 51, 931-939.
- Doyal, L. (2001). Sex, gender, and health: The need for a new approach. *British Medical Journal*, 323, 1061-1063.
- Gove, W. & Hughes, M. (1979). Possible causes of the apparent sex differences in physical health: An empirical investigation. *American Sociological Review*, 44, 126-146.
- Grupo de Género y Salud Pública (2008). *Observatorio de Desigualdades de Género en la Salud*. Recuperado el 30 de octubre de 2008, de <http://genero.sespas.es/>
- Hemingway, H. & Marmot, M. (1999). Evidence based cardiology. Psychosocial factors in the aetiology and prognosis of coronary heart disease: Systematic review of prospective cohort study. *British Medical Journal*, 318, 1460-1467.
- House of Commons Health Committee (2009). *Health Inequalities. Third Report of Session 2008-09. Volume I: Report, together with formal minutes*. Londres, Inglaterra: The Stationery Office Limited.
- International Labour Organization (2004). *International Standard Classification of Occupations (ISCO)*. Recuperado el 10 de octubre de 2008, de <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/index.htm>.

- Kolip, P. (2008). Gender sensitive health promotion and prevention. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 51, 28-35.
- Krieger, N. (2003). Genders, sexes, and health: What are the connections--and why does it matter? *International Journal of Epidemiology*, 32, 652-657.
- Mackenbach, J. P., Kunst, A. E., Cavelaars, A., Groenhouf, F., Geurts, J. & Grupo de trabajo de la Unión Europea sobre Desigualdades Socioeconómicas en Salud (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *The Lancet*, 349, 1655-1659.
- Marmot, M. & Wilkinson, R. G. (2006). *Social determinants of health* (2a. ed.). Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Nathanson, C. A. (1977). Sex, illness, and medical care: A review of data, theory, and method. *Social Science & Medicine*, 11, 13-25.
- Navarro, V. & Baltimore, M. (1997). Topics for our times: The "Black Report" of Spain -The Commission on Social Inequalities in Health. *American Journal of Public Health*, 87, 334-335.
- Navarro, V., Benach, J. & Comisión Científica de Estudios de las Desigualdades Sociales en Salud en España. (1996). *Las desigualdades sociales en salud en España*. Madrid, España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pekkanen, J., Tuomilehto, J., Uutela, A., Vartiainen, E. & Nissinen, A. (1995). Social class, health behaviour, and mortality among men and women in eastern Finland. *British Medical Journal*, 311, 589-593.
- Power, C., Manor, O. & Matthews, S. (1999). The duration and timing of exposure: Effects of socioeconomic environment on adult health. *American Journal of Public Health*, 89, 1059-1065.
- Regidor, E. (2008). Desigualdades socioeconómicas en la exposición al riesgo y en salud. En M. Rodríguez & R. Urbanos (Eds.),

- Desigualdades sociales en salud: factores determinantes y elementos para la acción* (pp. 11-40). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Regidor, E., Gutiérrez-Fisac, J. L. & Rodríguez, C. (1994). *Diferencias y desigualdades en salud en España*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Regidor, E., Ronda, E., Pascual, C., Martínez, D., Calle, M. E. & Domínguez, V. (2006). Decreasing socioeconomic inequalities and increasing health inequalities in Spain: A case study. *American Journal of Public Health, 96*, 102-108.
- Risengren, A., Hawken, S., Ôunpuu, S., Sliwa, K., Zubaid, M., Almahmeed, W. A., et al. (2004). Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet, 364*, 953-962.
- Rohlfs, I., Borrell, C. & Fonseca, M. (2000). Género, desigualdades y salud pública: conocimientos y desconocimientos. *Gaceta Sanitaria, 14*, 60-71.
- Ross, C. E. & Bird, C. (1994). Sex stratification and health lifestyle: Consequences for men's and women's perceived health. *Journal of Health and Social Behavior, 35*, 161-178.
- Ruíz, M. T., Vives, C., Papí, N., LaParra, D., Mateo, M. A., Pereyra, P., et al. (2005). *Indicadores para medir los determinantes de las desigualdades en salud desde la perspectiva del análisis de género*. Alicante: Universidad de Alicante. Departamento de Salud Pública. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Schrijvers, C. T. M., Stronks, K., Dike van de Mheen, H. & Mackenbach, J. P. (1999). Explaining educational differences in mortality: The role of behavioral and material factors. *American Journal of Public Health, 89*, 535-540.

- Siegrist, J. & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58, 1463-1473.
- Singh-Manoux, A., Ferrie, J. E., Chandola, T. & Marmot, M. (2004). Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: Evidence for the accumulation hypothesis? *International Journal of Epidemiology*, 33, 1072-1079.
- Smith, G. D., Hart, C., Hole, D., MacKinnon, P., Gillis, C., Watt, G., et al. (1998). Education and occupational social class: Which is the more important indicator of mortality risk? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 52, 153-160.
- Smith, G. D., Neaton, J. D., Wentworth, D., Stamler, R. & Stamler, J. (1996). Socioeconomic differentials in mortality risk among men screened for the Multiple Risk Factor Interventional Trial, I: White men. *American Journal of Public Health*, 86, 486-496.
- Smith, G. D., Shaw, M., Mitchell, R., Dorling, D. & Gordon, D. (2000). Inequalities in health continue to grow despite government's pledges. *British Medical Journal*, 320, Artículo 582. Recuperado el 26 de noviembre de 2008, de <http://0-proquest.umi.com.fama.us.es/pqdlink?PMID=28218&TS=1260827807&SrchMode=3&SrtM=0&PCID=1129353&VType=PQD&VInst=PROD&aid=1&clientId=35935&RQT=572&VName=PQD&firstIndex=30>
- Smith, G. D., Shipley, M. J. & Rose, G. (1990). Magnitude and causes of socioeconomic differentials in mortality: Further evidence from the Whitehall Study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 44, 265-270.
- Tubert, S. & Fraisse, G. (2003). *Del sexo al género: los equívocos de un concepto*. Valencia, España: Cátedra.
- Udry, J. R. (1994). The nature of gender. *Demography* 31, 561-573.

- Verbrugge, L. M. (1985). Gender and health: Un update on hypothesis and evidence. *Journal of Health and Social Behavior*, 26, 156-182.
- Verbrugge, L. M. (1989). The twain meet: Empirical explanations of sex differences in health and mortality. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 282-304.
- Wardle, J., Robb, K. & Johnson, F. (2002). Assessing socioeconomic status in adolescents: The validity of a home affluence scale. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, 595-599.
- Whitehead, M. (1990). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen, Dinamarca: World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Whitfield, K. E., Weidner, G., Clark, R. & Anderson, N. (2003). Cultural Aspects of Health Psychology. En I. B. Weiner (Ed. de la serie), A. M. Nezu, C. M. Nezu & P. A. Geller (Eds. del volumen), *Handbook of psychology: Vol. 9. Health psychology* (pp. 545-567). Nueva York, NY, EE. UU.: Wiley.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. Londres, Inglaterra: Routledge.