

# LA ATENCIÓN A LA SALUD EN EL HOGAR: DESIGUALDADES Y TENDENCIAS

Daniel La Parra Casado

**MG**  
MONOGRAFÍAS

**PUBLICACIONES**  
Universidad de Alicante



LA ATENCIÓN A LA SALUD  
EN EL HOGAR: DESIGUALDADES  
Y TENDENCIAS



Daniel La Parra Casado

LA ATENCIÓN A LA SALUD  
EN EL HOGAR: DESIGUALDADES  
Y TENDENCIAS

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

© de los textos: Daniel La Parra Casado  
© de la presente edición, 2002  
Publicaciones de la Universidad de Alicante  
Campus de San Vicente, s/n.  
03690 San Vicente del Raspeig  
Publicaciones@ua.es  
<http://publicaciones.ua.es>

Diseño de portada: Alfredo Candela

Preimpresión:  Espagrafic [www.espagrafic.com](http://www.espagrafic.com)  
C/. Aries, 7, entlo. D. Alicante

Impresión Publidisa  
ISBN eBook: 978-84-9717-106-9  
ISBN: 978-84-7908-677-0  
Depósito Legal: S. 200-2002

Reservados todos los derechos. No se permite reproducir, almacenar en sistemas de recuperación de la información, ni transmitir alguna parte de esta publicación, cualquiera que sea el medio empleado –electrónico, mecánico, fotocopia, grabación, etc.–, sin el permiso previo de los titulares de los derechos de la propiedad intelectual.

*A Eva*



## ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	11
Desigualdades en salud.....	15
<b>Capítulo 1. Hogar y salud</b> .....	21
1. Comprensión de la relación entre hogar y salud .....	21
1.1 De lo biológico a lo social.....	21
1.2 Determinantes sociales de la salud.....	22
1.3 El <i>Black Report</i> : una explicación estructuralista de las desigualdades en salud.....	24
1.4 La explicación psicosocial.....	29
1.5 Hacia los determinantes domésticos de la salud .....	32
1.6 Antecedentes sobre la influencia del hogar en la salud.....	35
2. Determinantes de la salud relacionados con el hogar.....	36
2.1 Bienestar material .....	36
2.2 Estilos de vida.....	42
2.3 El apoyo social.....	49
2.4 El trabajo asalariado y el no monetario.....	53
2.5 Interdependencia entre hogar, mercado de trabajo y Estado en los procesos de producción de desigualdades.....	56
<b>Capítulo 2. La atención a la salud en el hogar</b> .....	63
1. Importancia de los cuidados de salud en el hogar.....	63
2. El contexto de relaciones sociales de los cuidados de salud .....	70
3. Mecanismos por los que se originan desigualdades en el sistema informal.....	77
3.1 Desigualdad entre hogares.....	81
3.2 Desigualdad entre individuos .....	85

<b>Capítulo 3. Tendencias en la atención informal a la salud.....</b>	<b>91</b>
1. Tendencias en la demanda: el incremento de la necesidad de cuidados.....	91
2. Tendencias en la oferta de cuidados: la evolución de la estructura de hogares.....	98
3. La reducción del tiempo socialmente disponible .....	106
<b>Capítulo 4. Desigualdades en la atención a la salud en el hogar.</b>	<b>113</b>
1. La calidad de vida de las personas cuidadoras.....	113
2. Desigualdades en la provisión de cuidados.....	121
3. Desigualdades en el acceso a los cuidados de salud informales.	123
4. La movilización de la solidaridad familiar en hogares en situación de precariedad social. ....	128
<b>Conclusión.....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXO METODOLÓGICO. Entrevistas en profundidad y Panel Europeo de Hogares.....</b>	<b>149</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>161</b>

## INTRODUCCIÓN

Caer enfermo supone para la persona afectada y su hogar la movilización de toda una serie de recursos encaminados al restablecimiento de la salud o, al menos, a frenar las consecuencias más dañinas. Esta es una labor que implica tanto a quien padece la enfermedad, como a quienes están más próximos. Las alternativas que se presentan al enfermo y a los suyos ante una situación de este tipo dependerán de forma esencial de las fórmulas para dar respuesta a la enfermedad de la sociedad. Si preguntásemos cuál es el principal recurso al que se puede acudir cuando una persona enferma, en las respuestas se destacaría a la ciencia médica o, más concretamente, al conjunto de individuos que forman el sistema sanitario. A menudo tiende a pasar desapercibido un segundo tipo de recurso: el hogar. Sin embargo, los hogares superan al apoyo institucional en un indicador clave: el número de horas prestadas. Al estimar el volumen que suponen las ayudas por parte de familiares, se ha encontrado que los profesionales sanitarios (médicos, enfermeros y auxiliares) sólo desempeñan un 12% del total de horas dedicadas, en tanto que corresponde a los hogares el 88% restante (Durán, 1999). El desequilibrio es esencial, al menos, en cuanto a esfuerzo desempeñado. Quizá también se pueda destacar otras ventajas o aspectos en los que es superior el apoyo recibido por parte de familiares. Se supera la atención de los profesionales en aspectos tales como la eliminación de la necesidad de desplazamientos, la ausencia de listas de espera, la ausencia de horarios de atención reglados, el mayor reconocimiento de la persona afectada en todas sus dimensiones, ausencia de despersonalización u otros. De hecho, esto no siempre pasa desapercibido, y dentro del discurso político se puede encontrar a quienes proponen que, para dar respuesta a la llamada crisis fiscal del Estado de Bienestar, se puede confiar en la extraordinaria red de solidaridad proporcionada por los hogares.

El objetivo de este trabajo es preguntarse sobre el modo en que se distribuye la solidaridad de los hogares, en especial, cuando acontecen problemas de salud. Se trata de conocer cómo se organiza en España una parte de la respuesta social ante la enfermedad. No se persigue abrir un debate orientado a decidir si conviene que la sociedad vuelque sus recursos en la promoción y potenciación del sistema sanitario institucional o de la solidaridad familiar. Por el contrario, lo que se pretende es favorecer una mayor comprensión del papel jugado por los hogares, y en especial, por el colectivo de las mujeres, e introducir, a la vez, este aspecto como uno de los posibles factores relacionados con las desigualdades en salud que se padecen en nuestro país. Se trata de proporcionar una mayor visibilidad a un trabajo que es una de las principales garantías del bienestar, a pesar de que no cuente con una alta valoración social y no tenga remuneración alguna. En segundo lugar, se pretende conocer si el bienestar producido por la red familiar beneficia de igual modo a todos los ciudadanos y, de no ser así, qué colectivos son los que se encuentran en situación de desventaja.

El desentrañar estas cuestiones tiene el interés directo de poder hacer un acercamiento menos sesgado a los factores de los que depende nuestra salud. Éstos son tratados habitualmente desde una perspectiva exclusivamente médica. Sin embargo, a lo largo del texto se podrá comprobar que por útiles, pertinentes y asombrosas que hayan sido las aportaciones de la investigación médica en la mejora de la salud de las poblaciones nunca podremos sustraernos al hecho de que nuestro estado de salud depende de forma fundamental de cómo se organiza nuestro entorno social para prevenirnos de las causas y factores que provocan la enfermedad y del modo en que, una vez producida la enfermedad, la sociedad se organiza para darle respuesta.

El hogar se halla prácticamente ausente de la literatura sobre desigualdades, en especial, en la dedicada a la equidad en salud. Esta institución, de apariencia ideológicamente neutra o, en cualquier caso, promotora del bienestar, se omite de las explicaciones de la desigualdad o aparece únicamente cuando se considera como una red protectora o «colchón contra la pobreza». Sin desmentir esta idea, la argumentación servirá para conocer en qué medida una determinada forma de concebir el hogar, unida a un entorno económico concreto y a un diseño de la política social y sanitaria que se apoya en el hogar para atender ciertas responsabilidades, beneficia a una serie de colectivos que disfrutan de un mayor bienestar, mientras que otros ven reducidas sus oportunidades.

Se pretende, en esencia, contribuir a la pregunta sobre si las formas de organización de nuestra sociedad para atender a la enfermedad pue-

den estar produciendo desigualdades. Este interrogante ya ha sido tratado en parte por otros autores refiriéndose al sistema sanitario institucional. En los países con un Estado del Bienestar fuerte se desarrolló una red de servicios públicos universales orientados a garantizar la igualdad ante los problemas de salud de la población. Con toda probabilidad este tipo de iniciativa redujo gran parte de las desigualdades existentes en el acceso a los servicios sanitarios. No obstante, algunos autores han planteado serias dudas sobre su extinción total. Julian Tudor Hart (1971) en su trabajo sobre los efectos distributivos de las políticas de salud argumenta que el acceso a la atención sanitaria se distribuye de forma inversa al modo en que se producen los problemas de salud en la población: reciben mejor atención quienes menos la necesitan, lo que es especialmente cierto cuando el acceso a los bienes y servicios de salud se rige fundamentalmente por las reglas del mercado.

Sin embargo en lo referente al sistema sanitario informal, a la ayuda prestada por los hogares, se desconoce prácticamente todo acerca de sus posibles efectos distributivos. A pesar de ello, algunas de las medidas tomadas en los últimos años en materia de política sanitaria han favorecido directamente el mayor protagonismo de los hogares en el proceso terapéutico y de atención al paciente. El caso más conocido es el del proceso de desinstitucionalización de la población psiquiátrica, en virtud del cual, y persiguiendo el abandono de las prácticas segregacionistas aplicadas frecuentemente a personas con problemas de salud mental, se ha producido una reducción drástica del número de centros y de «camas» para estas personas, que deben ser atendidos directamente por sus familiares.

Un motivo que hace necesario preguntarse sobre los efectos distributivos de la atención en el hogar de las personas con problemas de salud crónicos es el creciente envejecimiento de la población, que está haciendo que la responsabilidad asumida por los hogares en materia de cuidados de salud esté creciendo de forma muy acelerada en las últimas décadas.

El acercamiento a los procesos distributivos y redistributivos de la atención informal resulta útil no sólo para describir los procesos por los cuales algunos grupos de la población se ven excluidos del bienestar, sino también para reconocer que en la atención a la enfermedad la combinación del cuidado profesional y el proporcionado de forma solidaria no se contraponen, sino que deben ser complementarios. Idealmente, los cuidados que se reciben en caso de enfermedad son una suma de cuidados profesionales y de cuidados informales (prestados por parte de familiares, voluntarios, vecinos o amigos). En realidad, si prestamos atención a cualquier episodio de enfermedad, descubrimos de forma inme-

diata que los familiares más próximos son los responsables de concertar las citas con el médico, de realizar el transporte al centro de salud, de obtener información sobre la enfermedad, de proporcionar todo tipo de atenciones cuando la persona está encamada. Son quienes pasan los días y las noches en el hospital realizando una importante tarea de apoyo emocional e incluso de atención directa al enfermo. Por todo ello, el conjunto de personas que comparten techo y vida en común, el hogar, puede cumplir una función tan esencial como la prestada por los médicos en cualquier proceso de pérdida, restablecimiento o mejora de la salud.

Sin embargo, la eficacia de los cuidados de salud informales es cuestionable y este es un punto central. Si el efecto de estos cuidados en la salud es nulo, no tiene ninguna importancia que su distribución sea desigual entre los diferentes grupos de la población. En efecto, la atención prestada de forma voluntaria, sin conocimientos específicos por parte de los familiares y guiada por lazos afectivos, puede no ser la mejor forma de favorecer el restablecimiento de la salud de una persona. Es fácil encontrar multitud de ejemplos en los que la práctica de cuidados de salud de forma intensiva en un hogar no haya mejorado en absoluto el estado de salud del paciente, en especial, en todos aquellos casos en los que los cuidados se prestan a personas que padecen alguna dolencia crónica de tipo degenerativo o alguna deficiencia física o psíquica de tipo estable.

No obstante, la eficacia de los cuidados informales puede establecerse en dimensiones diferentes a la curación. Una enfermedad puede afectar a la capacidad para realizar una vida autónoma, el estado de ánimo, la posibilidad de realizar tareas de higiene personal o del hogar, desempeñar tareas domésticas, el ejercicio de un trabajo o la capacidad de consumo. Lo que sufre, en caso de enfermedad, no es únicamente su organismo, sino aspectos esenciales de su vida y es aquí donde el apoyo de hogar puede resultar de un gran valor, sobre todo porque esos aspectos quedan normalmente desatendidos por cualquier otro tipo de institución. Es en este sentido en el que puede ser preocupante que unos colectivos determinados de la población se vean excluidos de las redes de solidaridad familiar en caso de enfermedad. La red proporcionada por el hogar puede ser, con independencia de sus efectos en el organismo, una garantía que reduzca la pérdida de bienestar material y que aumente el grado de satisfacción con el que se vive la situación de enfermedad.

La elección de los cuidados de salud como objeto de estudio introduce la esfera informal en la explicación de lo social, aspecto frecuentemente olvidado en las teorías sociales que prefieren centrar la atención en aspectos como el sistema sanitario, el ingreso o el mercado laboral. Con ello se pretende proporcionar un marco más adecuado para com-

prender las desigualdades de género que no pueden entenderse sin un análisis de las dinámicas de los hogares. No obstante, el análisis revela pronto que el mundo doméstico no sólo condiciona la vida de las mujeres ya que este entorno es igualmente esencial para comprender lo que le ocurre a los varones: la configuración de gran parte de las oportunidades vitales de los varones depende del tipo de hogar al que pertenecen y del tipo de dinámicas que en él se establecen. En segundo lugar, la esfera doméstica se desvela como un importante factor para explicar las desigualdades existentes entre los diferentes estratos socioeconómicos. Con esta perspectiva centrada en el hogar se descubre rápidamente el carácter relacional de las capacidades y oportunidades con las que cuentan los individuos. Como se verá, éstas se definen a partir de las relaciones que toda persona mantiene con las personas e instituciones que pueblan su entorno, puesto que éstas proporcionan recursos materiales y no materiales. En definitiva el análisis del hogar ayuda a comprender en qué medida nuestro bienestar está ligado al de quienes nos rodean y que las necesidades humanas se satisfacen principalmente mediante la interacción social.

## **DESIGUALDADES EN SALUD**

Cuando se explican los factores sociales relacionados con las desigualdades en salud, los trabajos se suelen centrar en los factores que provocan la pérdida de salud o en factores relacionados con la forma de respuesta de la sociedad a la enfermedad o, dicho de otra manera, el tipo de atención sanitaria o protección social recibida una vez se ha enfermado.

El análisis de los cuidados de salud informales se enmarcaría dentro del segundo tipo de estudios y, en este caso, está motivado por la complejidad que produce el hecho de que se desconozcan sus efectos distributivos, pese a que son la principal fuente de provisión de cuidados. Éste será el eje de la argumentación teórica y empírica, aunque el paso previo es conocer cómo el hogar afecta la producción y distribución de los problemas de salud.

En el primer capítulo se procede a revisar las explicaciones de las desigualdades en salud, examinando el papel que se ha concedido en ellas al hogar. Se observa que los distintos autores que trabajan en este campo han descrito la existencia de grandes desigualdades en aspectos tan básicos como la esperanza de vida, la mortalidad al nacer o la mortalidad por diferentes causas y que éstas favorecen a las personas que ocupan una mejor posición social, ya sea porque cuentan con más ingresos, habitan en los mejores barrios, desempeñan profesiones liberales o

pertenecen a un grupo étnico favorecido. La literatura usualmente explica dichas diferencias sin mencionar a los hogares, a partir de aspectos individuales como puedan ser las características de la ocupación desempeñada, el apoyo emocional proporcionado por la integración en redes sociales, el mayor acceso a los recursos que se deriva de un nivel de ingresos más alto o al estilo de vida más saludable de quienes cuentan con un mayor nivel educativo y, por tanto, se benefician de mayor capacidad en el manejo de la información. En este trabajo el desarrollo teórico presenta la novedad de valorar esos aspectos utilizando el hogar como unidad de análisis y no el individuo. Así, se presenta al hogar como una unidad económica de la que, normalmente, depende muy directamente el bienestar material de los individuos. Por otro lado, se subraya cómo los hogares suelen ser una de las principales fuentes de relaciones sociales y apoyo social. Se señala que los estilos de vida, además de relacionarse con factores y decisiones individuales, están vinculados con la adquisición de normas de actuación, esto es, los procesos de socialización que en muchas ocasiones dependen, de forma fundamental, de las pautas adquiridas en el hogar de origen. Por último, se muestra que la ocupación de un individuo no puede medirse únicamente a partir de su labor en el mercado de trabajo remunerado, sino que lo que determina la carga laboral es el reparto de las tareas productivas (trabajo remunerado) y no mercantiles (cuidados de salud, tareas domésticas, cuidado de niños) entre los miembros que comparten vida en común.

Se presenta, pues, a los hogares como determinantes claves del nivel de ingresos, del nivel educativo, del apoyo social e, incluso, de la carga laboral, esto es, de los factores que habitualmente menciona la literatura para explicar las desigualdades sociales en salud.

La idea que se defiende es que la introducción del hogar puede servir para comprender algunas pautas de desigualdad. Por ejemplo, las desigualdades de género pueden estar relacionadas con la dinámica interna de los hogares y las de clase con la adscripción de los individuos a hogares con distintos niveles de recursos y capacidad de adaptación. Es más, puede proporcionar algunas ideas sobre el modo en que ambas dinámicas, las de género y las de clase, pueden ser interdependientes.

Una vez especificados qué tipo de hogares son los que se encuentran en una situación de desventaja relacionadas con la salud, se puede comprender mejor el impacto distributivo de los cuidados de salud. En el segundo capítulo se ahonda en las características de la respuesta informal a la enfermedad y se destacan los mecanismos por los que un sistema de bienestar que confía de forma decidida en los hogares puede producir

desigualdades en ciertos colectivos de la población. Dichas desigualdades podrían producirse por varios procesos:

Los cuidados de salud estarían actuando como una forma de equilibrar las desigualdades sólo en el caso de que los estratos sociales más desfavorecidos sean los que reciben más apoyo informal, dado que dichos estratos están afectados por una mayor mortalidad y morbilidad.

Las consecuencias de una mala distribución de la respuesta informal pueden afectar a personas distintas a los pacientes. Se pueden extender a las personas cuidadoras (habitualmente mujeres) e, incluso, al conjunto del hogar. En este caso, la desigualdad se puede producir por los problemas que pueda generar a la persona cuidadora o a su hogar las atenciones a una persona dependiente y, si esos problemas varían en función del género y la clase social de la persona cuidadora. En concreto, las consecuencias de la prestación de cuidados se pueden traducir en pérdidas en la calidad de vida, ya sea medida en términos de bienestar material, satisfacción vital, estado de salud o nivel de oportunidades vitales.

Las mujeres y las clases bajas pueden estar asumiendo una mayor responsabilidad en la atención de personas enfermas y ello supondría que dicho sector de la sociedad asume una mayor parte del coste del sistema informal para dar respuesta a la enfermedad.

En el tercer capítulo se observan las principales tendencias que se están produciendo en la oferta y demanda de cuidados relacionadas con el envejecimiento de la población, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado y las transformaciones de la estructura de hogares.

En un último capítulo se ilustran los mecanismos de generación de desigualdades a partir de la explotación de datos de encuesta (principalmente el Panel Europeo de Hogares para España en 1994) y de datos extraídos de 55 entrevistas en profundidad mantenidas con mujeres en situación de pobreza. Este trabajo sirve para conocer en qué medida se ve afectada la calidad de vida de las personas cuidadoras, sobre qué grupos sociales recae la mayor parte del coste del sector informal y quiénes son los mayores beneficiarios del apoyo informal. Se introduce además una descripción de las características de los hogares empobrecidos que condicionan sus posibilidades de movilizar la solidaridad familiar.

La principal constatación obtenida es que, a pesar de que los hogares realizan una labor fundamental para proteger a sus miembros ante la enfermedad, incluso muy superior a la que realiza el Estado, no todos los hogares se encuentran en las mismas condiciones para producir cuidados de salud. Se llega a la conclusión de que las clases más desfavorecidas y las mujeres son las que soportan la mayor parte del coste de un sistema de bienestar que confía en los hogares como red de protección y que, a

su vez, dichos grupos son los peor atendidos cuando se encuentran en situación de necesidad por motivos de salud.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a José María Tortosa la dirección de la investigación que condujo a la lectura de mi tesis doctoral y ahora a la presentación de esta monografía. El trabajo fue financiado a partir del proyecto «Indicadores dinámicos del empobrecimiento de las mujeres, ref. IM-0003» por parte del instituto de la mujer. Agradezco especialmente a las mujeres entrevistadas en la parte cualitativa de este trabajo su generosa participación en las entrevistas y el haber aportado gran parte de las ideas que han sido incluidas en este libro. La cooperación con Eva Espinar y Miguel Ángel Mateo en el trabajo de campo fue fundamental para realizar las entrevistas. Cáritas y sus profesionales facilitaron eficazmente la puesta en contacto con las mujeres a entrevistar. Los compañeros de los Departamentos de Salud Pública y de Sociología de la Universidad de Alicante han proporcionado un entorno idóneo de trabajo, han enriquecido las discusiones y han impulsado mis pasos a lo largo de este proyecto.



# **CAPÍTULO 1. HOGAR Y SALUD**

## **1. COMPRENSIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE HOGAR Y SALUD**

### **1.1. De lo biológico a lo social**

Virus, bacterias, genes, la carencia de ciertos nutrientes (vitaminas, hierro, proteínas...) o los traumatismos, entre otros, son tradicionalmente reconocidos como causas y orígenes de las enfermedades. Las principales formas que tenemos de evitar las enfermedades son la reducción de la exposición a los factores de riesgo, la vigilancia de la composición de la dieta, la vacunación, las revisiones médicas o, una vez la enfermedad se ha manifestado, la recepción del tratamiento médico adecuado.

Dentro de este esquema la noción misma del hogar como determinante de la salud puede resultar extraña. Sin embargo, la vida familiar puede tener un efecto considerable en nuestra salud. En realidad así lo sugieren múltiples estudios: los niños de hogares monoparentales cuentan con mayores tasas de mortalidad infantil que los niños nacidos en otro tipo de hogares (Leon, 1992), además de las complicaciones en el nacimiento, estos niños sufren más accidentes domésticos (Östberg, 1997). Las personas casadas tienen menores tasas de mortalidad que las solteras, divorciadas y viudas (Joung, 1996). Las personas que viven en solitario declaran peores niveles de salud autopercebida que quienes viven acompañados. Uno de cada cuatro episodios de enfermedad es atendido en casa sin intervención de ningún profesional sanitario (Durán, 1999). El aumento del peso de la actividad doméstica se asocia con peor salud para las mujeres, pero no para los varones (Artazcoz, 1999). Los cambios en las pautas de fecundidad se consideran como uno de los principales factores que explica la mejora de la salud de las mujeres a lo largo del siglo (Annandale, 1998) y un largo etcétera.

Hasta cierto punto la influencia de la vida familiar tiene una trascendencia que no es inesperada ya que el hogar configura múltiples aspectos de nuestras vidas: tiene un protagonismo esencial en la socialización primaria, en el ejercicio del control social, en la organización de la actividad productiva y pautas de consumo, en la transmisión de la cultura y en el hecho de que de su funcionamiento depende el bienestar de sus miembros.

La acumulación de información sobre los efectos de variables relacionadas con el hogar en la salud, a la vez que el papel central de la institución familiar en la configuración de nuestra experiencia vital, hacen pensar que existe un abundante volumen de teorías explicativas sobre la influencia del hogar en la salud. Sin embargo, nos encontramos con que la mayor parte de los estudios se limitan a describir asociaciones con significación estadística entre una determinada variable familiar y un mejor o peor estado de salud o un determinado grado de acceso a los servicios sanitarios. Los intentos teóricos que ofrezcan una explicación sistemática a la relación entre hogar y salud todavía son escasos.

## **1.2. Determinantes sociales de la salud**

Una de las constataciones más claras y alarmantes de la investigación epidemiológica y social sobre la salud es la demostración empírica de la existencia de extraordinarias diferencias en los niveles de salud entre los colectivos de la población más favorecidos y los más desfavorecidos. La desigualdad detectada se observa en aspectos como la duración de la vida (los hijos de padres con profesiones liberales en el Reino Unido tienen una esperanza de vida más de cinco años superior a los hijos de padres con ocupaciones no cualificadas, Black, 1980) o en la gravedad de la enfermedad (los grupos desfavorecidos no sólo sufren la enfermedad con mayor frecuencia, sino que la pueden experimentar a edades más jóvenes –Whitehead, 1990– y con mayor nivel de gravedad –Eachus, 1999–). Estas desigualdades se producen incluso en enfermedades que no son susceptibles de intervención médica (Marmot, 1999). La investigación ha revelado la importancia del contexto social en la explicación de la salud al tiempo que apunta que las causas de la enfermedad no son siempre estrictamente biológicas y su remedio no depende exclusivamente de intervenciones biomédicas (Duhl, 1986).

Estos hallazgos han dado lugar a una serie de teorías que han perseguido explicar cómo se originan y mantienen todas estas desigualdades. Entre ellas se destaca principalmente las que han adoptado una perspectiva estructuralista (la sistematizada en el llamado *Black Report* y en informes posteriores) y las que optan por destacar factores de tipo psico-

social (con Richard Wilkinson como principal impulsor). Una exposición breve de sus principales planteamientos servirá para conocer la escasa importancia que se ha concedido en ellas al hogar y las lagunas que de ello se pudieran derivar.

En cualquier caso, las teorías sobre las desigualdades sociales en salud no son nuevas. Nos podemos remontar a los textos críticos contra la industrialización del siglo XIX y, en especial, a los de Engels relativos a las condiciones de vida de la clase obrera en los que encontramos toda una enumeración de condiciones sociales que afectan de forma desigual al estado de salud de las clases trabajadoras. Engels (1844) denuncia cómo atacan la salud de los trabajadores la contaminación del aire, la mala ventilación de las construcciones, la falta de higiene, la escasez de agua, la ausencia de recogida de basura y de sistemas de alcantarillado, el hacinamiento, la comida adulterada e indigesta, la tensión emocional, la privación de cualquier forma de satisfacción a excepción de la relación sexual y el alcohol, las largas jornadas de trabajo hasta el agotamiento de la energía física y mental, la falta de acceso a los médicos, el consumo inadecuado de medicamentos o la falta de cuidados a los niños debido al trabajo de ambos progenitores, todo lo cual, sería resultado de la opresión ejercida por las clases dirigentes sobre la clase trabajadora:

*«cuando una persona inflige un daño físico a otra, produciéndole la muerte, el acto es denominado homicidio sin premeditación; cuando el agresor conoce de antemano que el daño será fatal, llamamos a su acto asesinato. Pero cuando la sociedad sitúa cientos de proletarios en una posición en la que de forma inevitable se encontrarán con una muerte prematura e inevitable (...), cuando priva a miles de personas de la satisfacción de las necesidades vitales, situándolos en condiciones en las que no es posible vivir –obligándolos, a través de la fuerza de la ley, a permanecer en esas condiciones hasta que la muerte sea la consecuencia inevitable–, la sociedad sabe que esos miles de víctimas perecerán y aun así permite que esas condiciones se mantengan, éste acto es un asesinato con tanta rotundidad como lo es el acto individual; asesinato disfrazado e intencionado contra el que nadie puede defenderse por sí mismo (...) porque nadie ve al asesino, porque la muerte de la víctima parece natural en tanto que el delito es más por omisión que por comisión. Pero asesinato al fin y al cabo.» (Engels, 1844).*

Conclusiones similares eran compartidas en España por autoras como Concepción Arenal, quien en su obra de *Del Pauperismo* (1889) realiza la siguiente denuncia:

«...el médico del hospital o de los socorros domiciliarios certifica de la muerte o da cuenta de tal o cual enfermedad que afecta al pulmón, al estómago o al hígado; pero si, en vez de hacer constar los efectos, se buscara la causa del mal, resultaría que una enferma estaba 12 ó 14 horas doblada sobre la costura o dando a la máquina y comiendo mal; que la otra se levantó y trabajó antes de tiempo, recién parida o criando y comiendo mal tenía que desempeñar una ruda tarea; que la de más allá, en una época crítica, en vez de hacer ejercicio, respirar aire puro, oxigenar bien su sangre y entonarse con una buena alimentación, estuvo en el taller o en la fábrica respirando una atmósfera infecta, sentada siempre o siempre de pie, con posturas y esfuerzos antihigiénicos, humedad, mucho frío o mucho calor. Centenares, miles, muchos miles de mujeres, para la ciencia médica sucumben de esta o de la otra enfermedad; pero la ciencia social sabe que mueren de trabajo...».

Desde la industrialización hasta nuestros días las condiciones de las clases trabajadoras se han modificado sustancialmente dando lugar a nuevas explicaciones de las desigualdades en salud. Repasémoslas.

### **1. 3. El Black Report: una explicación estructuralista de las desigualdades en salud.**

La redacción del *Black Report Inequalities in Health* en 1980 en el Reino Unido (aunque no se imprimirá hasta 1982 por motivos políticos) marca un hito en la investigación sobre los determinantes sociales en salud (Townsend y Davidson, 1982). La obra tuvo un impacto considerable en la esfera pública inglesa y entre la comunidad científica. En este informe se destacan diferentes desigualdades sociales en salud utilizando fundamentalmente como indicador la clase social ocupacional. Se llegó a la conclusión de que la mortalidad de los estratos sociales más bajos era más de dos veces superior a la de los estratos socioeconómicos altos. Dicha superioridad, aunque variable en su amplitud, se encontraba prácticamente para todas las causas de muerte –con excepciones puntuales como el cáncer de mama-. Estudios posteriores encontraron desigualdades similares al medir el grado de incapacidad, la salud autopercebida, la prevalencia de enfermedades crónicas, la estatura, la salud dental o el peso al nacer entre los diferentes estratos socioeconómicos o, como es habitual en los Estados Unidos, entre los diferentes grupos étnicos (Alvarez-Dardet et al, 1995).

El *Black Report*, antes de decidirse por una explicación de tipo estructuralista, proponía cuatro explicaciones posibles a los resultados: 1) problemas en la construcción de los indicadores, 2) procesos naturales y sociales de selección, 3) elementos culturales o conductuales y 4) facto-

res materiales y estructurales. Pasamos a detallarlas, añadiendo igualmente las aportaciones actualizadas de Annandale (1998).

1) *Problemas en la construcción de los indicadores.* Los autores apuntan la posibilidad de que los resultados encontrados se deban en parte, pero nunca completamente, a errores de tipo metodológico relacionados con la propia calidad de los datos. Sobre todo teniendo en cuenta el hecho de que, a lo largo de las décadas del estudio, la proporción de trabajadores en cada una de las clases sociales estudiadas ha variado sustancialmente. La clase social V (ocupaciones no cualificadas)<sup>1</sup> ha reducido su tamaño y sus tasas de mortalidad se calculan, por tanto, a partir de un grupo reducido y extremo. Otro de los problemas que puede haber provocado un sesgo es la utilización de los registros de mortalidad, ya que mientras el denominador (número de personas en un grupo ocupacional) es tomado del censo, el numerador se obtiene a partir de la ocupación que figura en el certificado de defunción. Además puede haber problemas en la asignación de las causas específicas de muerte. En el caso de España el bajo nivel de cumplimentación de la casilla correspondiente a la ocupación en los certificados impide de hecho la utilización de esta fuente (Regidor, 1994). De todos modos este tipo de problemas no es común a todos los estudios. Las Encuestas de Salud, por ejemplo, dado su carácter transversal, pueden llegar a clasificaciones bastante fiables del estrato social y relacionarlo correctamente con diferentes indicadores de salud. Además, el creciente volumen de estudios que emplean otras medidas del nivel socioeconómico coinciden en mostrar un gradiente entre estado de salud y posición social, lo que aumenta la verosimilitud de la relación causal.

2) *Procesos naturales y sociales de selección.* De acuerdo con este esquema se invertirían los factores explicativos, de manera que la clase social se convertiría en variable dependiente y la salud en variable independiente. La idea que se defiende es que hay desigualdades en salud debido a que la gente con peor salud tiende a descender en la escala social, mientras que las personas saludables mejoran su posición. Los autores del *Black Report* señalaron que, aunque esto se cumple en parte, este punto sólo explicaría una mínima parte de las desigualdades encontra-

---

1. Clasificación de la clase social del British General Registrar. La clasificación consta de cinco categorías basadas en el estatus, el ingreso y el nivel educativo de las ocupaciones: clase I (profesionales), clase II (cuadros directivos y profesionales de menor estatus), clase IIIIN (ocupaciones cualificadas no manuales), clase IIIM (ocupaciones cualificadas manuales), clase IV (ocupaciones manuales semi-cualificadas) y clase V (ocupaciones no cualificadas).

das. Por otro lado, se apunta que sería difícil distinguir entre la selección directa provocada por la salud, es decir, movilidad social provocada únicamente por motivos de salud, o la selección indirecta en la que la movilidad social se explica por factores relacionados con la salud y la clase social tales como la educación.

Una argumentación sólida contra la idea del proceso de selección como explicación de las desigualdades entre clases sociales se puede encontrar en el caso de la población jubilada. Este colectivo debido a las pensiones no experimenta cambios sustanciales en su situación social, sin embargo dentro de este grupo de edad las desigualdades en salud en función de la clase social tienen también una gran magnitud (Arber y Ginn, 1993).

Si bien los procesos de selección no parecen explicar sino una pequeña parte de las desigualdades sociales en salud, no deja de ser un aspecto clave a la hora de dar cuenta de los procesos de movilidad social que no ha merecido un interés suficiente entre los investigadores de dicho campo. El empobrecimiento de las personas puede ligarse a motivos de salud, en especial en aquellos países en los que no existen redes de protección por parte del Estado o en los que la familia no proporciona un tejido integrador lo suficientemente sólido.

3) *Estilos de vida*. En este apartado el *Black Report* se refiere a la importancia de los aspectos culturales y conductuales en la salud. En las últimas décadas se han multiplicado las investigaciones en las que se demuestra cómo el estilo de vida de una persona afecta a los riesgos de enfermar y morir. Fumar, beber alcohol, el tipo de alimentación y la realización de ejercicio han sido subrayados como factores muy directamente relacionados con la salud. Dentro de esta línea, las desigualdades sociales en salud se explicarían debido a que los diferentes grupos sociales tienen diferentes conductas de riesgo determinadas fundamentalmente por su nivel educativo. En el caso inglés se puede comprobar que las clases bajas tienden a fumar más, beber más, tener una dieta menos equilibrada y realizar menos ejercicio. No obstante, los datos del Whitehall Study revelan que sólo un cuarto del gradiente en mortalidad por enfermedad coronaria puede ser explicado por factores como el consumo de tabaco, el nivel de colesterol, la tensión arterial, el índice de masa corporal y la actividad física (Annandale, 1999), lo que relativiza la importancia de los estilos de vida.

En otros países, como España, a pesar de que también existe un gradiente en salud por clase social, la contribución de los estilos de vida es aún menos clara y directa. Por ejemplo, en el caso de la ciudad de Barcelona, se sabe que en las mujeres el patrón de consumo de tabaco y

alcohol es el inverso (fuman más las mujeres de clase alta) y entre los hombres no se encontraron diferencias en el consumo excesivo de alcohol entre clases altas y clases bajas (Borrell et al, 1999).

Otro punto importante referente a los estilos de vida es la tendencia a considerarlos como factores estrictamente culturales. Esta afirmación debe ser matizada en la medida que el ejercicio de un estilo de vida depende de que estén disponibles los medios materiales para poder ejercerlo. Por ejemplo, la composición de la dieta puede depender de factores tan estructuralmente marcados como el volumen de renta familiar, la disponibilidad de tiempo o el tipo de oferta encontrado en cada barrio (Graham, 1984; Gutiérrez, 1994). Las personas que cuentan con escaso tiempo debido a obligaciones laborales, familiares o de estudio tenderán a la preparación rápida de comidas y a ingerir alimentos de rápida asimilación.

Por otro lado, el campo de los estilos de vida no se agota con la consideración del tabaco, el alcohol, el ejercicio y la dieta. Aunque existen estudios sobre la influencia de los hábitos de sueño, las horas de descanso, los comportamientos sexuales, el consumo de drogas, las formas de desplazarse, los hábitos de higiene o la forma personal de hacer frente a las diferentes situaciones de la vida, es difícil que se llegue a precisar cómo pueden contribuir a las desigualdades en salud. Esta línea de trabajo podría proporcionar claves interesantes.

4) *Factores materiales y estructurales.* Esta hipótesis es para los autores del informe la que encuentra una mayor fuerza explicativa. Indican que, a pesar de que el crecimiento económico ha aumentado el estándar de vida del conjunto de la población, todavía existen determinados grupos sociales que se ven enfrentados a problemas de escasez, es decir, que el crecimiento económico no ha acabado con las diferencias de clase social y que la pertenencia a una determinada clase social condiciona las oportunidades materiales disponibles y, por tanto, el nivel de salud. Los partidarios de este tipo de explicación de las desigualdades sociales en salud se pueden dividir en dos grupos. Un primer grupo, más estructuralista, entiende que las clases sociales siguen siendo entes reales definidos por relaciones sociales estructuradas y por la acción de clase. Así, autores como Navarro (2001) argumentan que clases sociales a través de sus representantes políticos ejercen una influencia decisiva en la organización de la asistencia sanitaria y la política social en un determinado Estado.

Una segunda corriente, dentro de una visión de los estratos sociales más weberiana, se caracteriza por conceder menos peso al aparato teórico en la explicación de los resultados empíricos. En ella se tiende a con-

siderar la clase social como un constructo metodológico capaz de captar una variedad de desigualdades entre las personas, pero que en ningún caso puede considerarse que compartan algún tipo de experiencia colectiva de tipo político o en cuanto a su posición en las relaciones de producción. En este sentido, el estrato social puede considerarse como una convención útil para medir las desigualdades. Esta corriente es la más frecuente en las publicaciones epidemiológicas y, aunque utilizan el término «clase social» se hace más con un sentido de estrato social o posición socioeconómica, que como un indicador de la posición en las relaciones de producción. La construcción del indicador de clase social del British Registrar General responde a este criterio, según el cual la posición queda determinada por la ocupación del individuo (o del cabeza de familia cuando se clasifican hogares) y el gradiente se establece en términos de cualificación e ingreso asociados a cada una de las ocupaciones. Las diferencias entre la concepción marxista y weberiana (sobre todo, tal y como fue interpretada dentro de estructural funcionalismo) han tenido una gran trascendencia en el análisis de clase, para una primera aproximación a este punto puede consultarse, por ejemplo, Feito Alonso (1995).

Tras el *Black Report*, otros informes posteriores han obtenido resultados similares. Dentro del ámbito británico destacan *The Independent Inquiry into inequalities in health* (Acheson, 1998), *Our healthier nation: a contract for health* y *Saving lives: our healthier nation* (Department of Health, 1998 y 1999). En España dichos informes no cuentan con una tradición tan asentada como en Inglaterra ni con fuentes de información sanitarias equivalentes que permita llegar a los mismos niveles de concreción. Se destacan, no obstante, las obras *Desigualdades Sociales en Salud* de Regidor et al. (1994) y el detallado informe de Navarro y Benach sobre desigualdades en salud (1996).

La mayoría de estos informes se han caracterizado por conceder preferencia al enfoque descriptivo sobre el explicativo o, en cualquier caso, por mantener la explicación material de las desigualdades en salud. Los factores clave en la explicación de las desventajas padecidas por los estratos sociales más desfavorecidos serían el nivel de ingresos (que mide la capacidad para acceder a los bienes y servicios necesarios para satisfacer las necesidades vitales), el nivel educativo, la calidad de la vivienda, el acceso al sistema de transporte, las condiciones laborales, el acceso a asistencia sanitaria de calidad, la posibilidad de realizar ejercicio físico o la exposición a la contaminación.

La perspectiva sobre las desigualdades en salud que ha centrado nuestro interés hasta el momento se centra en la observación de cómo

ciertas variables sociales mensurables en los individuos (ingreso, ocupación, género, etnia, educación) se relacionan con diferentes riesgos de morbilidad y mortalidad. Un segundo tipo de enfoque parte del nivel poblacional en su análisis y se centra en conocer la influencia de fenómenos supraindividuales en la salud, tales como el desempleo, las políticas alimentarias, la política social, la organización productiva, la desigualdad económica o el patriarcado.

Aunque dentro de la explicación estructuralista ha predominado el interés por el nivel de análisis individual, también se ha adoptado en ocasiones la perspectiva poblacional. Por ejemplo, para Lynch et al. (2000) resulta clave la situación de las infraestructuras públicas para explicar las desigualdades en salud: educación, servicios de salud, transporte, controles ecológicos, seguridad alimentaria, calidad de la vivienda y legislación laboral.

#### **1.4. La explicación psicosocial**

Los trabajos de autores como Wilkinson, Marmot, Kawachi, Kennedy y Baum partidarios de hipótesis psicosociales han abierto un amplio campo en las investigaciones sobre determinantes sociales de la salud. Su trabajo se inicia a partir de la constatación de que en los países con el PIB más alto la desigualdad en el ingreso se asocia estrechamente con indicadores como la esperanza de vida o la mortalidad. De hecho, la asociación entre riqueza material medida a partir del producto interior bruto (PIB) y mejora de la salud es válida al comparar países ricos y pobres, pero pierde todo poder explicativo entre los países de mayor capacidad económica.

Una primera explicación de los resultados de la asociación en el nivel ecológico entre desigualdad en el ingreso y el nivel de salud es que sea debida a la influencia del bajo ingreso en el nivel individual. Esta es parte de la explicación, aunque no es suficiente. Se conoce, por ejemplo, que incluso los grupos más favorecidos de los países más desiguales cuentan con peores indicadores de salud que sus homólogos de países más igualitarios (Leon, 1992; Wilkinson, 1996). Múltiples trabajos, pese a que no descartan la influencia de la asociación en el nivel individual, señalan la importancia de los efectos contextuales derivados de la desigualdad en el ingreso (Ecob, 1999; Lynch, 2000; Wilkinson, 2000).

Para explicar el modo en que un ambiente social caracterizado por un grado elevado de desigualdad en el ingreso se puede transformar en un peor estado de salud en los individuos, los partidarios de la hipótesis psicosocial, grupo encabezado por Wilkinson (1999), introducen toda una serie de factores psicosociales. En concreto, el principal efecto de la

desigualdad sería provocar toda una serie de condiciones psicosociales poco positivas para la salud, en especial, el estrés.

El estrés psicológico tendría un doble impacto sobre la salud (Elstad, 1998). En primer lugar, un *efecto directo* de tipo somático: un organismo expuesto a condiciones de estrés continuo del sistema nervioso acaba padeciendo cambios dañinos en otros órganos vitales y en el funcionamiento del cuerpo. En especial se ven dañados el sistema cardiovascular, el sistema endocrino, el sistema inmunológico y, en general la capacidad de homeostasis condicionando las respuestas del organismo y provocando una mayor vulnerabilidad y menor capacidad de recuperación. Así, un estado prolongado de estrés se asocia con pérdidas de salud mental y física (Hemingway y Marmot, 1998)<sup>2</sup>.

El *efecto indirecto* del estrés consistiría en la tendencia a reaccionar ante las situaciones adversas con el consumo abusivo del alcohol, de tabaco, adoptando conductas temerarias e, incluso, con el ejercicio de la violencia.

De acuerdo con esta hipótesis, el estrés en las sociedades modernas está fuertemente asociado con la calidad de las relaciones interpersonales y, éstas están determinadas en gran medida por la magnitud de las desigualdades sociales (Elstad, 1998). La calidad de las relaciones sociales puede verse afectada por la desigualdad de forma directa. En las sociedades más desiguales se experimentan niveles más elevados de homicidios (Kaplan, 1996; Kennedy, 1998), se declara menor confianza hacia los otros en las encuestas de opinión (Kawachi, 1997), mayores tasas de suicidio (Congdon, 1996) o se encuentran indicadores más altos de hostilidad (Wilkinson, 1999).

En una situación de baja calidad de las relaciones y en la que abundan las situaciones estresantes (desempleo, inseguridad económica) las personas más proclives al estrés son los individuos inseguros, con baja autoestima, quienes padecen ansiedad, quienes tienen falta de control sobre el trabajo (Rodríguez, 1999) y quienes sienten abandono o soledad (Brunner y Marmot, 1999). Todos esos factores pueden ser más frecuentes en las clases más desfavorecidas. Estudios en Lituania y Suecia sobre el nivel basal de cortisol en sangre, un marcador del estrés continuado, mostraron que el grupo de bajos ingresos tenía un nivel basal más elevado que el grupo de altos ingresos en Lituania, pero no en Suecia. Se han obtenido resultados similares al comparar mandos y soldados en el

---

2. Para una explicación más detallada de los efectos biológicos del estrés, véase Brunner y Marmot (1999) y Brunner (1997).

ejército alemán (mayores niveles entre los subordinados) (Brunner y Marmot, 1999).

En resumen, señalan que la desigualdad en el ingreso provoca un deterioro en las relaciones sociales. La jerarquía se relaciona con mayor violencia, inseguridad, desconfianza y una disminución de la cohesión social. En un ambiente social de estas características aumentan las situaciones de estrés. Las personas que más sufren son las expuestas a situaciones estresantes de forma continua. Este sería el caso de las clases sociales más desfavorecidas expuestas a la inseguridad en empleo y a problemas financieros, entre otros. La mayor exposición a situaciones estresantes quedaría reforzada por la mayor propensión al estrés provocada por la baja autoestima, el bajo control sobre el trabajo o la falta de inserción en relaciones sociales que proporcionen apoyo emocional. Los efectos del estrés en el organismo son graves y directos. El resultado final es que las clases sociales más favorecidas disfrutan de mejor salud que las clases sociales más desfavorecidas.

La perspectiva estructural y la psicosocial sirven para esclarecer, en buena medida, los motivos por los que se producen las desigualdades en salud e incluso, han apuntado intervenciones para la disminución de las mismas. Pueden leerse por ejemplo las recomendaciones del propio *Black Report* o las incluidas en el *Acheson Report* (1998). Aunque la perspectiva psicosocial ha sido criticada por autores como Muntaner (2000) y Lynch (2000), sobre todo, por reducir el peso de los factores económicos que intervienen en la estratificación social, se pueden encontrar algunos puntos en los que ambas perspectivas se solapan. Recordemos, por ejemplo, que Wilkinson señala que los factores psicosociales son los que contribuyen de forma más determinante a la explicación de las desigualdades sociales sólo entre los países económicamente más fuertes (requisito material), pero que entre los países más pobres sigue siendo determinante el nivel de riqueza material. Otro punto en el que se solapan es en el hecho de que, al fin y al cabo, quienes padecen factores psicosociales negativos y quienes cuentan con recursos materiales limitados son los estratos sociales desfavorecidos. En cierta medida son explicaciones que se yuxtaponen puesto que el estrés psicosocial y la escasez de recursos materiales están asociados.

En otros puntos se contraponen. La visión materialista predice que los incrementos en los niveles de vida se traducen en mejoras de la salud de la población. Para los partidarios de hipótesis psicosocial, los incrementos en el nivel de vida se traducen en mejoras de la salud únicamente cuando hay una disminución de la desigualdad. Se encuentran argumentos a favor de las dos situaciones: Wilkinson (1996) muestra cómo

los países que reducen su nivel de desigualdad en el proceso de crecimiento aumentan su nivel de salud más rápido que quienes tienen un crecimiento de la desigualdad. Lynch et al. (2000) argumentan que la reducción en los últimos años en la mortalidad, en especial la cardiovascular, en países como Finlandia, Inglaterra, Japón, Nueva Zelanda o USA, son difícilmente atribuibles a mejoras en las relaciones interpersonales o a la disminución de la desigualdad, puesto que de hecho en dichos países ha crecido la desigualdad.

En cualquier caso ambos modelos parten de la realidad social de los países económicamente más fuertes y se fundamentan sobre todo en la aportación empírica sobre los Estados Unidos y el Reino Unido, por lo que los comportamientos de las desigualdades en salud en el resto de las partes del mundo pueden ser dependientes de procesos muy distintos a los propuestos por dichas teorías.

A continuación comentaremos cómo el olvido de los hogares en ambas propuestas puede dejar sin explicar importantes procesos por los que se producen las desigualdades en salud.

### **1.5. Hacia los determinantes domésticos de la salud**

Las teorías mencionadas para explicar las desigualdades en salud han sido insuficientes para explicar ciertos procesos por los que se producen las desigualdades en salud. En concreto, presentan lagunas a la hora de explicar las diferencias en el estado de salud de hombres y mujeres, ignoran la influencia de las formas de trabajo no mercantiles y entienden el bienestar como una realidad relacionada con los flujos monetarios.

Dichas teorías se centran en explicar las diferencias de clase, pero descuidan el hecho de que la salud de mujeres y hombres difiere de forma esencial (Fernández, 1999; Artazcoz, 2001; Rohlf, 2000). De modo esquemático se puede describir que los hombres registran una mortalidad más elevada, mientras que las mujeres padecen mayor morbilidad. Esta simplificada afirmación, a matizar para los diferentes tipos de enfermedad y causas de muerte y cambiabile según los contextos sociales y los grupos de pertenencia de mujeres y hombres, se ha relacionado con el hecho de que en la mayoría de los lugares del mundo las mujeres viven una situación de mayor privación que los hombres. Al hablar de las diferencias de clase, no se puede dejar de lado el hecho de que las mujeres suelen disfrutar de menos oportunidades en el interior de los hogares (Cantillon, 1998; Roman, 1999; Vogler, 1999) y que ellas tienden a formar parte de los hogares con mayor vulnerabilidad ante la pobreza (hogares monoparentales, hogares unipersonales formados por una persona anciana).

De hecho los estudios centrados en la influencia de la posición socioeconómica en la salud suelen encontrar problemas a la hora de interpretar los resultados relacionados con las desigualdades en salud en el caso de las mujeres. Por ejemplo, en la Encuesta de Salud del País Vasco (Departamento de Sanidad, 1998) se obtiene un claro gradiente en la salud autopercebida de los varones, mientras que el gradiente disminuye o desaparece cuando se estudia a las mujeres. Estos resultados se repiten con frecuencia (Macynaire, 1997), lo que ha llevado a autoras como Krieger (1999) a proponer otras formas de clasificación de la clase social. Para la autora citada el problema reside en que las escalas para la medición de la posición socioeconómica clasifican a las personas no ocupadas (la mayor parte mujeres) según la ocupación del cabeza de familia. Esto supone que la clasificación de las mujeres se realiza en función de la situación de los varones y no en función de la propia situación social y laboral de las mujeres. Por ello propone la utilización de lo que denomina «indicador neutro de clase» que determina el estrato social del hogar a partir de un indicador aditivo que considera la ocupación de ambos esposos. Con esta forma de medición se muestra efectivamente la existencia de un mayor gradiente por posición socioeconómica en el grupo de las mujeres que el que se obtenía a partir de la información del cabeza de familia. Aun así la autora es consciente de que la clasificación de las ocupaciones del British Registrar se realiza de acuerdo con valores masculinos y, por ejemplo, establece escasas diferencias entre quienes trabajan en el sector servicios en el que se concentran la mayor parte de los empleos femeninos.

En cualquier caso, las medidas de la posición socioeconómica basadas en la ocupación presentan la limitación de considerar únicamente uno de los mundos laborales. Se olvida el trabajo reproductivo o de tipo no mercantil. Esta carencia ha sido mostrada en los estudios sobre desigualdades con enfoque de género que se han preocupado por el análisis de los roles sociales de las mujeres, con especial atención a los roles familiares. Arber (1991) critica directamente que en la explicación del *Black Report* se omite cualquier consideración sobre los roles familiares y apunta la necesidad de integrar el análisis de roles con enfoques más estructurales. Argumenta que el trabajo remunerado de las mujeres puede ser visto a un mismo tiempo como un rol adicional, que puede implicar un esfuerzo complementario sobre sus demandas domésticas, y como una variable estructural que indica la posición de la mujer en el mercado de trabajo. Esto se evidencia al comparar los hogares con un solo perceptor de ingresos con los que concentran dos o más. En primer lugar, porque en el interior de estos últimos se produce una transformación

importante de la división tradicional de papeles, ya que la mujer incorpora al trabajo reproductivo las obligaciones de un trabajo remunerado. En segundo lugar, porque los hogares con dos perceptores de ingresos normalmente ocuparán una posición socioeconómica más favorable que los otros debido tanto a la mayor cantidad de recursos económicos, como a la mayor estabilidad financiera. En tercer lugar, porque dada la actual segmentación del mercado de trabajo femenino y sus condiciones laborales, sólo las mujeres con puestos de trabajo de gran calidad (sobre todo en el sector público) o aquellas en una situación de gran necesidad pueden permitirse trabajar cuando tienen niños pequeños (Gornick, 1997 y 1998).

Las investigaciones que han empleado el enfoque propuesto por Arber, considerando a un mismo tiempo la influencia de los roles familiares y de la clase ocupacional (Popay, 1993; Annandale, 1998; Bartley, 1992; Macintyre y Hunt, 1997; Emslie, 1999 y Khlat, 2000), sirven para comprender cómo la situación de las mujeres está configurada por la realidad familiar y la de clase social de forma conjunta. Los resultados de este tipo de investigación muestran que tienen mejor salud quienes ocupan posiciones favorables en el hogar y en el mercado de trabajo y peor salud quienes están en una mala posición en ambos mundos (sobrecarga doméstica más desempleo). Una de las conclusiones que se extrae de este tipo de investigaciones es que la posición social de la mujer no se determina únicamente a partir de los roles que desempeña (en el hogar, en el mercado de trabajo, en la esfera pública), sino que todos esos roles varían según el estrato social de pertenencia. Así, el ejercicio de un trabajo remunerado no significa lo mismo para las mujeres que se sitúan entre los estratos sociales favorecidos y para las que están en los desfavorecidos.

Un último problema de las explicaciones tradicionales de las desigualdades en salud es su tendencia a identificar el bienestar con la presencia o ausencia de recursos materiales, más concretamente de un determinado nivel de ingreso. Esto, si bien es una parte importante, ignora que el bienestar se sustenta sobre múltiples realidades no monetarias. Las propuestas de Boulding (1976, 1978 y 1992) son esenciales para comprender el peso de las formas no monetarias en la consecución de un determinado nivel de bienestar. El autor destaca la presencia de las donaciones como una parte esencial de la organización de la actividad económica. Por donaciones entiende la transferencia unidireccional de bienes económicos. Donaciones son, por tanto, la ayuda al desarrollo, las herencias, los cuidados, la educación, la nutrición y cuidados de salud que se da a los niños y personas dependientes, los impuestos, las subvencio-

nes, los regalos, los subsidios o el trabajo doméstico. Como se puede observar, instituciones como la familia o el Estado serían inconcebibles sin este tipo de relación. Incluso las empresas presentarían grandes disfunciones si los trabajadores y directivos se limitaran a cumplir con los intercambios estipulados en sus contratos. También sería imposible un sistema económico en que todos los intercambios fueran de carácter monetario.

De acuerdo con este enfoque, las desigualdades en salud pueden depender en buena medida de quiénes sean las personas que realizan las donaciones y quiénes sean los beneficiarios de las mismas. El hogar destaca como una de las principales instituciones en las que tiene lugar este flujo de donaciones.

Muchos de los problemas de salud que afectan a la población más desfavorecida podrían relacionarse con aspectos ajenos a la carencia de ingresos, aunque no debe olvidarse. En concreto, pueden ser relevantes procesos como el fracaso escolar, la desprotección ante el sistema legislativo, la negación del derecho de ciudadanía (sobre todo a inmigrantes), la separación del mercado de trabajo, la exclusión del crédito, la falta de mecanismos para participar en la sociedad, la dificultad para acceder a los símbolos y usos del lenguaje de las clases poderosas, la existencia de situaciones sociales estigmatizantes (toxicomanía, SIDA, prostitución) o la adscripción a una determinada etnia. La falta de oportunidades vitales, en definitiva, son las que pueden sumergir a las personas en círculos de enfermedad y muerte. Estas oportunidades vitales dependerán de cómo se estructure el sistema educativo, el mercado de trabajo o la política social, pero también puede depender de la actuación del tejido familiar.

### **1.6. Antecedentes sobre la influencia del hogar en la salud.**

Se ha observado que en las principales teorías sobre las desigualdades en salud no se encuentra ninguna referencia sobre la posibilidad de que el entorno más cercano al individuo, su hogar, esté condicionando su salud. Sólo los estudios de género han empezado a plantearse la necesidad de integrar el análisis de roles familiares dentro de los esquemas estructurales sobre la relación entre posición socioeconómica y salud, aunque en ocasiones esto se ha hecho desde un enfoque más metodológico (la mejora de los indicadores para medir la posición socioeconómica de las mujeres) que teórico, esto es, con la intención de sistematizar el modo en que los hogares pueden determinar la salud. No obstante, existen dos importantes antecedentes, que han desarrollado un enfoque más sistemático de la relación entre este nivel familiar y el Estado. Destaca así el trabajo de Susser y colaboradores (1985) quienes dedican cuatro capí-