

*i*nforme

Salud y Género 2005



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

SECRETARÍA GENERAL
DE SANIDAD
AGENCIA DE CALIDAD
DEL SISTEMA NACIONAL
DE SALUD
OBSERVATORIO
DE SALUD
DE LA MUJER

Plan de **Calidad**
para el **Sistema Nacional**
de Salud



El Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) es un organismo de la Dirección General de la Agencia de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo desde el año 2004. Su fin es promover la disminución de las desigualdades en salud por razón de género. Actúa de manera participativa y colaborativa para generar y difundir conocimiento que permita el análisis de género y promueva la inclusión del enfoque de género y la equidad en las políticas y sistemas de salud.

Prólogo

Para abordar adecuadamente la salud de las mujeres y de los hombres es necesario considerar, entre otros, sus determinantes sociales y aquellas desigualdades que, por ser injustas y evitables, deben ser objeto de actuación de los poderes públicos.

Por ello, es importante investigar, recoger y difundir información sobre las desigualdades en salud por razón de género. Este Informe Salud y Género 2005, una de las 45 medidas adoptadas en el Consejo de Ministros de marzo del 2005 para favorecer la igualdad entre mujeres y hombres, nace con esa intención.

Este Informe es el primero de una serie que permitirá hacer un seguimiento de los avances logrados y de los aspectos que deben ir siendo abordados a lo largo del tiempo. En él se han incluido aquellos temas sobre los que ya tenemos evidencia de que existen desigualdades de género. Es el caso de las enfermedades cardiovasculares, el VIH/sida o los efectos de los distintos tipos de trabajo sobre la salud. Sobre ellos se plantean acciones para reducirlas.

El Informe muestra también la necesidad de que las autoridades de salud contemos con más y mejor información sobre las desigualdades de género que se manifiestan en otros asuntos relevantes como, por ejemplo, las lesiones por accidentes de tráfico, la obesidad o el consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales. Por ello, en el Informe se plantean acciones de investigación y estudio que permitan ir mejorando o completando su abordaje en un futuro inmediato.

Estoy convencida de que esta es una línea de análisis y de propuestas que está siendo ya, y lo va a ser aún más en el futuro, muy importante para mejorar tanto la equidad como la calidad de la atención sanitaria que nuestro Sistema Nacional de Salud ofrece tanto a las mujeres como a los hombres.

Elena Salgado Méndez
Ministra de Sanidad y Consumo

Equipo de trabajo:

- Bolaños Gallardo, Eva María. Observatorio de salud de la mujer. MSC. Madrid
- Colomer Revuelta, Concepción. Observatorio de salud de la mujer. MSC. Madrid
- Espiga López, Isabel. Observatorio de salud de la mujer. MSC. Madrid
- García Izaguirre, Clara. Observatorio de salud de la mujer. MSC. Madrid
- López Rodríguez, Rosa. Observatorio de salud de la mujer. MSC. Madrid
- Mosquera Tenreiro, Carmen. Observatorio de salud de la mujer. MSC. Madrid

Colaboraciones:

Dirección General de Salud Pública

Plan Nacional de Drogas

Instituto de la Mujer

Instituto de Información Sanitaria

Lligam Recerca (Consultora)

Agradecimientos por la revisión del manuscrito y aportaciones a:

- Mercedes Alfaro Latorre. Instituto de Información Sanitaria. MSC. Madrid
- Lucía Artazcoz Lazcano. Agencia de Salud Pública de Barcelona. Barcelona
- Carme Borrell i Thió. Red Investigación Salud y Género. Barcelona
- Flora de Pablo Dávila. Centro Investigaciones Biológicas del CSIC. Madrid
- Vicenta Escribá-Aguir. Red Investigación Salud y Género. Valencia
- Esteve Fernández. Gaceta Sanitaria. Barcelona
- Alberto Infante Campos. DG Agencia de Calidad. MSC. Madrid
- Daniel La Parra Casado. Universidad de Alicante. Alicante
- Luis Andrés López Fernández. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
- Lucía Mazarrasa Alvear. Red Investigación Salud y Género. Madrid
- Consuelo Miqueo Miqueo. Universidad de Zaragoza. Zaragoza
- Juncal Plazaola. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada
- Isabella Rohlf's Barbosa. Red Investigación Salud y Género. Girona
- Isabel Ruiz Pérez. Red Investigación Salud y Género. Granada
- Andreu Segura i Benedicto. Instituto de Estudios de Salud. Barcelona
- Marian Uría Urraza. Instituto Asturiano de la Mujer. Oviedo
- Carmen Valls Llobet. Red Investigación Salud y Género. Barcelona
- Enrique Terol García. Oficina de planificación sanitaria y calidad. MSC. Madrid
- Isabel Yordi. Unidad de género. OMS-Europa. Copenhague

INDICE

Resumen

1. Introducción
2. Aspectos conceptuales y definiciones
3. Aspectos demográficos
4. Salud autopercebida
5. Patrones de vida
6. Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales
7. Enfermedades prevalentes o graves
8. Utilización de los servicios de salud
9. Condiciones de vida y de trabajo
10. Violencia contra las mujeres
11. Planes de salud y Planes de igualdad
12. Conclusiones
13. Propuestas para la acción
14. Bibliografía

1. Resumen

El presente Informe es el primero en esta materia que realiza el Ministerio de Sanidad y Consumo, y su objetivo es contribuir a la reducción de las desigualdades entre mujeres y hombres.

Este Informe no trata de la salud de las mujeres, sino de la asociación entre salud y género, de cómo el género es un determinante de la salud. El Informe parte del reconocimiento de que género no es sinónimo ni de sexo ni de mujer, sino que se trata de un concepto relacional.

El Informe no pretende ser exhaustivo sino que aborda aquellos aspectos para los que ya existe evidencia sobre la necesidad de actuar sobre ellos con enfoque de género. Se deja para futuros Informes otros temas, que sin duda merecen atención, pero sobre los que se necesita disponer de más información y análisis antes de poder plantear propuestas para la acción.

Las tendencias demográficas más recientes de la población española son la baja fecundidad, el envejecimiento, el aumento de la inmigración y el impacto de todo ello sobre las estructuras de los hogares y sobre la prestación de cuidados formales e informales.

La mejora de la longevidad ha impactado en la evolución de la carga de enfermedad y discapacidad (diferente para mujeres y hombres). A su vez, ésta ha repercutido en la provisión de los servicios de cuidados personales en el seno de las familias, que continúan recayendo en las mujeres de la familia, incorporándose a ellos recientemente las mujeres inmigrantes contratadas.

El análisis de los determinantes de la salud muestra diferencias y desigualdades en función del género y la clase social. En general, los hombres siguen presentando estilos de vida menos saludables que las mujeres. Pero la importante y relativamente reciente incorporación de las mujeres a la esfera pública, ha hecho que algunos de los determinantes de su salud se vayan

asemejando más a los tradicionalmente masculinos (como sucede con el consumo de tabaco y alcohol). Por otro lado, se produce un reparto no equitativo de los tiempos y de las cargas de cuidados entre mujeres y hombres, tanto en ámbito público como en el privado, así como del acceso a los trabajos llamados productivos. Además, esta incorporación de las mujeres al trabajo productivo, sin la equivalente incorporación de los hombres al trabajo reproductivo, dificulta que las mujeres puedan disponer de tiempo para la realización de actividades físicas, disfrutar del tiempo de ocio o dormir lo suficiente.

La incidencia y consecuencias de las enfermedades en hombres y mujeres presentan diferencias en función de las características biológicas, y también desigualdades por razones de género. En el primer caso se encontrarían los diferentes tipos de cáncer que padecen, y en el segundo los sesgos de género en la atención a las enfermedades cardiovasculares.

Distinguir lo que se debe al sexo o al género resulta más complejo en unos procesos que en otros. Es el caso del cambio de patrón epidemiológico del VIH/sida o en las lesiones por causas externas. Se reconoce que los servicios de salud y el personal sanitario tienen un papel importante por desarrollar en la promoción de la equidad de género.

La tendencia de las sociedades actuales a la medicalización de la vida, tiene mayor impacto en el caso de las mujeres, en parte porque debido a los aspectos reproductivos suelen utilizar antes que los hombres y con mayor frecuencia los servicios de salud. Pero también, por razones de género, el diseño de las políticas y servicios de salud tiende a intervenir en mayor medida en la salud de las mujeres y a medicalizar su ciclo de vida (atención al parto o a la menopausia, entre otras).

La violencia contra las mujeres es un problema de salud pública por su magnitud y por sus repercusiones sobre su salud física, mental y social. Se trata de un problema complejo en todas sus dimensiones, tanto en el tratamiento de sus causas (que son sociales), como en el conocimiento de su

frecuencia (en el que hay que tener en cuenta aspectos metodológicos y éticos en relación con su detección precoz), como en su atención (que debe ser integral y coordinada entre todos los sectores implicados). La Ley 1/2004 proporciona el marco de actuación para su atención integral, y habrá que valorar su impacto a medio y largo plazo.

Tras la revisión de actuaciones políticas puestas en marcha para abordar la salud de las mujeres y el enfoque de género en la salud desde los Planes de Salud y los de Igualdad, se concluye que se sigue enfatizando en ellos los aspectos reproductivos y de salud de las mujeres; y aunque se incluye la equidad de género como un principio general, los objetivos y las medidas operativas para hacerla efectiva son todavía escasas.

2. Aspectos conceptuales y definiciones

En la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y en otros acuerdos internacionales se reconoce la importancia de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres y el derecho de todos a vivir sin sufrir discriminación en ninguna esfera de la vida, incluido el acceso a la atención de salud. Muchos países han aceptado estos y otros compromisos parecidos¹, y se encuentran en el proceso de introducir los cambios necesarios en el sector sanitario.

Este Informe pretende dar repuesta a los compromisos adquiridos por Acuerdo de Consejo de Ministros y publicado por Orden PRE/525/2005, de 7 de marzo, por el que se adoptan medidas para favorecer la igualdad entre mujeres y hombres. Entre ellas, la medida 4.3., por la que “Se acuerda la elaboración de un informe anual sobre salud y género que se presentará ante el Parlamento”. Se trata del primer Informe anual del Ministerio de Sanidad y Consumo sobre este tema, basado en la información del año 2005 y anteriores en su caso, y constituye la línea de base para análisis sucesivos de las desigualdades de género en salud.

¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de las Naciones Unidas, Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979), Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993), Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (1994), Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social (1995), Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (1995), Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001); Declaración de Madrid: La equidad de género en la salud mediante el mainstreaming (2001); y Consejo de la Unión Europea (2006/C 146/02).

Los objetivos del Informe Salud y Género 2005 son:

- Contribuir a la comprensión de las desigualdades de género en la salud y del papel del Sistema Nacional de Salud (SNS) respecto a ellas.
- Comenzar una serie de Informes de Salud y Género que analicen periódicamente la salud y sus determinantes desde el enfoque de género, que propongan acciones orientadas a mejorar la equidad y la calidad del Sistema Nacional de Salud y a disminuir o eliminar las desigualdades de género.

Este Informe no trata de la salud de las mujeres sino de la asociación entre salud y género, de cómo el género es un determinante de la salud. El documento parte de la premisa de que género no es sinónimo ni de sexo ni de mujer. Se trata de un concepto relacional cuyo objeto de interés son las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida y también sobre la salud de las personas.

Es importante destacar que no toda diferencia de salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género; este concepto se reserva para aquellas que se consideran "innecesarias, evitables y, además, injustas" (Gómez, 2002).

Por tanto, lograr la plena equidad de género en salud no se traduciría, necesariamente, en tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino en la eliminación de diferencias evitables en las oportunidades de disfrutar de salud y de no enfermar, de sufrir discapacidad o de morir por causas prevenibles. Tampoco habría de manifestarse, forzosamente, en cuotas iguales de recursos y servicios para hombres y mujeres, sino en una asignación y recepción diferencial de los recursos, según las necesidades particulares de cada persona y en cada contexto socioeconómico.

El análisis de género debe incluirse al examinar las diferencias en las relaciones entre mujeres y hombres y sus papeles respectivos, así como la forma en que esas diferencias repercuten en los siguientes aspectos:

- Los condicionantes sociales y culturales de la salud y la enfermedad
- Los factores de protección y de riesgo
- El acceso a recursos para promover y proteger la salud, entre ellos información, educación, tecnología y servicios
- Las manifestaciones, la gravedad y la frecuencia de las enfermedades
- Las respuestas de los sistemas y servicios de salud
- La producción, difusión y consumo de nuevo conocimiento

Este informe no pretende ser exhaustivo en el tratamiento de la información sobre enfermedades o problemas de salud, ni sobre el funcionamiento del SNS en relación a las mujeres y los hombres. Aborda únicamente aquellos aspectos para los que ya existe evidencia sobre la necesidad de actuar sobre ellos con enfoque de género.

En futuros Informes se podrán incluir otros temas, que sin duda merecen atención, pero sobre los que se necesita disponer de más información y análisis antes de que se puedan plantear propuestas para la acción.

Glosario sobre el género OMS ²

El término **género** se utiliza para describir las características de hombres y mujeres que están basadas en factores sociales, mientras que sexo se refiere a las características que vienen determinadas biológicamente. Las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina los papeles de los géneros.

El **análisis de género** define, analiza e informa las medidas encaminadas a hacer frente a las desigualdades que se derivan de los distintos papeles de la mujer y el hombre, o de las desiguales relaciones de poder entre ellos, y las consecuencias de esas desigualdades en su vida, su salud y su bienestar. La forma en que se distribuye el poder en la mayoría de las sociedades hace que las mujeres tengan menos acceso y control sobre los recursos necesarios para proteger su salud y menos probabilidades de intervenir en la adopción de decisiones. El análisis de género en la esfera sanitaria suele poner de manifiesto la forma en que las desigualdades redundan en perjuicio de la salud de la mujer, las limitaciones a que ésta se enfrenta para alcanzar la salud y los modos de hacer frente y superar esas limitaciones. El análisis de género también pone de relieve los riesgos y problemas de salud a que se enfrentan los varones de resultas de la interpretación social de su papel.

La **igualdad de género** es la ausencia de discriminación basada en el sexo en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios.

La **equidad de género** se refiere a la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres. El concepto reconoce que el hombre y la mujer tienen distintas necesidades y gozan de distinto poder, y que esas diferencias deben determinarse y abordarse con miras a corregir el desequilibrio entre los sexos.

Incorporación de las cuestiones de género. La resolución del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas define la incorporación de las cuestiones de género como «... el proceso de evaluar las consecuencias que tiene para los hombres y las mujeres cualquier acción planificada, incluida la legislación y las políticas o programas, en cualquier sector y a todos los niveles. Es una estrategia para hacer de los problemas y experiencias de las mujeres y de los hombres una dimensión integral del diseño, la ejecución, la vigilancia y la evaluación de las medidas, en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres se beneficien por igual y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo último es conseguir la igualdad de género». «La incorporación de las cuestiones de género es un proceso tanto técnico como político que exige introducir cambios en las culturas de organización y las mentalidades, así como en los objetivos, las estructuras y la asignación de recursos... La incorporación de las cuestiones de género exige cambios en distintos niveles dentro de las instituciones, en el establecimiento de programas, la elaboración de políticas, la planificación, la ejecución y la evaluación. Entre los instrumentos para las actividades de incorporación figuran nuevas prácticas de dotación de personal y preparación de presupuestos, programas de capacitación, procedimientos de política y directrices.»

² POLÍTICA DE LA OMS EN MATERIA DE GÉNERO. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género. <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>

3. Aspectos demográficos

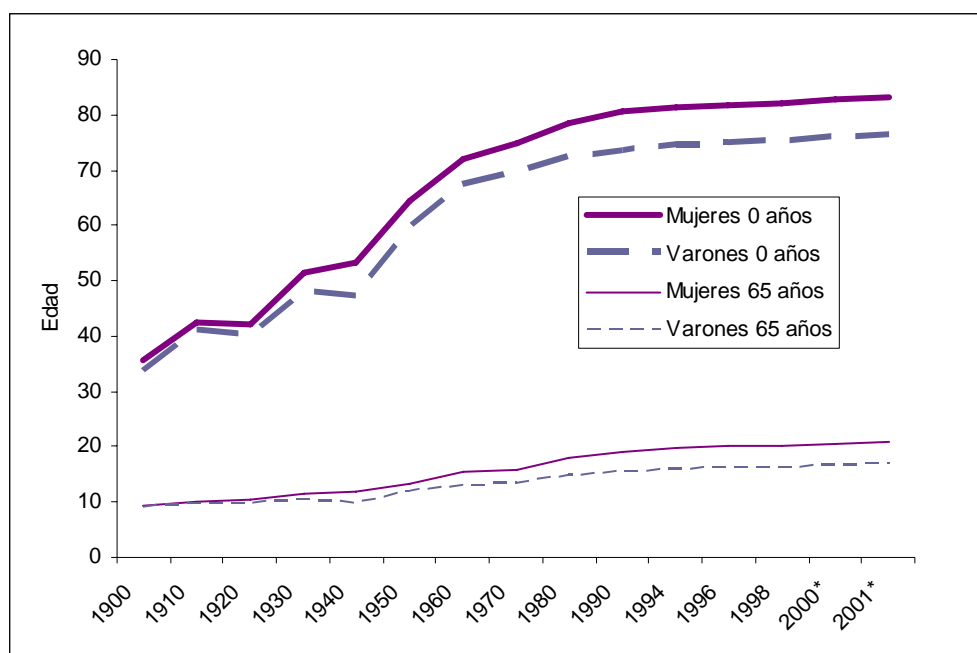
Las tendencias demográficas más recientes en la población española han sido la baja fecundidad, el envejecimiento, el aumento de la inmigración y el impacto de todo ello sobre las estructuras de los hogares y sobre la prestación de cuidados formales e informales. La mejora de la longevidad ha impactado en la evolución de la carga de enfermedad y discapacidad, y la provisión de los servicios de cuidados personales en el seno de las familias, ha sido asumido en gran medida por mujeres inmigrantes (Solsona y Viciano, 2004).

La caída de la **fecundidad** en España a lo largo del siglo XX se inscribe en una tendencia del comportamiento reproductivo presente en todas las sociedades modernas y que se asocia a diferentes procesos de cambios demográfico, social, económico y cultural (Garrido, 1996; De la Rica, 2003). Especialmente, a la incorporación de las mujeres al mercado laboral, que se produce en condiciones laborales más precarias que las de los hombres y sin la corresponsabilidad de ellos en los trabajos domésticos y los cuidados, lo que hace difícil la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de las mujeres.

La transición demográfica en España se produce en dos fases. La primera, representada por las cohortes de mujeres que nacieron en la primera mitad del siglo, se caracterizó por una reducción del número de hijos por mujer (INE, 1999; Bernardi, 2003). En la segunda, las generaciones de mujeres nacidas en los años cincuenta se involucraron más que las generaciones anteriores en el sistema educativo y el mercado de trabajo, y las de los años sesenta retrasaron la edad de emancipación del hogar familiar, la edad del matrimonio y la de la maternidad (Solsona y Viciano, 2004).

El **envejecimiento** de la población española se debe por un lado a la disminución de la fecundidad y por otro al aumento de la esperanza de vida. La esperanza de vida al nacer en España es de 77,2 años para los hombres y de 83,7 años para las mujeres en 2003 (OECD, 2005).

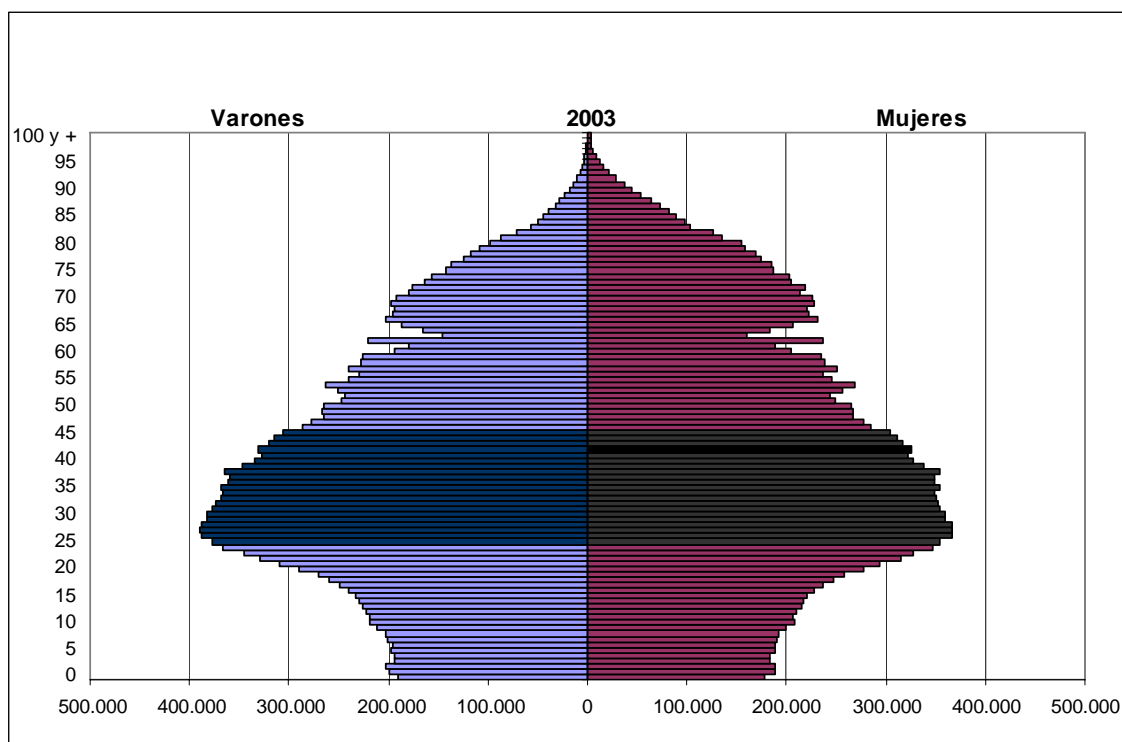
Figura 1: Esperanza de vida al nacer y a los 65 años (1900-2001)



Fuente: INE. Anuario Estadístico de España, 2005.

El aumento de la longevidad, medido en términos de **Esperanza de Vida**, es un indicador que refleja la mejora tanto del estado de salud como del nivel social, económico, y sanitario del país a lo largo del siglo XX. Ese incremento en la *Esperanza de Vida* en España fue mayor en las mujeres, ampliándose progresivamente la brecha entre ellas y los hombres, hasta la última década del siglo, en la que por primera vez la esperanza de vida aumentó más en los hombres que en las mujeres (de 1991 a 2002 aumentó 3 años en hombres y 2,5 en mujeres) (Figura 1). Este cambio se podría explicar, al menos en parte, por el descenso importante en los hombres de la mortalidad por tráfico y cirrosis, y algo menor en cáncer de pulmón y, en menor medida, por el incremento en las mujeres de la mortalidad por esta última causa.

Figura 2: Pirámide de la población española por sexo y grupos de edad.

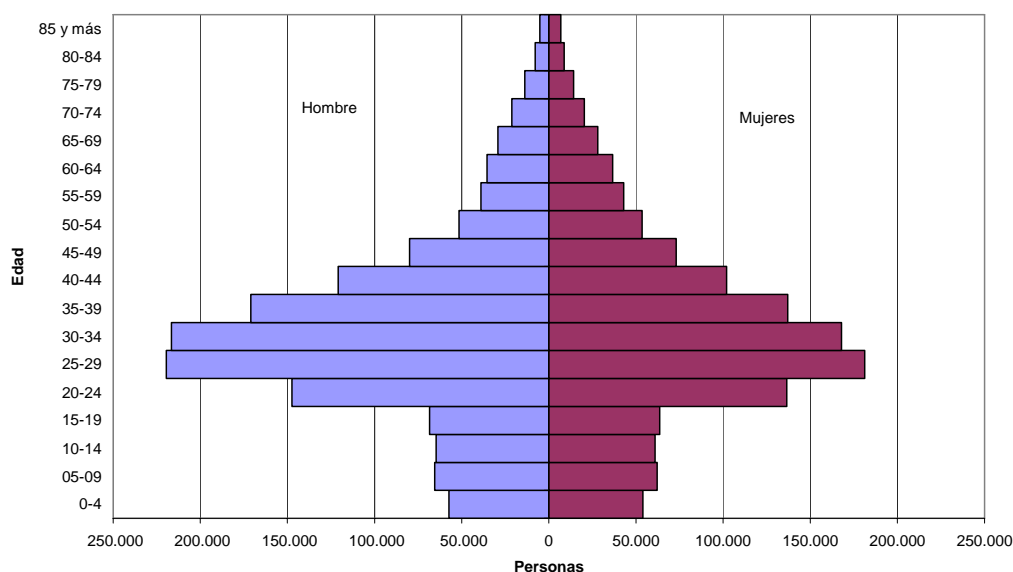


Fuente: INE, 2004.

En España, el grupo de población que más crece en la última década es el del de 80 y más años, mientras que el que más decrece es el de jóvenes de hasta 20 años (Figura 2).

Sin embargo, según las estimaciones, los saldos vegetativos negativos previstos para principios de este siglo, se retrasarían hasta mediados de siglo debido al crecimiento demográfico por el aumento de personas inmigrantes, que además tienen una mayor tasa de fecundidad. La llegada de adultos jóvenes y el aumento de la cifra de nacimientos van a posponer, pero no a invertir, el proceso de envejecimiento de la población española (IMSERSO, 2004) (Figura 3).

Figura 3: Población extranjera por sexo y grupos de edad.



Fuente: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2003. INE, 2004

En los países desarrollados el aumento de la longevidad no se traduce, necesariamente, en un aumento de los años de vida vividos en buen estado de salud, pues los problemas de salud actuales se caracterizan por su cronicidad y no implican una muerte inmediata. En este sentido, para evaluar el estado de salud de una población se vuelve imprescindible medir, no sólo la mortalidad y la morbilidad, sino también las consecuencias de la enfermedad. Así, se han empezado a utilizar otros indicadores útiles para valorar la calidad de vida o el estado de salud en que se vive esa mayor esperanza de vida.

La **Esperanza de Vida Libre de Incapacidad**³ (MSC, 2000) ofrece información no sólo de la duración sino también de la calidad de la vida. En España al nacer es de 69 años para los hombres y 72,4 para las mujeres, con tendencia ascendente y siendo superior en ambos casos a la media de los países de la Unión Europea.

³ Indica el promedio del número de años libre de incapacidad que le quedan por vivir a una persona a una edad determinada. Se calcula con datos de mortalidad y de discapacidad.

La **Esperanza de Vida Libre de Enfermedad Crónica**⁴ (MSC, 2002) en España muestra un comportamiento distinto ya que los hombres tienen, al nacimiento, 41 años frente a los 38 de las mujeres.

La **Esperanza de Vida en Buena Salud**⁵ (MSC, 2002) se diferencia de las anteriores en que los años de vida se ponderan por la percepción subjetiva del estado de salud de las personas, en lugar de ponderarlos por los años de discapacidad o de enfermedad crónica. En 2002 era, al nacimiento, de 56,3 años en hombres y de 53,9 años en mujeres.

En resumen, podemos decir que las mujeres tienen, en comparación con los hombres, una mayor esperanza de vida al nacer y a los 65 años, pero que su vida sin enfermedad crónica y con buena autopercepción de su salud es más corta que para los hombres. Al contrario de lo que sucede respecto a la vida libre de discapacidad, donde son los hombres los más afectados.

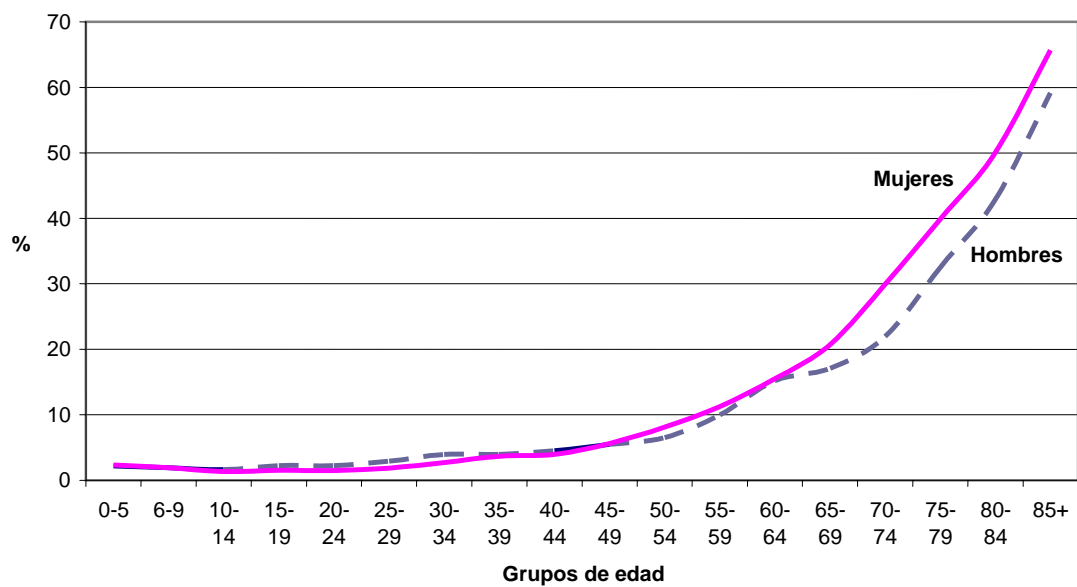
La discapacidad se encuentra, en gran medida, asociada a la edad. Según la última encuesta sobre discapacidades y estado de salud (EDDES, 1999), el 59% de las personas que declaran padecerla son mayores de 65 años. También, y relacionado en parte con su mayor longevidad, el 58% de las personas con discapacidad son mujeres. Estas presentan tasas globales y por edad (exceptuando las más jóvenes) de discapacidad mayores (10,3%) que los hombres (7,7%), aumentando esta brecha con la edad (Figura 4).

El tipo de discapacidad declarada más frecuentemente, tanto en hombres como en mujeres, es la dificultad para desplazarse (6,8%), seguida de las limitaciones para el cuidado de sí mismo (5,1%) y de la discapacidad para ver (4,3%). En todos los tipos de discapacidad, las frecuencias son mayores en las mujeres que en los hombres.

⁴ Indica el promedio del número de años libres de enfermedad crónica que aún restan por vivir a una persona en esa edad hasta su fallecimiento

⁵ Indica el número promedio de años que le quedan a una persona por vivir en buena salud desde una edad determinada hasta su fallecimiento.

Figura 4. Distribución de la discapacidad según edad y sexo.



Fuente: IMSERSO. Estudio Monográfico. La Discapacidad en la Población Española. 2004

4. Salud autopercebida

La auto-percepción del estado de salud es un indicador subjetivo y sumario que refleja el estado físico, las enfermedades padecidas y a la vez, los factores sociales, económicos y del entorno de la persona. A pesar de su sencillez, es un buen predictor de la mortalidad y útil para comparar entre diferentes poblaciones (Segovia, Bartlett y Edwards, 1989; Idler y Benyaminy, 1997).

Sobre este concepto es necesario incorporar la complejidad de las dimensiones históricas y socio-culturales que construyen e influyen sobre la manera en que la población valora su propio estado de salud. Las distintas concepciones culturales sobre la salud, sus significados, la forma de atenderla y las expectativas sobre ella, se conforman por la articulación de variables de orden social y cultural, en el marco de la vida cotidiana. Las experiencias propias en relación con la salud y la enfermedad influyen en la valoración sobre el estado de salud.

En las personas mayores de 16 años, el estado de salud percibido es peor en las mujeres que en los hombres en todas las clases sociales (Figuras 5 y 6). Por el contrario, en la infancia, la percepción de buena o muy buena salud⁶, es más frecuente en las niñas que en los niños. Es importante resaltar respecto a esta información que no se recoge directamente de los y las menores, sino de la persona adulta a su cuidado. Por lo tanto, se sustituye el componente subjetivo de auto-percepción por el de la percepción de otra persona sobre la del sujeto menor, por lo que intervienen otros factores, incluido el posible sesgo de género de quien hace la valoración.

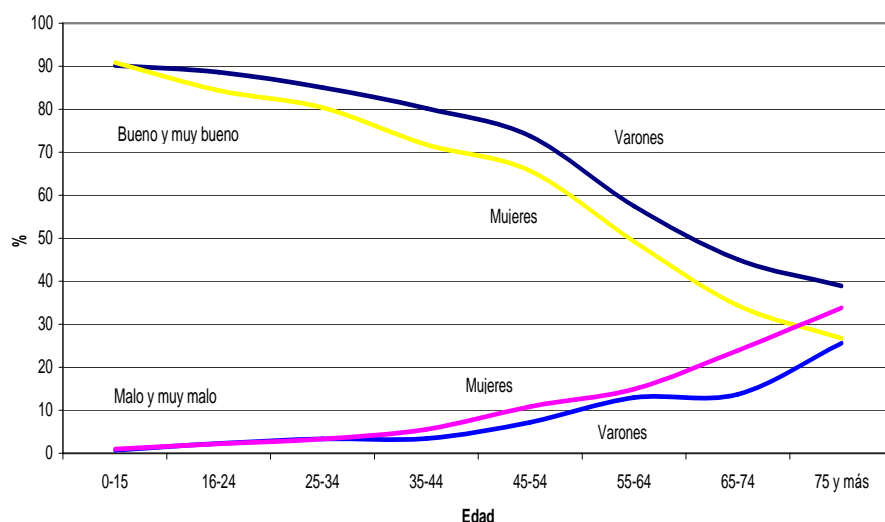
Entre las escasas iniciativas existentes para recoger información directamente de los y las menores, se encuentran los estudios efectuados con el Child Health and Illness Profile (Starfield, 1995; Rajmil, 2003; Serra-Sutton, 2003). Según sus resultados, en adolescentes de 12-15 años de Barcelona, las chicas presentaron menor satisfacción y bienestar y mejor rendimiento académico que

⁶ Encuesta Nacional de Salud para menores de 16 años, 2001

los chicos. En general, estos resultados fueron peores en ambos sexos en los grupos con nivel de educación familiar más bajo.

La mayoría de mujeres afirman tener un estado de salud bueno hasta los 54 años, mientras que los hombres lo perciben como bueno hasta los 64 años. Con la edad, el estado de salud empeora en toda la población, pero también aumenta la brecha entre hombres y mujeres: un tercio de las mujeres mayores de 75 años creen que su estado de salud es bueno o muy bueno, pero, por cada una de ellas, hay dos hombres que así lo creen.

Figura 5: Percepción del estado de salud según sexo y edad

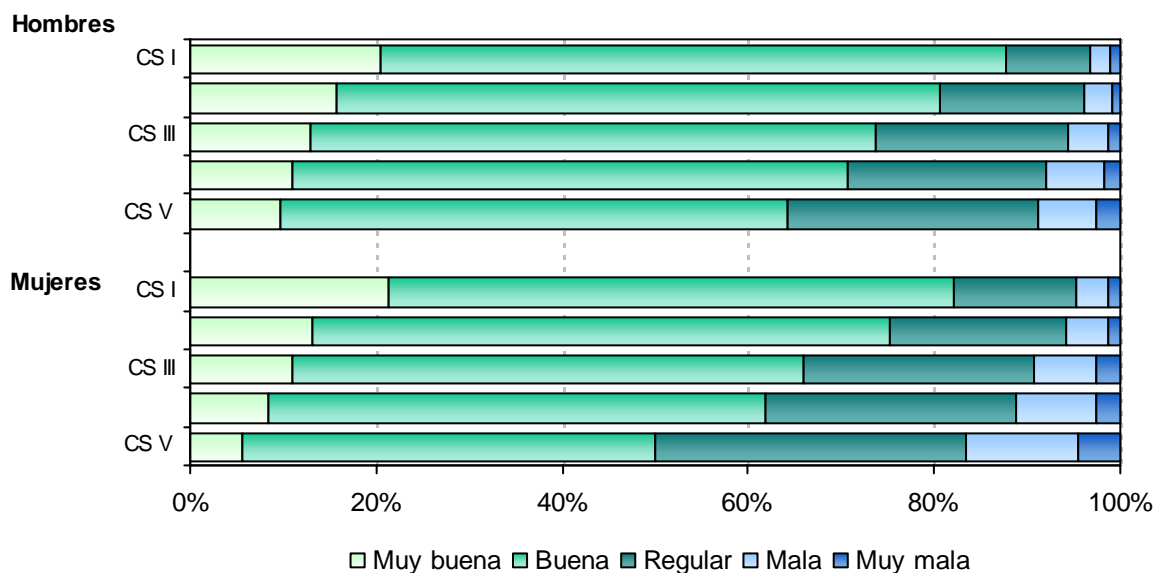


Fuente: Abellán, 2004.

Es importante tener en cuenta que el estado de la salud también está influido por la clase social a la que se pertenece (Figura 6). Las clases con mejor salud, tanto en hombres como en mujeres, son las favorecidas, mientras que, por el contrario, las personas con trabajos manuales, sean o no cualificados, son las que peor salud afirman tener, de manera especial las mujeres con trabajos no cualificados. A pesar de eso, en mujeres de igual clase social, las empleadas tienen mejor salud que las que se dedican al trabajo doméstico no remunerado. Esta diferencia, además, se acentúa con el transcurso de la edad, por lo que, tomando la clase social en sentido transversal, las mujeres mayores

que sólo han trabajado en casa serían las que peor estado de salud presentarían, en términos globales. Algunas de las razones que explicarían esto se comentan en el apartado de los efectos del trabajo en la salud.

Figura 6: Salud auto-percibida por sexo y clase social ⁷



Fuente: Rodríguez-Sanz M, 2005

⁷ En la ENS de 2003 la ocupación se codifica según la Clasificación Nacional de Ocupaciones, se agrupa según la propuesta de la Sociedad Española de Epidemiología y finalmente se obtiene la clase social con las siguientes categorías o grupos: CSI: Grandes empresarios, directivos y profesionales de segundo ciclo, CSII: Pequeños empresarios y profesionales de primer ciclo, CSIII: Trabajadores administrativos, superiores, trabajadores de seguridad, CSVI: Trabajadores manuales cualificados y semicualificados
CSV: Trabajadores no cualificados.

5. Patrones de vida

a) Alimentación, actividad física y sueño

Estos son tres de los componentes básicos de los patrones de vida, que influyen en la salud física, mental y social de las personas. De su equilibrio depende en gran medida el peso corporal, la forma física y el bienestar general, que a su vez están influidos por factores genéticos y sociales, entre ellos el género. Existe evidencia sobre las desigualdades por género y por clase social en el acceso a la alimentación saludable (por razones económicas, culturales o de disponibilidad de tiempo, entre otras), a la práctica de actividad física regular y saludable, bien en los trabajos (productivo y reproductivo), bien en el tiempo libre (por disponibilidad de tiempo, acceso a instalaciones deportivas, hábitos y actitudes) y en las horas de sueño dependiendo de los horarios de trabajos y la dedicación al trabajo reproductivo.

La alimentación y la actividad física son, junto con la genética, los factores que más inciden en el peso de las personas, y tanto la obesidad como el peso insuficiente tienen implicaciones en la salud física, mental y social.

En la Encuesta Nacional de Salud se pregunta a las personas entrevistadas sobre su peso y talla y a partir de sus contestaciones se calcula el Índice de Masa Corporal⁸. Este índice puede subestimar la obesidad en la medida que las personas tienden a declarar menor peso y mayor la talla de la real. Por otro lado, también se les pregunta directamente sobre la percepción que tienen de su peso en relación con su talla. Se consiguen de esta manera dos tipos de información, una subjetiva y otra relativamente más objetiva, basada en el peso y talla que declaran tener, no en su medición.

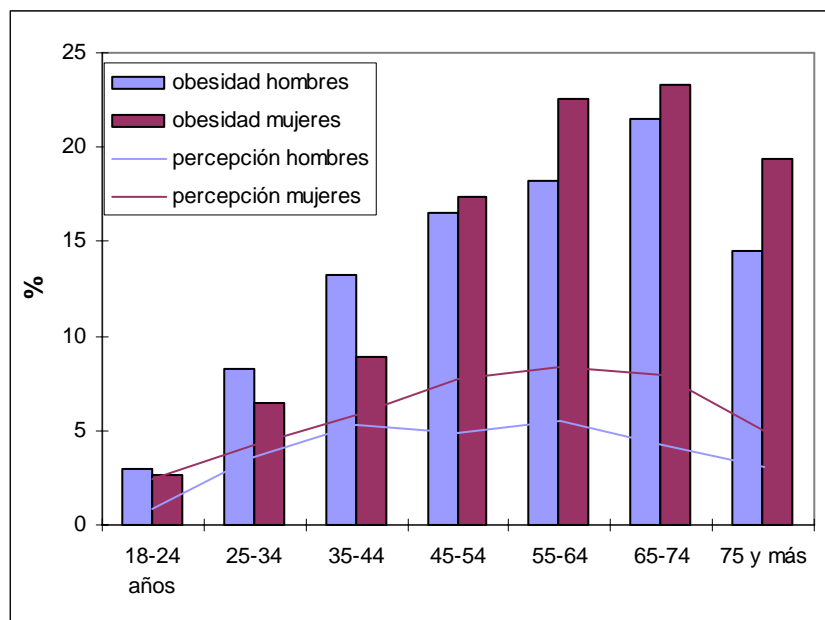
Según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud del 2003, la frecuencia de **obesidad** es semejante en hombres y en mujeres (13,2% y 13,1%

⁸ El **ÍMC** valora el peso corporal en relación a la talla y clasifica los resultados en un gradiente que va desde el peso insuficiente para la talla hasta la obesidad (>30 Kg. por m²).

respectivamente) y presentó un aumento medio de tres puntos en la última década, ligeramente superior en las mujeres. La frecuencia de obesidad aumenta en ambos sexos con la edad, pero es mayor en los hombres hasta los 45 años y a partir de entonces es más frecuente en las mujeres (Figura 7).

En la figura 7 se muestran la distribución de la obesidad según el IMC y la categoría “peso bastante mayor de lo normal” de la valoración personal del peso en relación con la altura. Comparando ambas informaciones, y asumiendo que la categoría de “peso bastante mayor de lo normal” correspondiera a “obesidad”, se observa que aunque las curvas tienen formas semejantes, tanto las mujeres como los hombres tienen unas frecuencias de percepción de su obesidad inferiores a las de las frecuencias de obesidad valoradas según el IMC. Las mujeres en general tienen en todas las edades una percepción de obesidad superior a la de los hombres, incluso en las edades en las que la frecuencia es mayor en los hombres.

Figura 7: Comparación de la percepción sobre el peso ("bastante mayor de lo normal") y la obesidad (IMC \geq 30) según la edad y el sexo

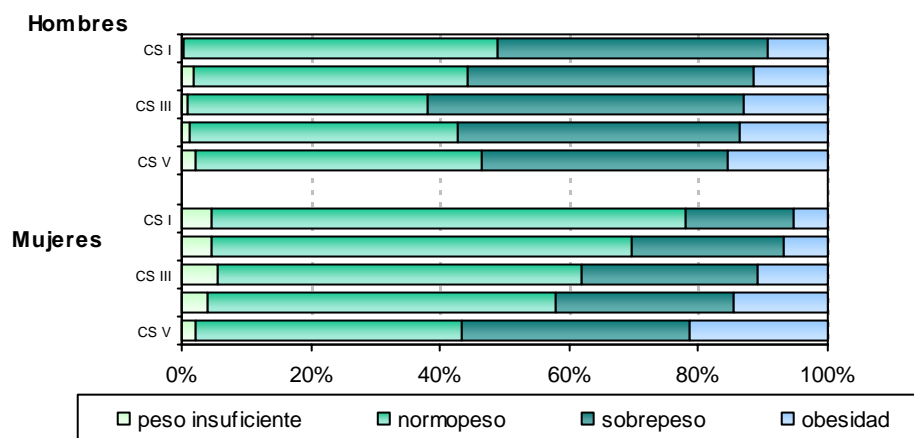


Fuente: ENS 2003. Elaboración propia

Estas diferencias entre hombres y mujeres podrían señalar un mayor interés de las mujeres por su peso y una menor preocupación de los hombres por el cuidado de su salud (Sabo D, 1995).

Las **clases sociales** más desfavorecidas, según datos de la Encuesta Nacional de Salud de 2003 (Figura 8), presentan mayor proporción de **obesidad**, tanto en mujeres como en hombres, aunque entre las mujeres el gradiente de clase es mayor. Sin embargo, el **peso insuficiente** es más frecuente en mujeres de clase alta y hombres de clases bajas.

Figura 8: Distribución del peso según el índice de masa corporal según la clase social, en hombres y mujeres, España, 2003



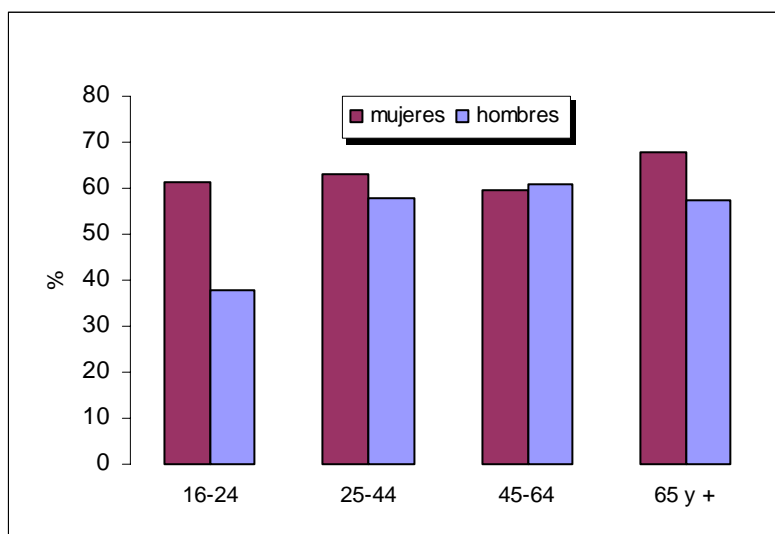
Fuente: Rodríguez-Sanz M, 2005

También se observan algunas diferencias en las costumbres alimentarias de mujeres y hombres. Los resultados de la ENS muestran una prevalencia superior al 5% de personas que **no desayuna** nada, la mayor parte de la cual son hombres. Si se analizan los datos por edades, son las mujeres comprendidas entre los 16 y los 45 años las que menos desayunan, hasta el punto que podemos decir que una de cada diez mujeres en esta edad no toma ningún alimento por la mañana.

En cuanto a la **actividad física**, especialmente la que se realiza durante las horas en las que se desempeña la actividad principal, los hombres realizan, en mayor medida que las mujeres, actividades que exigen mayor esfuerzo físico, y actividades que requieren estar sentados la mayor parte de la jornada. Más de la mitad de las mujeres y un tercio de los hombres se dedican a actividades que requieren estar de pie la mayor parte de la jornada, sin efectuar grandes desplazamientos o esfuerzos.

Los datos de **sedentarismo en el tiempo libre** muestran diferencias importantes, sobre todo en las **edades** extremas de la vida, y especialmente en las más jóvenes, de manera que el porcentaje de sedentarias es mayor que el de sedentarios (Figura 9). Aunque en general, la proporción de personas sedentarias decrece al aumentar el nivel educativo, en todos los niveles las mujeres son más sedentarias (Figura 10)

Figura 9: Población (%) sedentaria en el tiempo libre por sexo. España, 2003

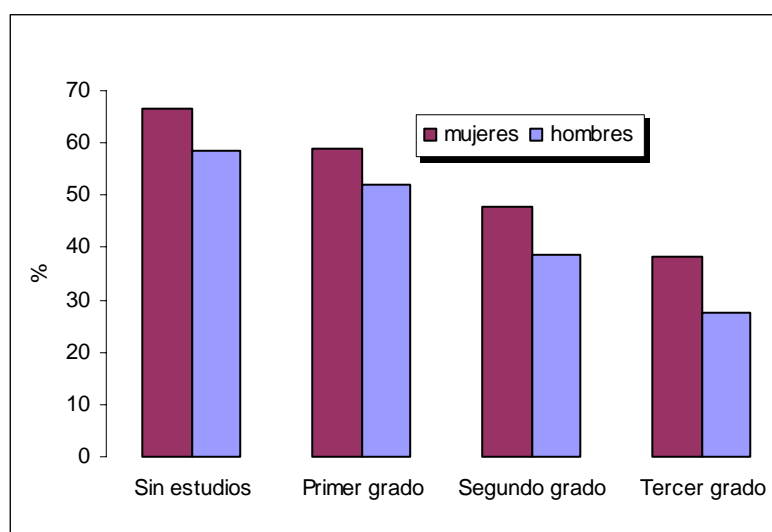


Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003. Elaboración propia.

Estas diferencias podrían estar reflejando diferencias en la educación, -familiar, escolar y social-, y en el acceso a recursos del entorno social que faciliten establecer y mantener conductas más saludables. Las oportunidades para la práctica del deporte son diferentes para los niños y las niñas y salvo excepciones, la imagen social más popular del deporte es masculina, con lo

que las niñas no tienen modelos en las que reconocerse. Por otro lado, en las mujeres adultas, además de la falta de hábito establecido en la infancia y mantenido en la juventud, los factores relativos a la mayor dedicación de la mujer a la crianza y a los trabajos reproductivo y productivo, limita la disponibilidad de tiempo propio y de energía para actividades físicas planificadas (Artazcoz y cols, 2001).

Figura 10: Población (%) sedentaria por sexo y nivel de estudios, España 2003



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003. Elaboración propia.

En la **infancia**, las dificultades actuales para el esparcimiento al aire libre, junto con el acceso a determinadas tecnologías, han hecho que las formas de **entretenimiento** cada vez más frecuentes sean la televisión, el ordenador y los videojuegos. También existen diferencias en el tipo de juegos que se destinan a unas y otros, que en general están más basados en la velocidad, resistencia y contacto físico en los niños y son más estáticos y colaborativos en las niñas.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2003, la práctica del **ejercicio físico** no es muy frecuente entre los niños (16%) ni entre las niñas (13%), las diferencias por sexo aumentan con la edad y la práctica de algún deporte aumenta con el nivel de educación de la familia.

El hábito de ver la **televisión** está muy extendido (90% de los niños y un 88% de las niñas) y es una práctica frecuente incluso en menores de un año, según la Encuesta Nacional de Salud (Informe SESPAS 2004). Una encuesta de 2005 de Corporación Multimedia revela que más de un millón de niños y niñas de entre 4 y 12 años ven la televisión en la franja horaria conocida como “prime time”⁹, lo que representa un 7% de la audiencia en España. El tiempo de **consumo de televisión** en la infancia-adolescencia está relacionado con el nivel de educación de la familia, así tanto chicas como chicos consumen más en los hogares sin estudios que cuando tienen estudios universitarios.

Respecto a la utilización de **videojuegos**, el 85% de los niños y el 52% de las niñas juegan con ellos, mientras que el 15% de los menores (3% de las niñas y 28% de los niños) reconoce jugar con videojuegos en los que se reproducen de forma interactiva situaciones de violencia hacia las mujeres (Protégeles, 2004).

Por último, **dormir** influye en la salud de las personas. En general, se puede decir que los patrones de sueño por sexos son parecidos, aunque con algunas diferencias. La mayoría de personas que duermen menos de 6 horas son mujeres, mientras que son un poco más los hombres que afirman dormir más de 10 horas al día. Por edades, las mujeres afirman dormir menos de 6 horas en mayor proporción que los hombres entre los 25 y los 34 años y a partir de los 44 años. A partir de los 44 años, y en adelante, son mayoría los hombres que afirman dormir 10 o más horas. Estos datos podrían estar indicando una dedicación diferente a los cuidados de la crianza de menores en estas edades reproductivas.

⁹ Es la franja horaria de mayor audiencia televisiva, en la cual los espacios publicitarios son más caros y que suele ir, dependiendo del país, de las 20:00 pm a las 24:00 pm.

b) Salud afectivo-sexual

El concepto y la vivencia de los afectos han tenido contenidos diferentes en las distintas etapas históricas, los cuales repercuten en la subjetividad actual de hombres y mujeres (Lagarde, 2005). Para comprender la manera de entender los afectos, así como las formas y dinámicas de comunicación e intercambio social es necesario hacer un análisis de género. Las relaciones de poder y la reproducción de roles se plasman en las relaciones entre hombres y mujeres y más en concreto en las relaciones de pareja (Sanz, 2004).

En cuanto a la sexualidad, las diferencias entre hombres y mujeres se han naturalizado a lo largo de la historia. La identidad de género y los modos de desarrollo de la sexualidad suceden conjuntamente (Giddens, 1992). Esta perspectiva ha puesto de manifiesto que toda consideración de la sexualidad humana estará incompleta si ignora las construcciones culturales de “masculinidad” y feminidad” (OPS, 2000). En este sentido la sociedad ha vivido inmersa en una serie de prejuicios y preconceptos de los que todavía no se ha desprendido totalmente y que generan efectos sobre la subjetividad, influyendo en el deseo, las emociones y las prácticas de las personas, dificultando el disfrute pleno de la sexualidad (The Boston Women Health, 2000).

Actualmente coexisten distintas maneras de entender y vivir la sexualidad, con más o menos visibilidad y aceptación en función del entorno dónde se den (Alberdi, 2000). Las posibilidades centradas en la orientación del deseo son variadas: personas que se definen como heterosexuales, homosexuales, bisexuales, incluso personas que no desean definirse dentro de estas categorías. Con respecto a las formas y prácticas sexuales hay escenarios con una mayor receptividad y permeabilidad a contemplar distintas formas de procurar y procurarse placer, en un marco dónde la sexualidad es una variable dinámica y en relación dialéctica con otras facetas de la vida.

Algunos de estos cambios se reflejan en la anticipación de las relaciones sexuales en mujeres jóvenes, produciéndose una mayor similitud en la

iniciación sexual entre hombres y mujeres jóvenes que en las generaciones más maduras, como se recoge en la Encuesta de Salud Sexual y Hábitos Sexuales de 2003 (MSC, 2004). La iniciación sexual temprana puede conllevar efectos no deseados diferentes para mujeres y hombres. Los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre los principales (La interrupción voluntaria del embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes, MSC, 2006). En este sentido es necesario destacar las dificultades que pueden encontrar las mujeres para protegerse de prácticas sexuales de riesgo (Velasco, 2002, 2003).

Desde el punto de vista de las políticas de salud el reto consiste en crear recursos que posibiliten mayor libertad en el acceso de la ciudadanía a opciones diversas con respecto al mundo de los afectos y la sexualidad. Hay que destacar como el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres (El Cairo, 1994, Beijing, 1995) En este sentido es importante destacar que en los últimos tiempos en España se han producido cambios legislativos importantes para normalizar la existencia de otras opciones (Ley 13/2005).

A pesar de los cambios, el discurso social hegemónico aún se caracteriza por mantener una vinculación directa entre sexualidad y reproducción, genitalidad y heterosexualidad. Este modelo normativo condiciona tanto la percepción social sobre la sexualidad como las investigaciones que se realizan y los programas y servicios existentes en materia de salud sexual.

En este contexto de escasez de estudios con perspectiva de género no dejan de producirse fenómenos que requieren una reflexión serena y un análisis detenido por las repercusiones que puede tener sobre la salud de hombres y mujeres como es el caso de las problemáticas sexuales que pasan a ser etiquetadas como disfunciones sexuales (Ojuel, 2005). Aspectos como la carencia de deseo o el dolor en las relaciones sexuales pueden estar relacionados con otros como asimetrías de poder dentro de la pareja, hitos vitales, malestar e insatisfacción en otras dimensiones de la existencia y problemas de autoestima (Fernández-Hernández, 2006).

Para entender esta situación es esencial considerar también los intereses profesionales o económicos de determinados sectores, como ha ocurrido con la terapia de los trastornos de la erección en el caso de los hombres (Moynihan, 2002).

Incluir el enfoque de género en el análisis e intervención sobre esta materia supone tener en cuenta las diferencias en los patrones de sexualidad de los hombres y las mujeres – en general se conoce mejor el de los hombres que el de las mujeres (Velasco, 2003)-, y que por lo tanto se necesitan aproximaciones que permitan hacer valoraciones adecuadas para cada sexo, porque serán la base para el diagnóstico, y su falta de adecuación de género podría llevar a errores diagnósticos y a terapias innecesarias o inadecuadas (Moynihan, 2005). Dar voz a las mujeres en este ámbito de la existencia es nuclear para trazar un mapa de la diversidad, que prevenga del riesgo de la valoración desde el “modelo masculino” como único.

Los estudios sobre afectos y sexualidad han de incorporar metodologías flexibles y emergentes que posibiliten la entrada al mundo de la intimidad y que nos ayuden a comprender la complejidad de la ligazón entre actitudes, valores, creencias, prácticas y condiciones de existencia en las que habitan hombres y mujeres.

6. Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales

a) Consumo de tabaco

El consumo de tabaco estuvo asociado tradicionalmente a los roles masculinos, pero en la actualidad cada vez las mujeres en conjunto fuman cada vez más, convergiendo así los patrones de consumo de tabaco según sexo. Aproximadamente un tercio de los hombres y una de cada cinco mujeres fuma diariamente. En el grupo de edad de 16 y 24 años es en el que más se parece el consumo de tabaco en hombres y mujeres, mientras que en los mayores de 55 años es en el que más se diferencian.

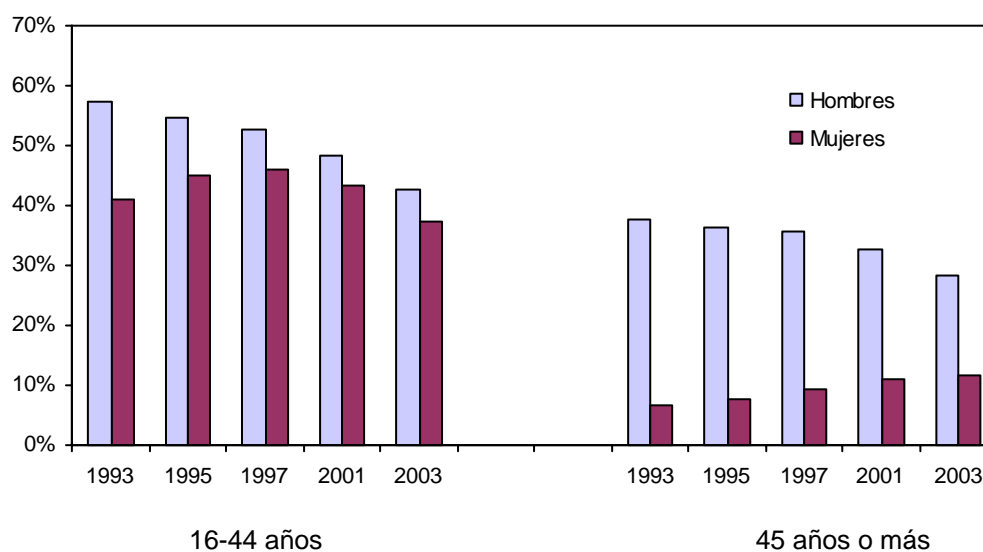
La edad de inicio en el consumo de tabaco ha descendido a lo largo de los años, a la vez que cambiaban los patrones de consumo por sexo. Entre la población que hoy tiene más de 74 años existía una diferencia de más de 5 años en la edad de inicio del consumo entre fumadores y fumadoras, pero en las cohortes más jóvenes el inicio es más precoz y semejante en chicas y en chicos.

En la figura 11 se observa cómo la prevalencia de tabaquismo desde comienzos de los años 90 ha evolucionado de manera diferente en función del sexo y de la edad. Mientras en mayores de 44 años la tendencia ha sido de aumento en las mujeres y disminución en los hombres, en el grupo de más jóvenes disminuyó en ambos sexos a partir de mediados de los años 90. En todos los casos, la brecha por sexo ha disminuido progresivamente.

Respecto a la cantidad de cigarrillos al día, más de la mitad de la población de fumadores afirma consumir más de veinte cigarrillos al día mientras que dos terceras partes de las fumadoras señalaron que fumaban menos de veinte.

Estos cambios en los patrones según la edad y el sexo, no son ajenos a las estrategias de la industria tabaquera en las últimas décadas, dirigidas especialmente a la población joven y a las mujeres en particular, dirigidas a aumentar y mantener su cuota de mercado.

Figura 11: Evolución de las prevalencias de tabaquismo según sexo y edad, España 1993-2003.



Fuente: Rodríguez-Sanz M, 2005

Al analizar el efecto de la clase social en la prevalencia de tabaquismo, se observan tendencias diferentes por sexo y edad. En el grupo de 16 a 44 años (Figura 12) se produjo una disminución del tabaquismo en hombres de todas las clases sociales, aunque más intensa en los de clases más privilegiadas. En las mujeres sin embargo la prevalencia aumentó hasta la mitad del periodo y luego disminuyó también. En ambos sexos, las desigualdades por clase social se acentuaron hacia el final del periodo estudiado

En las edades más adultas (Figura 13), el efecto de la clase social en las tendencias en mujeres y hombres son completamente diferentes e inversas. En los hombres se observa una tendencia decreciente en la prevalencia de tabaquismo, sobre todo en las clases más privilegiadas, mientras que en las mujeres aumenta en todas las clases, sobre todo en las más privilegiadas.

Así pues, parece que el único grupo poblacional que no se ha beneficiado del conocimiento existente acerca de los riesgos del tabaquismo, ni de las medidas preventivas implantadas es el de las mujeres mayores de 44 años de clases sociales más privilegiadas. Aunque es en el grupo en el que la prevalencia es más baja, es el único en el que continúa aumentando progresivamente.

Figura 12: Evolución de la prevalencia de tabaquismo según sexo y clase social en población de 16 a 44 años, España 1993-2003.

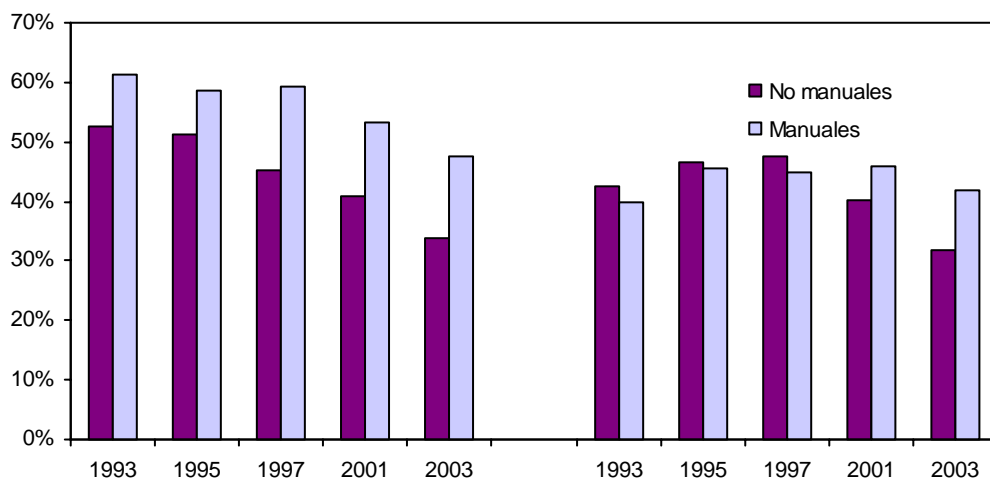
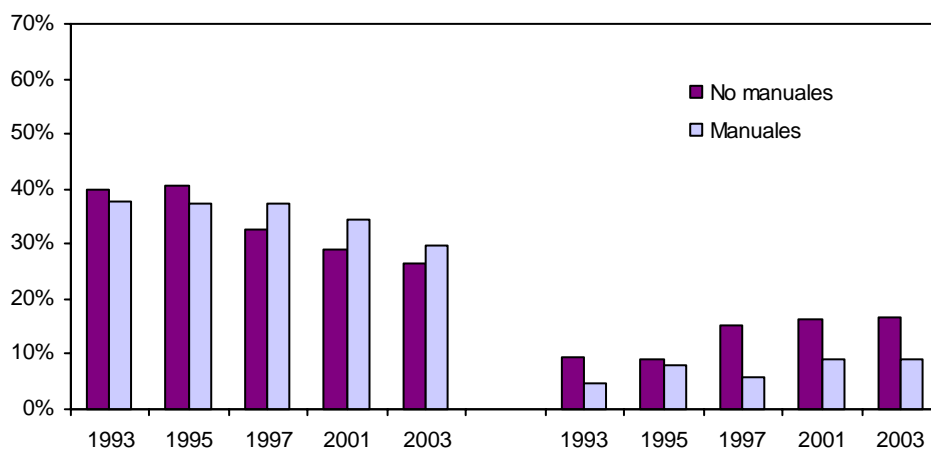


Figura 13: Evolución de la prevalencia de tabaquismo según sexo y clase social en población de 45 años o más, España 1993-2003.



Fuente: Rodríguez-Sanz M, 2005

Conocer las diferentes motivaciones sobre el inicio, patrones de consumo y mantenimiento y abandono del hábito tabáquico en mujeres y hombres, en las diferentes edades y clases sociales, es la base para las estrategias preventivas. Para ello es necesario desarrollar estudios que tengan en cuenta todos los factores implicados, sociales, psicológicos y políticos. Especialmente, habría que conocer mejor las causas de que en las mujeres más mayores y de clases privilegiadas siga aumentando la prevalencia de tabaquismo.

Para hacer frente a este problema de salud pública, durante el año 2005 se preparó la ley de medidas sanitarias frente al tabaquismo. Esta ley transpone a nuestro ordenamiento jurídico la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo, a la vez que recoge las líneas de actuación del Convenio marco para el Control del Tabaco, impulsado por la OMS en mayo de 2003 y firmado por España.

b) Consumo de alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas tiene consecuencias para la salud física y mental y puede relacionarse con problemas sociales y en las relaciones personales, con el absentismo laboral y con los accidentes.

Según la Encuesta Nacional de Salud 2003, el 48,2% de los hombres y el 17,2% de las mujeres declaran ser bebedores moderados. La prevalencia de consumo de riesgo de alcohol es siempre mayor en hombres que en mujeres, especialmente en los grupos de edades mayores (Tabla 1)

En **población escolar** de 14-18 años (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanza Secundaria, 2004) un 80,6% declara haber consumido alcohol alguna vez y un 64% haberlo consumido en los treinta días previos. La **edad de inicio** son los 13,7 años, y llama la atención el incremento de las prevalencias en los dos últimos años en casi 10 puntos en ambos sexos y en todos los grupos de edad. El patrón de consumo de alcohol característico de la adolescencia consiste en el consumo de combinados y cervezas,

preferentemente en lugares públicos, con amigos y durante los fines de semana, adquiriendo un papel articulador del ocio y las relaciones sociales, y existiendo una asociación entre los consumos de alcohol, tabaco y cannabis, de modo que el uso de cualquiera de estas sustancias implica una mayor probabilidad de consumo de las restantes.

El consumo de alcohol se encuentra bastante más extendido durante los fines de semana que durante los días laborables, sobre todo en la población menor de 34 años. Excepto el caso de las borracheras (más frecuente en los hombres más jóvenes), se observa en general, que la población mayor de 35 años consume más bebidas alcohólicas que la población más joven, y que los hombres consumen más que las mujeres en todas las edades (Tabla 1).

Tabla 1: Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España 2005-2006.

- Más de las tres cuartas partes de la población general consumen alcohol esporádicamente (el 64,6% es consumidor habitual y el 14,9% consume a diario).
- La prevalencia de consumo diario es 5,4 veces más alta entre los hombres de 15 a 24 años que entre las mujeres.
- La ingestión de alcohol aumenta de forma considerable durante los fines de semana. En estos días se bebe cerveza, vino y combinados de alta graduación, por este orden. En cambio, en días laborables la bebida más consumida es el vino, seguida de la cerveza.
- El 19,7% de los ciudadanos se ha emborrachado alguna vez en el último año. Los episodios de embriaguez son más frecuentes entre los hombres (27,2%) que entre las mujeres (12,0%) y entre los jóvenes de 15 a 34 años (30,9%), que entre el grupo de mayor edad (11,3%). Por otro lado, destaca el hecho de que el 5,5% de los encuestados son “bebedores de riesgo”.
- Se detecta un ligero aumento de la percepción del riesgo ante el consumo diario y en el fin de semana de alcohol.

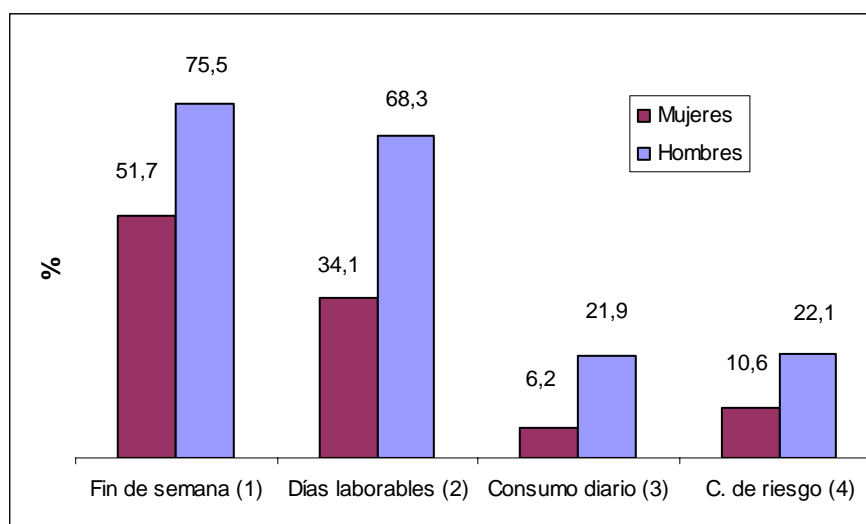
Existen diferencias entre hombres y mujeres en el consumo de alcohol, estando más extendido en los hombres de todos los grupos de edad, tanto el consumo habitual como el esporádico y el de riesgo. Las mayores diferencias

se aprecian en los días laborables, donde en los hombres el consumo llega a ser el doble que el de las mujeres (Figura 14).

También por grupos de edad existen diferencias, observándose que entre la población joven de 15 a 34 años está más extendido el consumo esporádico y el abusivo en fines de semana, mientras que en la población de 35 a 64 años es mucho más habitual el consumo diario y en cantidades medias de alcohol.

En 2003, la edad media de inicio en el consumo de alcohol fue de 16,7 años siendo más temprana en los hombres (15,9 años) que en las mujeres (17,6 años), y para la población joven de 15-34 años (15,8 años) que para el grupo de edad de 35-64 años (17,4 años).

Figura 14. Consumo de alcohol (%) según sexo y tipo de consumo.

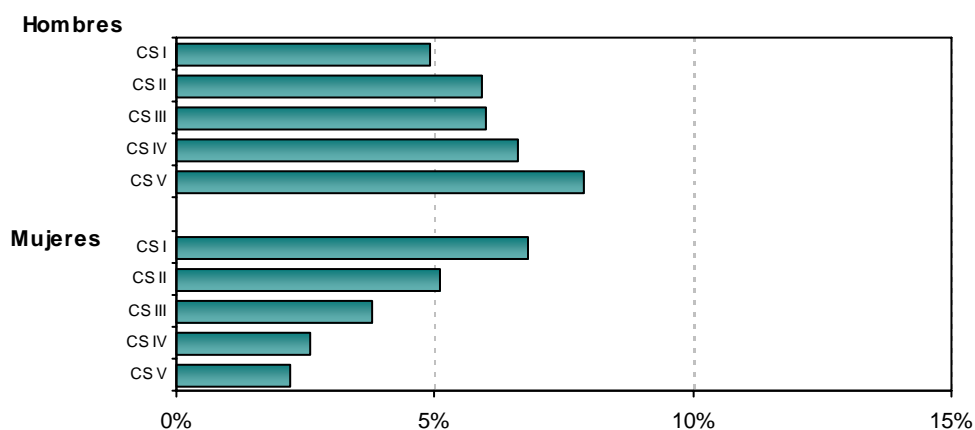


(1) Prevalencia consumo de alcohol en fin de semana últimos 30 días. (2) Prevalencia consumo de alcohol en días laborables últimos 30 días. (3) Prevalencia consumo diario de alcohol. (4) Bebedores de riesgo (Hombres=50cc/día. Mujeres 30 cc/día)

Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Drogas. MSC. Elaboración propia

El patrón por **clase social** es diferencial e inverso según el sexo (Figura 15). Los hombres de clases menos favorecidas son los que presentan mayor prevalencia de consumo de riesgo de alcohol. Por el contrario las mujeres, de clases más favorecidas son las que presentan mayores porcentajes de bebedoras de riesgo, con un gradiente diferencial mayor entre las mujeres.

Figura 15. Distribución del consumo de riesgo de alcohol según sexo y clase social, España, 2003.



Fuente: Rodríguez-Sanz M, 2005

En el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos, el consumo de alcohol se encuentra muy arraigado, cuenta con aceptación social y presencia tradicional y constante en la vida cotidiana, lo que facilita la iniciación en el consumo y su incorporación a patrones de estilos de vida. La edad, el sexo y la clase social interactúan en la creación de esos patrones en los que, como para el tabaco, parece que la población más joven y las mujeres de clases más altas serían las más perjudicadas en la actualidad. El hecho del consumo de alcohol en la población joven se encuentra estrechamente relacionado con el consumo en las edades adultas, trasmisoras de mensajes y modelos de comportamiento. Esta práctica, al igual que otras conductas relacionadas con la salud, no puede ser considerada de modo individual o grupal, sino más bien como un conjunto de factores interactivos que integran los comportamientos sociales, y ello implica la necesidad de mejor conocimiento de las causas y al un abordaje global con estrategias dirigidas al conjunto y a cada segmento de la población.

c) Consumo de drogas ilegales

En general, el consumo de sustancias de comercio ilícito está más extendido entre los hombres que en las mujeres (Figura 16), y en los grupos de edad más

jóvenes que en los de más de 35 años. Hasta la fecha presenta un marcado perfil masculino, aunque en los últimos años en las mujeres, especialmente las más jóvenes, está aumentando su consumo.

Las sustancias más consumidas en el 2005 (Encuesta Domiciliaria sobre Drogas) han sido los derivados cannábicos (11,2%), la cocaína (3%) y el éxtasis (1,2%).

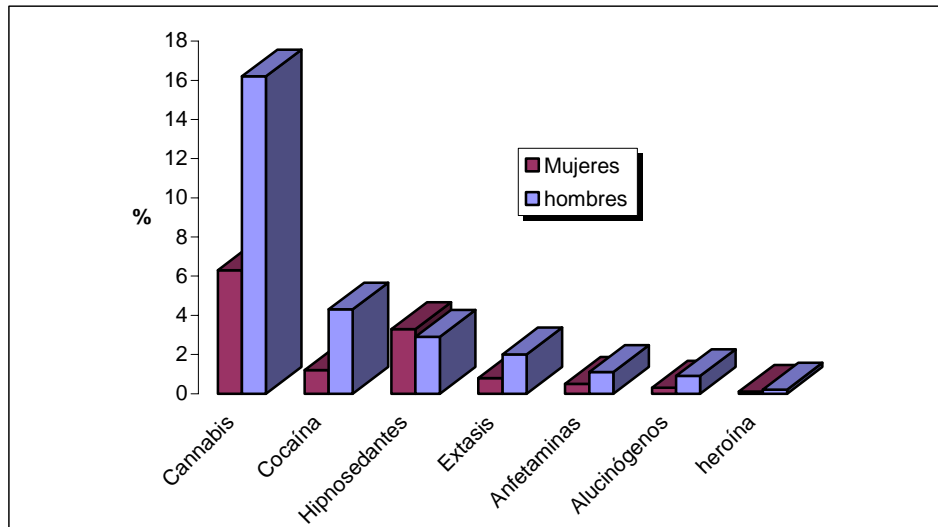
Los derivados del **cannabis** (hachís, marihuana) fueron consumidos alguna vez por el 28,6% de los españoles entre 15 y 64 años; y un 2% lo consume diariamente. La prevalencia de consumo fue mucho más alta en hombres (15,7%) que en mujeres (6,6%), y se concentra en las edades más jóvenes.

La **cocaína** en polvo (sin incluir la cocaína base o “crack”, muy minoritaria) es la segunda droga de comercio ilegal más extendida en España después del cannabis. Su uso tiene carácter esporádico y es muy baja la proporción de personas que lo consumen de modo habitual. Es más elevado en los hombres (4,6% la habían consumido en los últimos 12 meses) que en las mujeres (1,3%), y en los jóvenes de 15 a 34 años (5,2%) que en la población de mayor edad (1,3%).

El **éxtasis** (droga sintética derivada de la feniletilamina) muestra un consumo más esporádico y mayor en hombres (1,8%) que en mujeres (0,6%).

En el grupo de **estudiantes** de 14-18 años, la mayor diferencia entre sexos se observa en el caso del consumo de heroína en los últimos 12 meses (0,7% en los chicos y 0,1% en las chicas), y la menor en el caso del consumo de cannabis en los últimos 12 meses (39,4% en los chicos y 33,7 en las chicas). Las drogas que comienzan a consumirse más tempranamente inhalables volátiles (14 años), heroína (14,4 años), cannabis (14,7 años), anfetaminas (15,7 años) y cocaína y alucinógenos (15,8 años).

Figura 16: Consumo de drogas ilegales (últimos 12 meses) por sexo (%).



Fuente: Encuesta Domiciliaria sobre Drogas, MSC. Elaboración propia

Globalmente, en los últimos años han disminuido los problemas más graves relacionados con el consumo de drogas ilegales, como las muertes directamente relacionadas y la transmisión de VIH por vía intravenosa, lo que probablemente explica el descenso de la importancia atribuida por la población al problema que representan las drogas. En todo caso, los problemas graves no han desaparecido, ya que siguen produciéndose en España cerca de 900 muertes anuales directamente relacionadas con el consumo de drogas, y no se ha producido el descenso significativo que cabía esperar, lo que lleva a la reflexión sobre la extensión y el tipo de intervenciones desarrolladas.

En los últimos diez años, el consumo en el cannabis en la población de 15 a 64 años, aumentó tanto en mujeres (4,4% en 1995 y 6,6% en 2005) como en hombres (10,7% en 1995 y 15% en 2005).

Resulta necesario tener en cuenta los diferentes patrones de consumo en mujeres y hombres en las intervenciones que se vienen realizando, especialmente las orientadas a la prevención del inicio de la población adolescente y juvenil, así como el estudio de los factores diferenciales motivadores del consumo.

7. Enfermedades prevalentes o graves

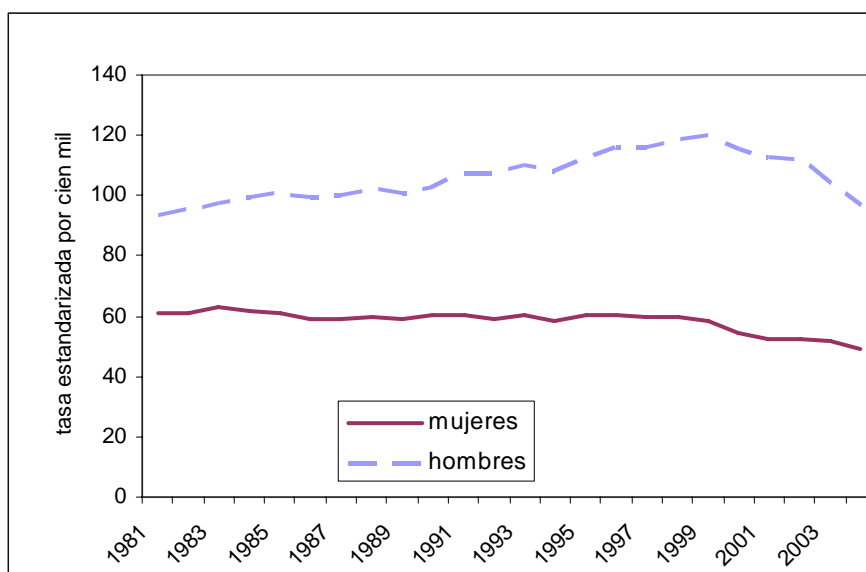
a) Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares en España constituyen, en la actualidad, la primera causa de muerte en mujeres (39% del total) y en hombres (30%); la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebro-vascular suponen el 60% de las muertes cardiovasculares (MSC, 2005) y son la primera causa de ingreso hospitalario.

En el año 2004, la **cardiopatía isquémica** presentó una tasa bruta de mortalidad de 104 en hombres y 78 en mujeres y la **enfermedad cerebro-vascular** de 68 en hombres y 92 en mujeres.

En las últimas cinco décadas, la mortalidad por cardiopatía isquémica (al igual que la mortalidad por causa cerebro-vascular) está descendiendo en las mujeres y en los últimos años también en los hombres y de manera más acelerada (Figura 17).

Figura 17: Evolución de la mortalidad por cardiopatía isquémica según sexo, España 1981-2004



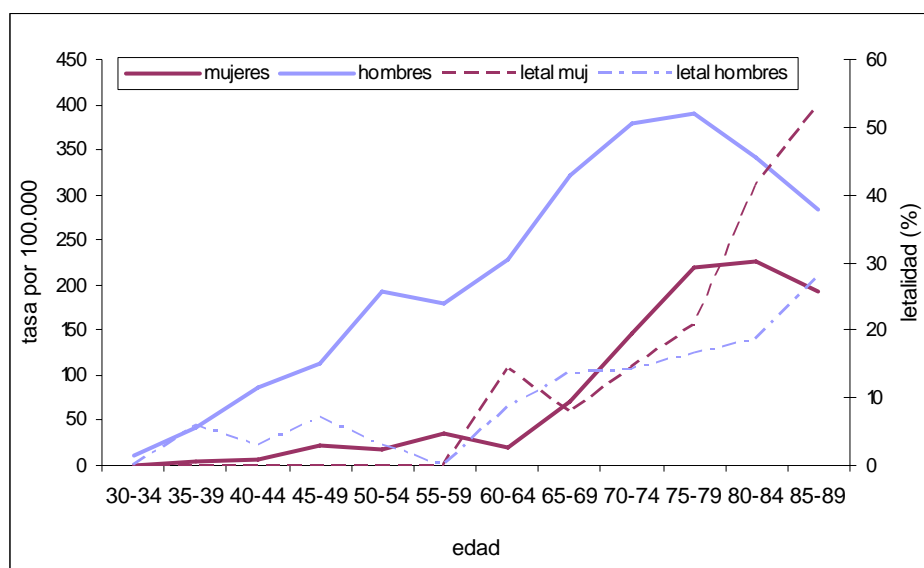
Fuente: MSC. Instituto de Información Sanitaria. Elaboración propia.

El **infarto agudo de miocardio** es la más frecuente de las enfermedades isquémicas cardíacas. Según los datos de registros poblacionales locales (que sólo incluyen casos hasta los 74 años) y de estudios específicos, la frecuencia es mayor en hombres que en mujeres en todas las edades.

Los ingresos hospitalarios por **cardiopatía isquémica** son más frecuentes en hombres (según datos de la Encuesta de Morbilidad Hospitalaria en el año 2003 fueron 104.880 altas en hombres y 47.246 en mujeres). Hay que tener en cuenta que se estima que llegan al hospital sólo el 60% del total de casos de IAM y que dicha estimación no está desagregada por sexo.

Esta mayor frecuencia de diagnóstico registrado en hombres puede observarse en diversos estudios poblacionales en España, como el MONICA, REGICOR e IBERICA. En la figura 18, elaborada con datos del estudio RIMAS (Registro de Infarto de Miocardio de Asturias) en 1998, puede observarse el diferente patrón de presentación por edad en mujeres y hombres así como la mayor letalidad (mortalidad entre los casos diagnosticados) que presentan las mujeres a los 28 días en comparación con los hombres (24% y 10%) (Mosquera, 2002a). Este hallazgo está presente también en otros estudios.

Figura 18: Frecuencia y letalidad (%) del Infarto Agudo de Miocardio por edad y sexo. Asturias, 1998.



Fuente: Estudio RIMAS.

Las mujeres, sin embargo, presentan una mayor frecuencia de **angina**, según los datos del estudio de Prevalencia de Angina (PANES) en España (Marrugat, 1996); esta frecuencia osciló entre 5,3% (hombres entre 45-54 años) y 8,8% (mujeres entre 65-74 años). Otros estudios europeos, basados en el Cuestionario de Rose para Angina, muestran similar patrón por edad y sexo.

En los hombres los infartos se presentan en edades más tempranas que en las mujeres. La presentación más tardía en las mujeres ha sido interpretada, a falta de investigación específica sobre ello, a la protección de los estrógenos hasta la menopausia. Sin embargo, ensayos clínicos recientes relacionados con los efectos de la terapia hormonal sustitutiva han puesto de manifiesto que los estrógenos solos o combinados con progestágenos no sólo no protegen ante la enfermedad coronaria ni el accidente cerebro-vascular sino que pueden incrementar su riesgo (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2002, Million Women Study Collaborators, 2003).

El distinto patrón de presentación del infarto agudo de miocardio en hombres y mujeres podría explicarse en parte por la diferente distribución de los principales **factores de riesgo cardiovascular** descritos en mujeres (hipertensión, dislipemias, diabetes y el uso terapéutico de compuestos hormonales) y en hombres (tabaquismo, hipertensión y diabetes) con infarto, y la diferente edad de comienzo de la exposición a ellos. A estos factores de riesgo habría que añadir los psicosociales y las condiciones de vida (construcción subjetiva de la enfermedad, inserción laboral o manejo de los vínculos, entre otros), que han sido escasamente estudiados, especialmente desde un enfoque de género.

La **demora en recibir tratamiento** es un indicador clave en el infarto agudo de miocardio. En el estudio de Asturias (Mosquera 2002a y 2002b) se puso de manifiesto que las mujeres que padecen un infarto llegan un promedio de una hora más tarde a los servicios sanitarios, lo que pone en peligro su vida y la atención que reciben. Sin embargo, no existe apenas investigación en nuestros servicios sanitarios para conocer las causas de este retraso.

La **letalidad** mayor en las mujeres que en los hombres con infarto, independientemente de la edad, ha sido objeto de investigación en las últimas décadas (Marrugat, 1994, 1998 y 2004; Watanabe, 2001; Mosquera, 2002a y 2002b; Griffith, 2005), lo que es reflejo de la preocupación por el tema y ha contribuido a identificar aspectos relevantes y útiles para corregir posibles inequidades de género en la atención al infarto de miocardio.

Hasta hace poco, el infarto agudo de miocardio era descrito como patología típicamente “masculina”, fue en esta subpoblación en la que se realizaron las investigaciones para su tratamiento y para la que se definió un patrón de enfermar, con una sintomatología típica. Esta carencia de conocimientos respecto a la presentación clínica del infarto agudo de miocardio en la mujer, puesta de manifiesto hace muchos años (Healy, 1991), pudiera ser origen de retrasos diagnósticos, infradiagnósticos e incluso errores diagnósticos (cuando se etiqueta un infarto agudo de miocardio como un problema digestivo, por ejemplo) por parte del sistema sanitario (DeVon, 2002; Kyker, 2002; Bello, 2004; Mosca, 1997; Chrysohoou, 2003; Rohlf, 2004; Wenger, 2002). Así, las mujeres, desinformadas e influidas por este saber acientífico y erróneo, acuden más tarde, o no acuden, a los servicios sanitarios en busca de ayuda cuando presentan un cuadro isquémico (sea infarto o angina).

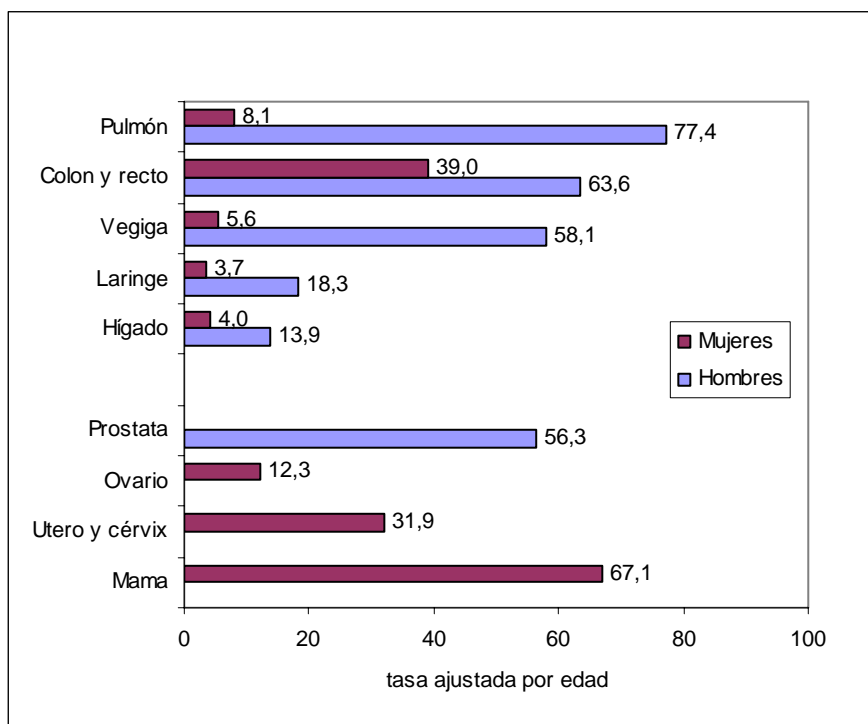
También contribuye a este retraso el rol de género por el que las mujeres se preocupan en primer lugar de cuidar de la salud de la familia y en último de la suya propia. Esta demora, entraña un retraso diagnóstico y terapéutico, que, al igual que el ocasionado por el sistema sanitario, pone en cuestión la efectividad de la trombolisis en las primeras horas del infarto, empeorando el pronóstico y la supervivencia para las mujeres (Lefler, 2004).

El tercer tema de preocupación se centra en la **atención médica** recibida ante un diagnóstico de infarto agudo de miocardio, es decir, si el esfuerzo terapéutico, de diagnóstico completo, tratamiento y rehabilitación son igualmente adecuados en las mujeres y en los hombres (Raine, 2002; Vodopiutz, 2002; Nilsson, 2003; Ettinger, 2003; Haglund, 2004; Norris, 2004; Bongard, 2004; Chandola, 2004; Ruiz-Cantero, 2004).

b) Cáncer

El cáncer es una de las principales causas de muerte tanto en hombres como en mujeres junto con las enfermedades cardiovasculares. El tipo de cáncer y la **incidencia** presenta, como puede observarse en la figura 19, diferente patrón en mujeres y hombres.

Figura 19: Incidencia anual (tasa por 100.000) estimada de cáncer según sexo y tipo de cáncer. España, 1997-2000.



Fuente: La situación del cáncer en España, MSC. Elaboración propia.

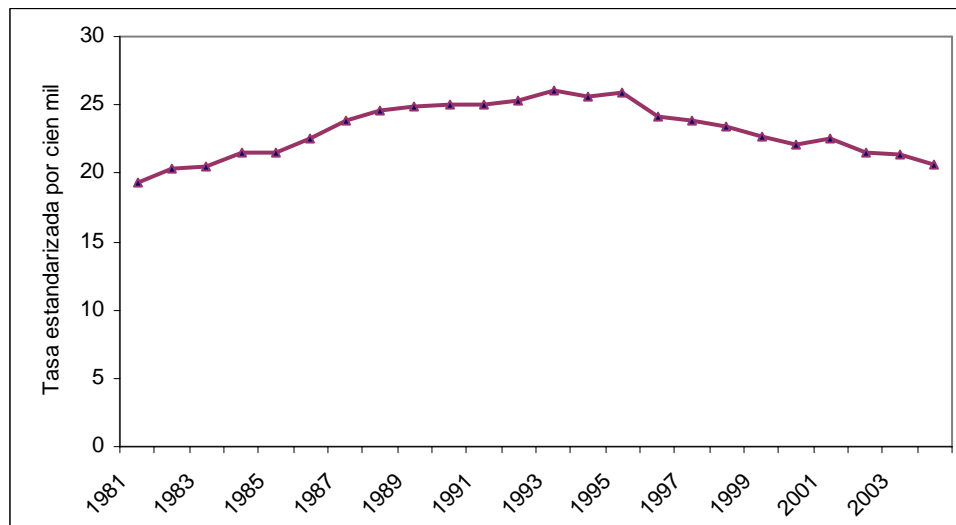
En los hombres el más importante en cuanto a mortalidad e incidencia es el **cáncer de pulmón**. Por el contrario, este tipo de cáncer es menos frecuente en las mujeres (un caso en mujeres por cada 11 casos en hombres), aunque la supervivencia a los cinco años es muy baja tanto en hombres como en mujeres. Desde 1994 la mortalidad por este tumor está descendiendo (0,35% anual) en los hombres, mientras en las mujeres aumenta (2,4% anual) desde 1990 como consecuencia de la incorporación de la mujer a la epidemia del tabaquismo en los años setenta.

El cáncer colorrectal es el segundo en importancia en hombres (detrás del de pulmón) y en mujeres (detrás del de mama) tanto en las cifras de mortalidad por cáncer como en las de incidencia. La supervivencia a los cinco años es del 53% en hombres y 55% en mujeres. La mayor mortalidad e incidencia en hombres sugiere unos hábitos dietéticos menos saludables y una menor preocupación por el cuidado de su salud (Sabo D, 1995).

El cáncer de mama es la primera causa de muerte y el que provoca mayor número de años potenciales de vida perdidos en las mujeres en edades medias de la vida (35-64 años). Actualmente, la supervivencia del cáncer de mama se sitúa en torno al 75% a los cinco años del diagnóstico. La mortalidad está descendiendo desde 1995 (Figura 20), como en otros países europeos. El descenso de la mortalidad se asocia habitualmente a las mejoras en los tratamientos y a la puesta en marcha de los programas de cribado, que se generalizaron en España a finales de los 90. En los últimos años algunos autores (Olsen, 2005) han comenzado un debate sobre el efecto del cribado en ese descenso de la mortalidad, tema que deberá seguir estudiándose.

En relación con el tratamiento del cáncer de mama es necesario tener en cuenta que la mastectomía total puede provocar problemas físicos y alteración de la imagen corporal, y que en muchos casos puede afectar a la autoestima, a las relaciones sociales y a la sexualidad de la mujer.

Figura 20: Evolución de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres. España, 1981-2004.



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Elaboración propia

Igual que en otros países del entorno, aunque la mortalidad ha descendido, la incidencia del cáncer de mama ha aumentado en los últimos años. A esto podrían haber contribuido diversos factores de tipo socio-demográfico (retraso del primer embarazo, disminución del número de hijos y patrón de lactancia materna), aunque sería necesario desarrollar más investigación que analizara el posible impacto por un lado de la terapia hormonal sustitutiva en el incremento de los casos, y por otro del efecto de los falsos positivos o sobrediagnóstico de casos que nunca hubieran sido detectados de no existir los programas de cribado.

Respecto a los posibles efectos perjudiciales de la terapia hormonal sustitutiva (THS), algunos estudios recientes (Million Women Study Collaborators, 2003; (Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators, 2002) han cuantificado sus riesgos para el cáncer de mama. Según ellos, el incremento del riesgo depende del tiempo de exposición y de que la terapia sea combinada (estrógenos más progestágenos) o no. La Agencia Española del Medicamento publicó en el 2004 una estimación de los riesgos teniendo en cuenta los resultados de ambos estudios. En otro estudio (Mosquera, 2002c) estimaron

que en el año 2000 un 15% de las mujeres españolas entre 45-54 años utilizaban terapia hormonal sustitutiva y estaban, por tanto, expuestas a los riesgos de dichos compuestos hormonales. Eso supondría que en términos absolutos, en torno a 400.000 mujeres de toda España habrían estado expuestas en ese año. Aplicando los riesgos estimados por la Agencia Española del Medicamento, a esta población, el estudio estima entre 3.000 y 7.000 casos adicionales de cáncer de mama, lo que supone que entre un 20% y un 40% de los casos del año estarían relacionados con el uso de la terapia hormonal sustitutoria.

Respecto a los efectos de los programas de cribado sobre la incidencia del cáncer de mama, existen estudios en otros países que plantean su relación con el sobrediagnóstico de casos (Per-Henrik, 2004; Barrat, 2005) y las intervenciones terapéuticas derivadas de ello (Gotzsche, 2005).

El cáncer de próstata, como ha sucedido en otros países de la Unión Europea, ha aumentado su importancia en los últimos años, y es ya el tercero en importancia tanto en incidencia como en mortalidad de los hombres. Aparece mayoritariamente, a partir de los 50 años y el 90% de los casos aparece en población de 65 años y más, produciendo la muerte por encima de los 75 años. La supervivencia relativa a los cinco años estimada para España es de un 65%. Está en debate la efectividad de establecer programas de cribado con el test PSA (prostatic-specific antigen), pero ante la ausencia de evidencia científica suficiente, no se recomienda de momento su implantación (Barry, 2001).

Los tumores de útero y ovario ocupan el tercer y cuarto lugar en la mortalidad por cáncer. El tumor de cérvix tiene una mortalidad e incidencia bajas y una supervivencia estimada a los cinco años del 69%. Es necesario evaluar las actuaciones de cribado existentes en cuanto a su racionalización, periodicidad y adecuación, así como otras posibles acciones, como la vacunación contra el virus del papiloma, desde el punto de vista de su necesidad, efectividad y costes, antes de la generalización de su uso.

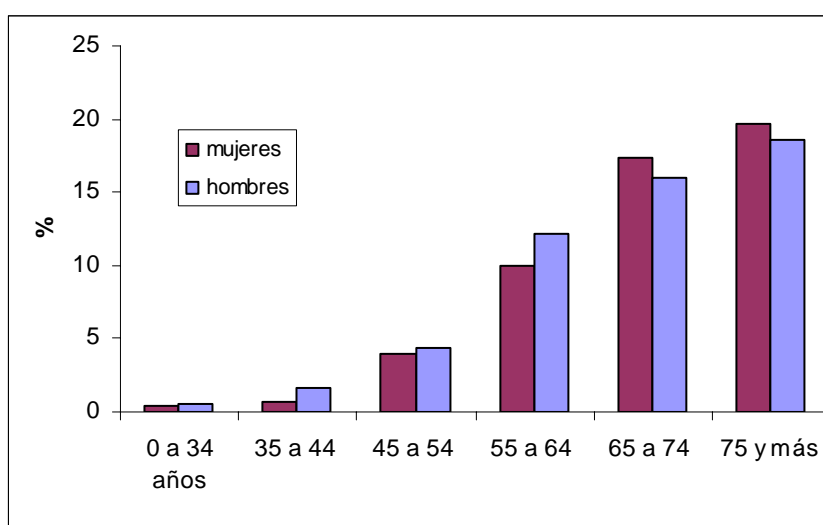
c) Diabetes

La diabetes es uno de los problemas crónicos de salud con mayor prevalencia. Es una enfermedad de evolución progresiva, que puede tener graves y costosas complicaciones, entre las que destacan las enfermedades cardiovasculares, la insuficiencia renal, las amputaciones y la ceguera.

La tasa de **mortalidad** por diabetes en el 2003 fue de 28,5 para las mujeres y 19,4 en hombres, aunque la mortalidad subestima la magnitud de esta enfermedad crónica (Ruiz-Ramos, 2006).

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud de España de 2003, la **prevalencia autodeclarada** de diabetes diagnosticada es de 5´6 % en hombres y de 6´2 % en mujeres, pero mientras que en los hombres es más frecuente hasta los 65 años, en las mujeres lo es a partir de esta edad (Figura 21). Es necesario investigar si esta diferencia se debe a una diferente exposición al riesgo de desarrollar la enfermedad o a una mayor posibilidad de diagnóstico en los hombres en la etapa productiva en los servicios preventivos de las empresas.

Figura 21: Frecuencia de diabetes diagnosticada por edad y sexo. España, 2003



Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2003. Elaboración propia.

Aunque la prevalencia de diabetes es similar en hombres y en mujeres, el riesgo de desarrollar un infarto agudo de miocardio, es mayor en las mujeres diabéticas respecto a los hombres diabéticos, y su pronóstico es peor (Rohlfs, 2004; Huxley, 2006)

Las mujeres se ven también afectadas por **factores de riesgo** adicionales, aquellos que se asocian al embarazo y al parto. La diabetes gestacional se desarrolla en un 6 a 8% de todos los embarazos, pero desaparece tras el parto. Sin embargo, varios estudios describen que las mujeres que han tenido diabetes gestacional tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 en edades posteriores (Pallardo, 1999; Fernández-Fernández 2006).

En la prevención y tratamiento de la diabetes es necesario integrar los hábitos saludables y el autocuidado dentro de un contexto en que los roles y estereotipos de género juegan un papel fundamental. En algún estudio se ha encontrado que los cuidados que reciben las mujeres con diabetes en las consultas de medicina general son de peor calidad que los que reciben los hombres (Hippisley, 2004). En el diseño de programas y en la atención sanitaria hay que incorporar las diversas perspectivas y necesidades que tienen las mujeres y los hombres en relación con el afrontamiento de la diabetes en la vida cotidiana (Bolaños, 2001). Es necesario desarrollar más estudios que permitan conocer mejor las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres en relación con la epidemiología de la enfermedad, así como con la asistencia sanitaria que reciben.

d) Trastornos mentales

La salud mental está condicionada por múltiples factores, entre ellos los de carácter biológico (factores genéticos o fisiológicos en función del sexo), individual (experiencias personales), familiar y social (el hecho de contar con apoyo social), económico y medioambiental (la categoría social y las condiciones de vida) y la construcción de las identidades y los mandatos de género.

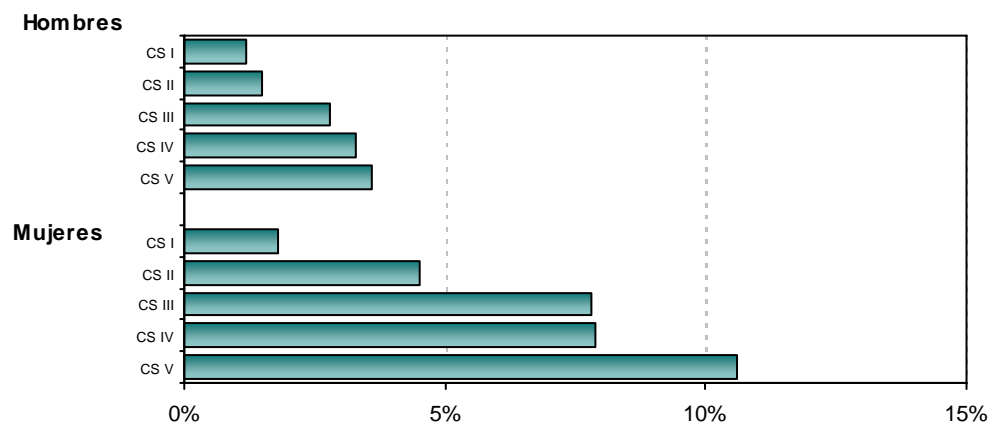
Hoy en día es aceptado que el desarrollo psicológico humano tiene particularidades diferenciales según el género, que la vivencia psicológica de la reproducción y de la paternidad y maternidad es distinta en hombres y mujeres, y que el perfil psicopatológico y de morbilidad psiquiátrica presenta diferencias tanto cualitativas como cuantitativas entre los sexos (Montero, 2004).

La existencia de una mayor prevalencia de **depresión** en mujeres que en hombres se ha encontrado de forma consistente tanto en estudios epidemiológicos como clínicos (Ussall y Rodié, 2001). Un aspecto controvertido de estos estudios es si la mayor prevalencia encontrada en mujeres podría ser debida a que las mujeres busquen ayuda con mayor frecuencia o a la existencia de sesgos diagnósticos con tendencia a diagnosticar con mayor frecuencia de depresión a las mujeres que a los hombres (Coryell, 1992) y, por tanto, a medicarlas.

Respecto al supuesto efecto de las hormonas sexuales en la depresión, los estudios controlados realizados con los anticonceptivos hormonales actuales no muestran asociación entre su uso y un mayor riesgo de depresión. Tampoco se ha encontrado incremento de riesgo de depresión en la perimenopausia (Panay 1996, Alder 2000, Montero 1999).

Sin embargo, sí se ha descrito asociación entre la prevalencia de depresión y la clase social, tanto en hombres como en mujeres (Figura 22), de manera que la prevalencia es menor entre las clases más favorecidas y las desigualdades de género son superiores en las clases menos privilegiadas.

Figura 22: Prevalencia de depresión según sexo y clase social. España, 2003.



Fuente: Rodríguez-Sanz M, 2005

Un ejemplo del efecto de los cambios sociales producidos en las mujeres en el mundo occidental es la creciente diferencia en las tasas de **suicidio** desde la década de los 70, con un acortamiento de la distancia entre las frecuencias de tentativas de suicidio en ambos sexos. Dos factores parecen contribuir a su descenso: los antidepresivos modernos, menos letales (forma común de suicidio entre mujeres) y una mayor detección de la depresión como resultado de su mayor tendencia a solicitar asistencia.

En España, la tasa de mortalidad por suicidio en 2002 fue 13 por 100.000 en hombres y 4 por 100.000 en mujeres. España es el quinto país de la UE con menor mortalidad por suicidio, con una tasa un 40% inferior a la media.

También aparecen diferencias de género en los patrones de **búsqueda de ayuda** para tratar un trastorno psicológico. Es más probable que las mujeres manifiesten malestar y sufrimiento en las consultas de atención primaria, mientras que existen más probabilidades de que los hombres soliciten asistencia en los servicios de salud mental y que sean hospitalizados.

Los estereotipos de género, que indican que las mujeres tienen propensión a los problemas emocionales y los hombres al consumo de sustancias adictivas,

suponen un obstáculo a la hora de solicitar ayuda y constituyen una barrera para la identificación adecuada y el tratamiento de los trastornos psicológicos.

Los estudios muestran que existen tres principales factores que pueden evitar en gran medida la aparición de problemas mentales, especialmente de la depresión:

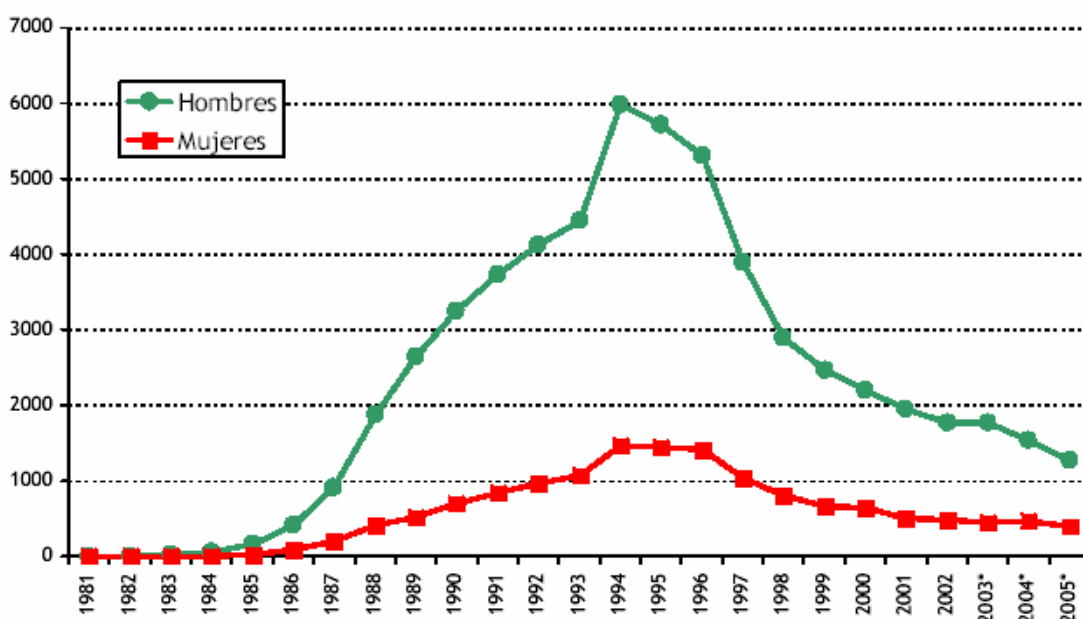
- Tener suficiente autonomía para controlar de algún modo la respuesta a los sucesos graves.
- Tener acceso a recursos materiales que permitan tener opciones entre las que elegir en el momento de enfrentarse a sucesos graves.
- El apoyo psicológico ofrecido por familiares, amistades o profesionales de la salud es poderosamente efectivo.

Todos ellos son diferentes en hombres y mujeres, siendo lo más frecuente, en general, que los hombres tengan más autonomía y mejor acceso a los recursos materiales, y las mujeres mayores recursos sociales de apoyo por sus relaciones más estrechas en las redes sociales y familiares.

e) VIH/sida

Según los datos del Registro Nacional de SIDA del Centro Nacional de Epidemiología, en 2005 se diagnosticaron en España 1649 casos de SIDA, de los cuales, el 76,7% fueron hombres. Con respecto al 2004, en el año 2005 se evidenció un descenso del 17,5 % en el número de casos de SIDA entre los hombres y un 17,7 % entre las mujeres (Figura 23).

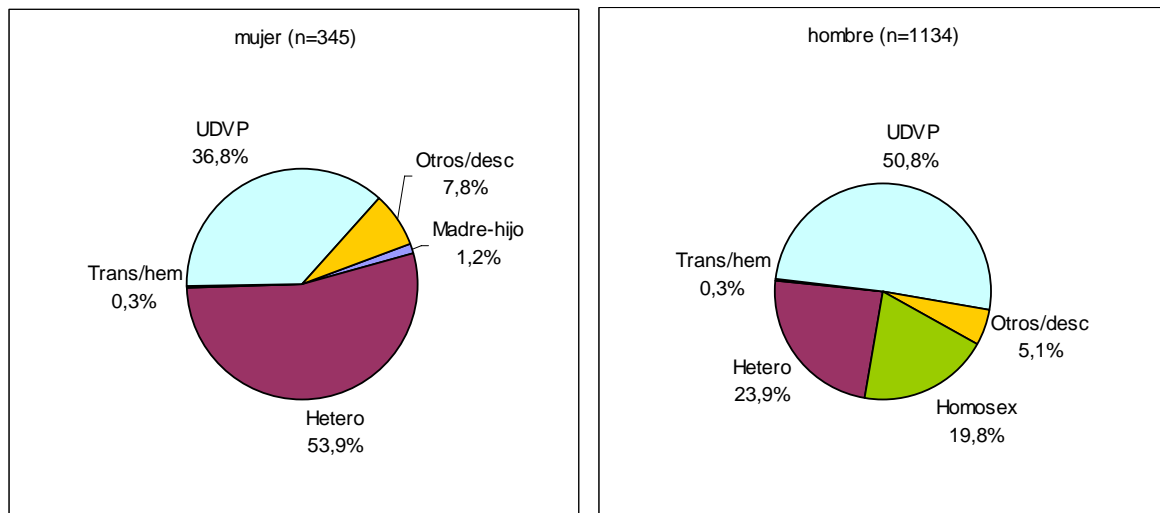
Figura 23: Frecuencia de SIDA (casos) en España según sexos



Fuente: Registro Nacional de SIDA. Actualización a 30 de junio de 2006.

El porcentaje de casos de SIDA atribuidos a **transmisión heterosexual** ha ido aumentando progresivamente, desde el 8,1 % en 1990 al 30,9 % en 2005. Las formas de transmisión más frecuente entre los hombres continúan siendo la parenteral por consumo de drogas (50,7%), la transmisión por prácticas sexuales heterosexuales no protegidas (23,9%) y por prácticas homo/bisexuales no protegidas (19,8%). Sin embargo, en las mujeres los casos atribuidos a la transmisión heterosexual suponen el 53,9% (Figura 24).

Figura 24: Distribución de los casos de SIDA por categorías de transmisión. España, 2005.



Fuente: Registro Nacional de SIDA. Actualización a 30 de Junio de 2006.

El Libro Blanco que se está realizando sobre el futuro de la enfermedad en España, advierte de que la **incidencia** de la infección por VIH aumentará en todas las comunidades autónomas y la mayor parte de los nuevos casos de infección serán mujeres.

Las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres para protegerse de la infección por VIH/sida y para afrontar sus consecuencias son importantes. Las mujeres, en las prácticas heterosexuales son más vulnerables a la transmisión ya que la mucosa vaginal presenta mayor fragilidad que otras mucosas, y el semen tiene mayor capacidad infectiva que los fluidos vaginales. Pero además de los aspectos biológicos, las relaciones están marcadas por la construcción de género, que asigna distintos roles y estereotipos a hombres y mujeres, y que influye en las actitudes, emociones y vivencias ligadas a la salud y a las relaciones sexuales.

Los condicionantes de género determinan que se invisibilicen los efectos que tienen que ver con la actividad sexual de las mujeres como es el caso de la exposición a la transmisión heterosexual del VIH (Velasco, 2003) Además las mujeres tienen dificultades para percibir su propia vulnerabilidad ante las

infecciones de transmisión sexual y el VIH (Velasco, 2002, 2001) Las repercusiones de la identidad de género en la vivencia de la salud y la sexualidad son fácilmente observables en las relaciones de riesgo que aceptan las mujeres ante la dificultad de negociar con sus parejas las prácticas sexuales y el uso de métodos de protección. La influencia del modelo de amor romántico y el espejismo de igualdad en las sociedades más desarrolladas, que invisibiliza las relaciones de dominación/ sumisión (Jónasdóttir, 1995) en las que se mantienen aún hoy las relaciones entre mujeres y hombres, potencian la vulnerabilidad de las mujeres a la infección por VIH/sida suponen un acceso desigual a los recursos para tomar decisiones con respecto a su cuerpo y su salud (WHO, 2003). La **violencia** ejercida contra las mujeres es otro factor de riesgo a tener en cuenta, ya que puede conllevar la coacción para realizar prácticas sexuales de riesgo que pongan en peligro su salud (Campbell, 1999).

Los datos preliminares del Libro Blanco apuntan también un incremento del VIH entre las **personas extranjeras** y entre las personas que ejercen la **prostitución**. Hay que tener en cuenta que algunas tradiciones culturales, que atentan contra la integridad de las mujeres como la mutilación genital y determinadas prácticas sexuales, como el coito seco, pueden aumentar la posibilidad de que se produzca infección por VIH en estas mujeres. En este sentido, hay que redoblar esfuerzos por tener información sensible que facilite la realización de acciones adaptadas socio-culturalmente que, desde una perspectiva de género, tengan en cuenta la especificidad de los grupos humanos a los que se dirigen y que contemplen la diversidad cambiante, tanto dentro de la población inmigrante, como en el ámbito de la prostitución.

Es importante señalar que el estigma asociado al VIH/sida puede también retrasar el momento de diagnóstico por el temor a recibir un resultado de seropositividad y sufrir no sólo problemas físicos, sino rechazo socio-laboral y familiar y miedo al rechazo de la pareja.

f) Lesiones por causas externas

Las lesiones por causas externas contribuyen de modo importante a la **mortalidad** con respecto al total de otros problemas de salud y destaca su diferente comportamiento según el sexo y la edad, siendo con diferencia más importantes en los hombres que en las mujeres.

Se definen actualmente como lesiones lo que tradicionalmente han sido denominadas como “accidentes”, y esta modificación pretende avanzar hacia una conceptualización este importante problema de salud con enfoque preventivo. De esta manera se elimina la contradicción que supone asumir, en la definición tradicional, que el hecho producido de forma “accidental” pudiera prevenirse y evitarse.

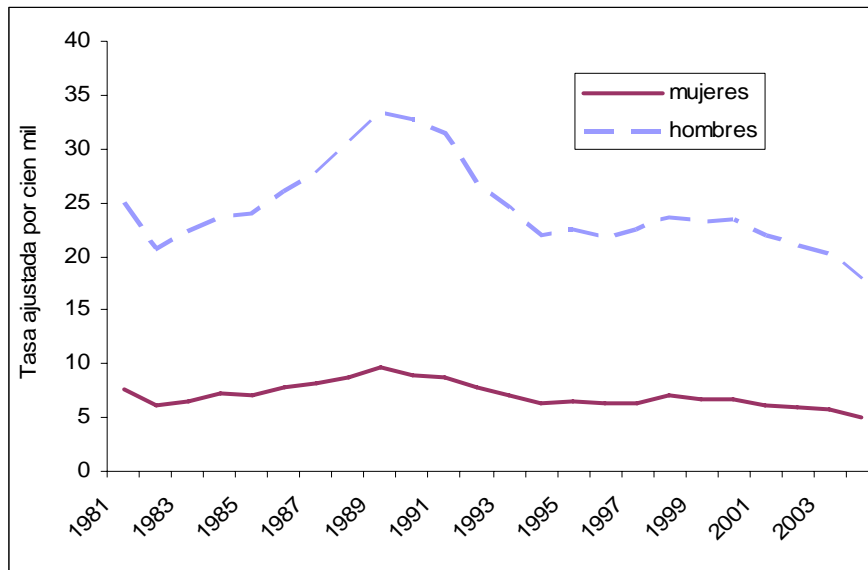
En 2004, el 4,6% de todas las defunciones producidas en España se debieron a causas externas, siendo especialmente relevante por suceder en edades jóvenes, ya que alrededor del 40% de las defunciones ocurrieron antes de los 45 años de edad. Por cada muerte por el conjunto de causas externas en mujeres se produjeron 2,3 en hombres.

En los hombres, las lesiones por causas externas son la primera causa de defunción hasta los 39 años, y en las mujeres, son la primera causa de muerte hasta los 34 años de edad, excepto en el grupo de 5 a 9 años.

En el 2004 un 45% de las defunciones ocurridas en España por causas externas se debieron a **lesiones por tráfico**, lo que supone el 1,4% del total de defunciones (16% en la población de 15 a 44 años).

También las lesiones por tráfico presentan diferencias por sexo, siendo la mortalidad mucho más frecuente en hombres que en mujeres (Figura 25). En 2004, por cada muerte en mujeres se produjeron 3,4 muertes en hombres.

Figura 25: Evolución de la mortalidad en hombres y mujeres por lesiones de tráfico. España 1981-2004.

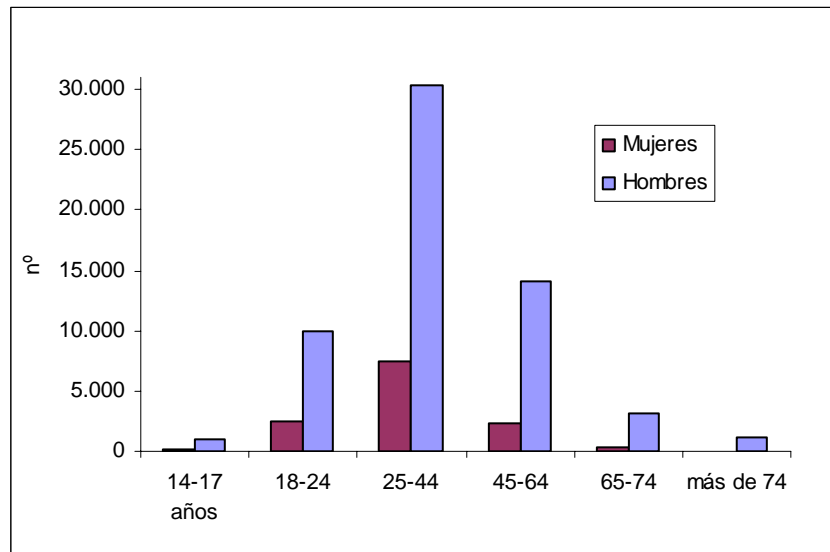


Fuente: Indicadores de Salud. MSC. Elaboración propia

En la evolución de la mortalidad por lesiones de tráfico se observa una tendencia descendente desde el inicio de la década de los noventa en ambos sexos y una gran diferencia entre hombres y mujeres mantenida en el tiempo.

La carga de masculinidad que se observa en este fenómeno se encuentra asociada a factores ligados al género, como la percepción del riesgo y la actitud en la conducción (velocidad, consumo de alcohol) (Sabo, 2000). Es de destacar que la progresiva incorporación de las mujeres a la conducción no ha conllevado un aumento de su accidentalidad.

Figura 26: Número de colisiones de tráfico con víctimas, según la edad y el sexo de la persona conductora



Fuente: DGT. Anuario de accidentes 2004. Elaboración propia

En los datos mostrados en la figura 26, puede observarse el diferente patrón entre mujeres y hombres, siendo la relación global de “accidentes con víctimas” en zona urbana y en carretera de cuatro hombres por cada mujer.

No se pueden elaborar tasas específicas por sexo al no disponer de denominadores relacionados con el sexo de la persona que conduce, lo que sería deseable subsanar en las estadísticas en el futuro para poder tener información que permitan adoptar medidas específicas de prevención con enfoque de género.

Según la última información del Conjunto Mínimo Básico de Datos al Alta Hospitalaria, (CMBDAH, 2001) se produjeron en España 40.174 altas por este motivo en ese año. El 70% de estas personas lesionadas y el 73% de las fallecidas en el hospital, eran hombres. Las mujeres en ambos grupos eran mayores que los hombres. Las mujeres lesionadas tenían una media de edad de 34 años (28 los hombres) y las fallecidas una media de edad de 58 años (45 los hombres). Los hombres presentaban una mayor proporción de lesiones de mayor gravedad. (Peiró-Pérez, R. 2006).

El problema de estas lesiones es también que en muchos provocan **discapacidades** permanentes, siendo que aproximadamente el 4% de las incapacidades presentes en la población española entre 6 y 64 años se deben a lesiones causadas por accidentes de tráfico (Tabla 2).

Tabla 2: Mortalidad por lesiones de tráfico y de ocio-domésticas por grupos de edad, sexo y orden de importancia en España. 2004.

	0 - 14	15 - 29	30 - 44	45 - 59	60-74	= + 74
Mujeres	Tráfico 62	Tráfico 299	Tráfico 201	Tráfico 215	Ocio y Domésticas 341	Ocio y Domésticas 1.781
	Ocio y Domésticas 39	Ocio y Domésticas 63	Ocio y Domésticas 118	Ocio y Domésticas 137	Tráfico 213	Tráfico 210
Hombres	Ocio y Domésticas 102	Tráfico 1.265	Tráfico 1.091	Tráfico 680	Ocio y Domésticas 715	Ocio y Domésticas 1.392
	Tráfico 84	Ocio y Domésticas 446	Ocio y Domésticas 617	Ocio y Domésticas 622	Tráfico 579	Tráfico 388

Fuente: INE. Defunciones según la causa de muerte 2004. Elaboración propia

La mortalidad por **lesiones domésticas y de ocio** (caídas, quemaduras, ahogamientos, etc.) representan también un número importante en el conjunto de lesiones por causas externas. Para el grupo de 0 a 14 años son la primera causa de mortalidad entre los chicos, y a partir de los 60 años supera a las de tráfico.

En conjunto, podemos decir que la magnitud de las lesiones por ocio y domésticas no son conocidas lo suficiente para poder facilitar el desarrollo de las acciones específicas para su prevención. En cuanto a las lesiones por tráfico, si bien la mortalidad y morbilidad es conocida, sería necesario recoger sistemáticamente la variable sexo que permita un análisis de género y facilite analizar las diferencias de la accidentalidad por esta causa, al objeto de implementar las acciones oportunas.

g) Signos y síntomas que se abordan como enfermedades en las mujeres

Existen una serie de temas relacionados con la salud, que o no son entidades nosológicas, o no tienen una frecuencia o gravedad que justifiquen acciones específicas, o no existe suficiente evidencia científica para plantear intervenciones diagnósticas o terapéuticas, pero que por razones diferentes se encuentran en algunas agendas políticas. Por la importancia de proporcionar información fiable sobre las mismas, tanto a la ciudadanía como al personal de salud, serán abordadas habitualmente en estos informes. En este del 2005, se incluyen solamente la osteoporosis y la fibromialgia y fatiga crónica, quedando para los próximos temas como la endometriosis y la disfunción sexual, entre otros.

*Osteoporosis*¹⁰

La osteoporosis es importante desde el punto de vista sanitario por ser uno de los factores de riesgo de fracturas óseas. Pero también existen otros factores de riesgo asociados a las fracturas, como son los factores del entorno físico, de la actividad que se practica, la morbilidad acompañante, los tratamientos con benzodiazepinas y otros medicamentos y los antecedentes de fracturas. Ante esta diversidad de factores causales, es necesario que la prevención de fracturas tenga un abordaje integral, que incluye de manera destacada la prevención de las caídas en población de riesgo, y no sólo la detección y tratamiento de la osteoporosis. De hecho, el valor aislado de la densitometría ósea sobre el riesgo de fractura se considera limitado, ya que por ejemplo, la mayor incidencia de fracturas de cadera se produce en mujeres con densitometría baja y con más de cinco de los otros factores de riesgo.

Por otro lado, el conocimiento del resultado de la densitometría podría tener efectos negativos sobre la prevención. En algunos casos, el diagnóstico de osteoporosis podría provocar una restricción de la actividad por miedo a la fractura, cuando lo aconsejable para la prevención es que la persona se mantenga activa. En otros casos por el contrario, la densitometría normal

¹⁰ Información extraída de un informe “ad hoc” de la Agencia Española de Evaluación de Tecnologías (2006).

pueden producir la falsa impresión de que no es necesario tomar otras medidas preventivas.

Los fármacos disponibles para el tratamiento de la osteoporosis tienen, en general, una eficacia de moderada a buena. La administración diaria de calcio y vitamina D ha demostrado reducir hasta en un 50% la fractura de cadera en mujeres institucionalizadas y en un 20% las fracturas periféricas en varones y mujeres mayores de 65 años. Los bifosfonatos aumentan la eficacia del calcio y la vitamina D. El tratamiento hormonal sustitutivo (THS) a todas las mujeres posmenopáusicas como estrategia preventiva de la osteoporosis ya no es una opción válida tras conocerse sus riesgos.

Fibromialgia y fatiga crónica

El dolor y la fatiga constituyen la primera causa de consulta en atención primaria y en reumatología. El dolor crónico es la primera causa de limitación crónica de actividad en países industrializados, en España, y en diversas autonomías y ciudades (Valls, 2003).

La fibromialgia está caracterizada por la presencia de dolor generalizado en la columna vertebral y en los miembros, afectando sobre todo a los músculos. Además suelen estar presentes otros síntomas: cansancio, sueño no reparador, rigidez generalizada matutina o después del reposo, sensación subjetiva de hinchazón, quemazón en la piel, punzadas.

Su **prevalencia** se estima entre un 2% y un 5% del total de la población, con mayor incidencia entre las mujeres, constituyendo aproximadamente el 80-90% de las afectadas (González de Chávez, 2003).

La etiología de la fibromialgia es objeto de debate todavía (Hazemeijer, 2003). Influyen aspectos de orden biológico, psicosocial y cultural. En algunos estudios se han encontrado una relación con conflictos psíquicos y con algunas condiciones de vida de las mujeres, como la violencia por parte de la pareja (Plazaola-Castaño, 2004). También parece que en pacientes con fibromialgia

existe un trastorno de la modulación del dolor que ocasionan la disminución del dintel de percepción y por lo tanto una hipersensibilidad dolorosa (Price, 2005).

Es necesario contar con información de calidad acerca del dolor y sus causas, de su impacto en la vida cotidiana de las personas afectadas y de las estrategias existentes para afrontarlo. Para ello es fundamental conocer mejor el dolor en los hombres y sobre todo en las mujeres, principales afectadas, ya que parece que tanto su cuadro clínico como la atención que reciben es diferente a la de los hombres. Por ejemplo, parece que los hombres con fibromialgia tienen peor percepción de salud que las mujeres, consultan más especialistas antes de recibir el diagnóstico y reciben tratamiento farmacológico diferente al de ellas. Sin embargo, a un 70 % de los hombres se les reconoce la invalidez permanente por esta enfermedad, mientras sólo se les reconoce a un 42´6 % de las mujeres afectadas (Ruiz-Pérez, 2006).

Otro problema emergente en los últimos tiempos es el denominado **síndrome de fatiga crónica**. Es un cuadro clínico complejo y crónico en el que predomina una fatiga profunda e insuperable que no disminuye con el descanso y puede empeorar con la actividad física y mental. Se acompaña de otros síntomas que lo convierten en una enfermedad multisistémica y discapacitante. La fatiga crónica tiene un predominio tres veces mayor en mujeres que en hombres (Fernández Solá, 2002).

El **sesgo de género** en el circuito del dolor de las mujeres se manifiesta en errores de diagnóstico, atribuyendo causas psicológicas, cuando hay enfermedades orgánicas y al contrario, lo que genera tratamientos erróneos que pueden causar iatrogenia si no están correctamente indicados. Es necesario desarrollar estudios que permitan conocer las causas y factores de riesgo de estas enfermedades, así como sus concomitantes emocionales (Valls, 2003).

8. Utilización y satisfacción con los servicios sanitarios

Para conocer el uso que hombres y mujeres hacen de los servicios sanitarios es necesario realizar estudios que permitan conocer mejor los factores que intervienen en sus decisiones y en las del personal sanitario. Un aspecto fundamental es identificar siempre en las estadísticas de utilización de servicios sanitarios, los procesos relacionados con la reproducción, que explican, al menos en parte la mayor utilización por parte de las mujeres en las edades reproductivas (anticoncepción, embarazo, parto y puerperio) (Figura 28). También es necesario aportar más luz sobre las diferentes conductas ante el enfermar de hombres y mujeres, el papel de los estereotipos de género en la toma de decisiones en la asistencia sanitaria, o el impacto diferencial que puede tener en la frecuentación de las consultas de atención primaria la utilización de los servicios de salud laboral de las empresas. Por otro lado, es destacable la escasez de estudios que aborden la utilización de servicios de salud por parte de la población joven y las posibles diferencias por género.

Según la Encuesta Nacional de Salud de 2003, un 17% de las mujeres y un 12% de los hombres habían acudido a consulta médica durante las dos semanas anteriores al momento de la encuesta, y un 37 y 29% respectivamente, lo habían hecho en los tres meses anteriores. Esto podría interpretarse como diferencias entre hombres y mujeres en el estado de salud o en los hábitos de consulta o en ambos. También habría que valorar las relaciones entre oferta y demanda de servicios en función del género, o el impacto que puede tener que existan más programas preventivos dirigidos a las mujeres (preparación al parto, menopausia) en la mayor o menor utilización de servicios por parte de ellas. O si lo que se produce es un exceso de uso de servicios por parte de las mujeres o un déficit por parte de los hombres. También existen estudios que muestran diferencias en la práctica asistencial dependiendo de que el personal sanitario y las personas atendidas sean hombres o mujeres (Delgado, 2002; Arrizabalaga, 2005; Ortiz, 2001).

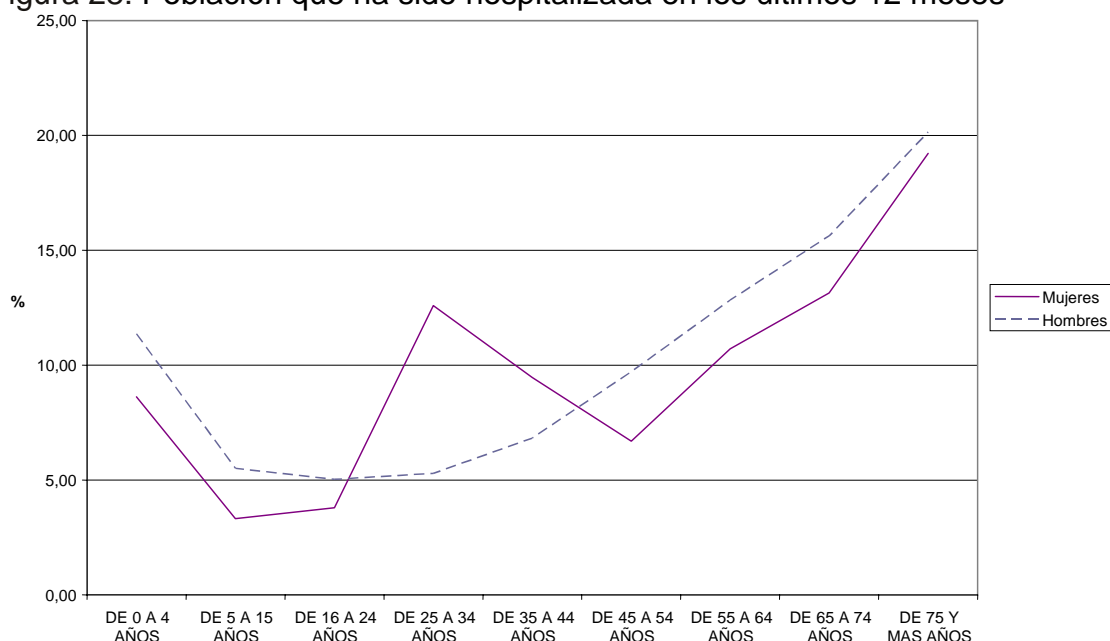
Respecto a la hospitalización, es más frecuente en los hombres durante la infancia y adolescencia y en los adultos hasta los 65 años, exceptuando en el

grupo de edad de 25 a 34 años, en que es superior en mujeres, y se debe al embarazo y parto (Figura 28).

En general, existe una medicalización terapéutica y preventiva de la salud de las mujeres, que influye en la utilización que se hace de los servicios y en su propia salud (Pérez-Fernández, 1999).

El exceso de utilización de las episiotomías y las cesáreas son un ejemplo de ello, así como el uso de la THS. Incluso programas generalmente aceptados de prevención secundaria como el cáncer cérvix o de mama se llevan a cabo sin informar adecuadamente de los beneficios y riesgos potenciales a las mujeres y sin consentimiento informado (Segura, 2006).

Figura 28: Población que ha sido hospitalizada en los últimos 12 meses



La **atención al parto** en España se realiza fundamentalmente en los hospitales, con indicadores de resultados en términos de mortalidad y morbilidad semejantes a los de los países del entorno. Sin embargo, se plantea la necesidad, tanto por parte de sociedades profesionales como de organizaciones de mujeres, de mejorar algunos aspectos. En concreto, se trataría de eliminar el uso rutinario de algunos procedimientos innecesarios (rasurado perineal, episiotomía, enema) y en controlar el incremento progresivo de las cesáreas, que según datos del CMBD del 2004, se habrían

practicado con una frecuencia del 21 % de los partos en centros públicos y del 35 % en los privados.

Algunos estudios apuntan, para explicar el diferente uso de los servicios, a una mayor medicalización de la salud de las mujeres o la práctica más frecuente de conductas de riesgo por parte de los hombres, sobre todo en edades tempranas. Parece que la socialización masculina de los hombres (Moynihan, 1998) les dificultaría aceptar la enfermedad, así como expresar sus temores y necesidades, sintiendo que deben soportar la enfermedad con valentía, sin quejas y en soledad. Esto promueve su resistencia a las consultas médicas cuando surge un problema de salud, al mismo tiempo que les dificulta la recepción de los mensajes de promoción de salud y prevención de enfermedades (Doyal, 2001).

Respecto al **consumo de medicamentos**, es importante diferenciar entre los prescritos, que reflejan decisiones tomadas por el personal médico ante cada caso, y la automedicación, que muestra la iniciativa de las personas como respuesta de autocuidados ante sus problemas de salud (Tabla 3).

Destaca por su importancia el consumo de medicamentos para el dolor y la fiebre, alto en ambos sexos, pero más en las mujeres. Los tranquilizantes, antidepresivos, estimulantes y reconstituyentes son consumidos dos veces más por las mujeres. En todos esos grupos de medicamentos se observa una frecuencia mayor de consumo, en ambos sexos, por prescripción que por automedicación. Con los datos disponibles no se puede saber si este mayor consumo de esos medicamentos en las mujeres se debe a que presentan con mayor frecuencia patologías, a que el sistema de salud tiende a prescribir más a las mujeres o a otras razones. Además, la agrupación de medicamentos que se utilizó en la Encuesta Nacional de Salud del 2003 no permite conocer mejor el consumo diferenciado de los mismos o agruparlos por efectos semejantes.

Los datos del último Barómetro Sanitario (MSC, 2005) muestran una mayor **satisfacción con el sistema sanitario** en los hombres que en las mujeres, que son las que realizan un mayor uso del sistema. Aún así, son mayoría tanto las mujeres como los hombres que opinan que el sistema sanitario funciona bien, aunque necesitaría cambios.

En este sentido, en estudios cualitativos llevados a cabo en mujeres en Asturias (Uría, 2004) muestran un interés por la existencia de un mayor esfuerzo en prevención de los problemas de salud, por parte de las autoridades sanitarias, sobre todo en temas relacionados con la alimentación y el ejercicio físico.

Tabla 3: Tipos de medicamentos consumidos en las dos últimas semanas según sexo y tipo de prescripción (% de consumo sobre el total de población española)

%	Mujeres		Hombres	
	Prescritos	Auto-medicación	Prescritos	Auto-medicación
Medicinas para el catarro, gripe, garganta, bronquios	3,2	2,1	3,3	2,5
Medicinas para el dolor y/o para bajar la fiebre	7,3	4,3	4,0	2,8
Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos)	2,5	0,9	0,7	0,7
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	4,5	0,5	1,7	0,2
Medicamentos para la alergia	1,4	0,2	1,4	0,2
Medicinas para el reuma	2,0	0,02	0,7	0,04
Medicinas para el corazón	2,2	0,05	2,1	0,04
Medicinas para la tensión arterial	6,5	0,1	4,4	0,2
Medicinas para las alteraciones digestivas	2,2	0,3	1,6	0,5
Antidepresivos, estimulantes	1,8	0,08	0,6	0,05
Píldoras para no quedar embarazadas	0,8	0,5	0	0
Medicamentos hormonales sustitutos	0,8	0,1	0	0
Medicamentos para la diabetes	2,2	0,02	2	0,02

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2003. Elaboración propia.

El uso de los servicios sanitarios en **personas mayores de 64 años** es más habitual que en el resto de la población. Según la ENS de 2003, un 38% de los mayores de 64 años habían acudido a la consulta médica en las últimas dos semanas frente a un 21% de personas en el resto de la población. También hay otros gastos sanitarios en los que las personas mayores son la mayoría y que se relacionan con problemas específicos de esas edades, como la incontinencia urinaria, tanto en hombres como mujeres, aunque estas tienen mayores probabilidades de sufrirla por las alteraciones que provocan los embarazos y partos en el suelo pélvico. La frecuencia de incontinencia urinaria explicaría que los absorbentes sean consumidos en un 97,5% por personas mayores.

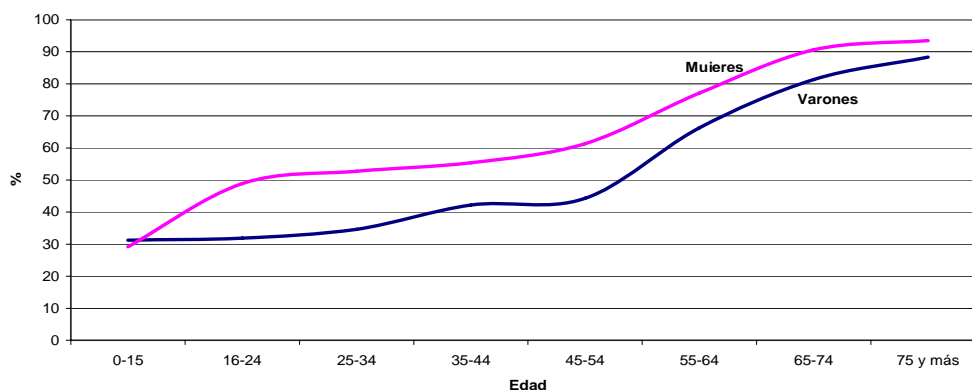
A pesar de que las mujeres son las que padecen en mayor medida enfermedades crónicas en general (Tabla 4), los hombres adultos y sobre todo a partir de los 65 años, presentan un mayor grado de hospitalización y por consiguiente un mayor gasto hospitalario (Urbanos, 2002). Mientras, las mujeres, en especial a partir de los 65 años, acuden más a los servicios de urgencias (59% de los hombres, y 72% de las mujeres en esas edades según la ENS, 2003), visitan más los centros de salud y se les prescriben más medicamentos (Urbanos, 2002), por lo que su gasto per cápita en recetas es mayor (Figura 31).

Tabla 4: Distribución de las enfermedades crónicas autodeclaradas según sexo en población mayor de 15 años (porcentajes).

	Mujeres	Hombres	Total
Hipertensión arterial	16,5	12,4	14,5
Colesterol	11,3	9,6	10,5
Diabetes	6,2	5,6	5,9
Asma, enfisema, o bronquitis	5,3	5,7	5,5
Alergia	10,9	8,7	9,8
Depresión	7,7	2,9	5,4
Enfermedades del corazón	5,9	5,9	5,8

Fuente: Abellán, 2004.

Figura 31: Consumo de medicamentos según edad y sexo, España 2003



En general, la información más disponible respecto a salud y género es la que se refieren al estado de salud, siendo escasa la que analiza los procesos del sistema sanitario con ese enfoque, o incluso en muchas de las estadísticas, ni siquiera se incluye el sexo como variable, lo que impide utilizar esa información para realizar un **análisis de género**.

Es necesario por tanto información que permita elaborar **indicadores** útiles para la organización equitativa y racional de los recursos, para la asignación

diferencial de servicios de acuerdo con las capacidades económicas y las necesidades específicas de mujeres y hombres, teniendo en cuenta la edad y el contexto socio-económico y cultural.

Aspectos como la accesibilidad, la eficacia, la seguridad, la capacitación, la continuidad, la eficiencia y la sostenibilidad son importantes a la hora de evaluar el sistema de salud en sus objetivos de equidad de género.

Algunos ejemplos de este tipo de indicadores de equidad, calidad y participación son: el tiempo de espera para recibir atención de salud, el porcentaje de población vacunada, el acceso y tipo de financiación de interrupción voluntaria del embarazo, métodos anticonceptivos y recursos de planificación familiar; la cobertura asistencial del embarazo, la atención al embarazo y al parto por personal capacitado, la proporción de nacimientos por cesárea, el porcentaje de mujeres o número de asociaciones de mujeres que participan en los procesos de toma de decisiones.

Otro campo en el que se debería avanzar para mejorar la equidad de género es en el análisis de la distribución de los presupuestos públicos sanitarios.

Otra información relevante que necesita un análisis desglosado por sexo es la relativa a los **nuevos medicamentos**: resultados de los ensayos clínicos, fortaleza de los mismos, farmacocinética y farmacodinámica en mujeres y hombres, proceso de autorización y prescripción y seguimiento de los efectos adversos en mujeres y hombres.

9. Condiciones de vida y de trabajo

La representación social asociada a las diferencias entre hombres y mujeres se ha fundamentado durante largo tiempo en un modelo de separación en el que a los hombres les era reservada la **esfera productiva** (dentro de los campos profesional, político, intelectual, cultural y religioso), y a las mujeres la **reproductiva** (en el campo doméstico y familiar) lo que supone diferente acceso a recursos materiales y al ámbito público y de poder (Solé y Parrilla, 2004).

Aunque las mujeres han trabajado siempre, su trabajo ha sido socialmente invisible y escasamente considerado como objeto de reflexión y estudio hasta hace unas décadas, por lo que apenas existen estudios que profundicen en el binomio trabajo-salud de las mujeres.

La actividad laboral femenina en España ha aumentado considerablemente. En la actualidad, trabajar representa para las mujeres el factor clave en la búsqueda de una independencia individual y la construcción de una identidad (Tobío, 2006). Sin embargo, la **tasa de ocupación femenina** española (61.1%) aún está por debajo de la media europea (Tabla 5) y de la tasa masculina en España (87,2%).

Tabla 5: Tasas de ocupación, de desempleo y de fecundidad en la UE, 2006

	Tasa de ocupación		Tasa de desempleo		Tasa de fecundidad
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Alemania	69,1	79,8	9,6	10,4	1,31
Austria	76,7	90,1	4,7	3,9	1,40
Bélgica	71,8	87,2	7,6	6,4	1,62
Dinamarca	80,3	88,2	5,1	4,2	1,72
España	61,1	87,2	14,4	7,2	1,25
Finlandia	77,7	84,2	8,2	7,3	1,72
Francia	73,4	86,4	9,0	6,8	1,89
Grecia	58,1	86,1	15,1	5,7	1,25
Holanda	75,8	90,3	4,5	3,8	1,73
Irlanda	67,7	88,9	3,5	4,6	1,97
Italia	59,6	86,9	9,1	5,4	1,26

Fuente: Fundación Encuentro y Eurostat.
(<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>)

Una segunda transformación en el empleo femenino muestra cómo gran parte de las mujeres de hoy no abandonan tan a menudo como antes el mercado laboral, permaneciendo en él incluso cuando deciden formar una familia.

Para comprender el aumento de la presencia de las mujeres en el mercado de trabajo es necesario tener en cuenta también la **educación**. En toda Europa el nivel general de formación de las mujeres ha aumentado tan considerablemente que llega a superar en algunos casos el de los hombres. Si en los años sesenta en España, los estudios superiores estaban reservados a un número reducido de hombres y a un porcentaje ínfimo de mujeres, en el 2005 el número de mujeres que alcanzaron el nivel de enseñanza universitaria de primer y segundo ciclo era, según datos de la EPA, de 2,7 millones, 200.000 mujeres más que hombres.

Este aumento de la formación y la cualificación parece ser una premisa necesaria para que los hombres y las mujeres puedan acceder en igualdad de condiciones al mercado de trabajo. Sin embargo, esta premisa teórica no necesariamente tiene su traducción en la práctica.

De hecho, la mayor cualificación de las mujeres no se traduce en una posición igualitaria a la de sus compañeros en el mercado laboral. Existen barreras invisibles e invisibilizadas, que constituyen lo que se ha denominado doble segregación: una segregación horizontal que orienta a hombres y mujeres a ocupaciones específicas, y una segregación vertical que pone trabas a la promoción laboral de ellas (Artazcoz y cols, 2004 y 2005)

Respecto a la **segregación horizontal**, se argumenta que las ocupaciones definen convencionalmente las tareas propias de uno y otro sexo, haciendo de nuevo efectiva la disgregación que considera que hay trabajos remunerados femeninos cuyo ejercicio es adecuado para las mujeres, mientras que otros son impropios de ellas.

Estos trabajos no son los menos duros de realizar, sino que se trata de trabajos similares a las actividades que las mujeres han asumido durante años en el ámbito doméstico, trabajos asociados a espacios y actividades que simbólicamente son identificados como prolongaciones del hogar: el servicio doméstico, la confección textil, la enseñanza y la enfermería son reflejo de ello (Artazcoz y cols, 2004 y 2005).

Resultado de esta particular distribución son los distintos **riesgos laborales** relacionados con las diferentes posiciones sociolaborales. Señala la Encuesta de Población Activa (EPA) de 2005 que las mujeres se concentran en un 84% en el sector servicios, mientras que los hombres lo harían en un 50% en el mismo sector y en otro 30% en el sector industrial y de la construcción.

Esta concentración diferenciada implica que, según los datos de la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (CES, 2005), los riesgos laborales más frecuentes en las mujeres sean los de tipo ergonómico: las mujeres realizan con más frecuencia trabajos que requieren mantener la misma postura y realizar tareas y movimientos repetitivos; y de tipo psicosocial: se ven obligadas a asumir cantidades excesivas, ritmos elevados de trabajo y profesiones con una alta demanda emocional (enseñanza, salud...).

Por su parte los hombres presentan con mayor frecuencia riesgos físicos: exposición al ruido elevado, a las vibraciones y a los tóxicos, así como a la inhalación de polvos, humos y gases.

Respecto a la **salud mental**, según algunos estudios parece que la mejor situación es la de los hombres con trabajos no manuales, seguidos de los hombres con trabajo manual, las mujeres con trabajo no manual y las mujeres con trabajo manual.

Entre las mujeres, según el tipo de contrato, las que peor salud mental tienen son las que no tienen contrato, a las que les seguiría las asalariadas temporales con trabajos manuales y las asalariadas fijas con trabajos manuales. Pero, según la jornada laboral, la peor salud mental la padecen las mujeres con trabajo manual y jornada irregular, a las que les siguen las mujeres con trabajo manual y jornada continua. Entre los hombres, la peor situación para la salud mental sería la asociación entre trabajo manual y turno nocturno (Cortés y cols, 2004)

Otro aspecto relacionado con la segregación horizontal es el de los **accidentes** de trabajo. Según datos del Consejo Económico y Social, en 2004 el 79,6% de los accidentes fueron padecidos por hombres. En gran medida esto se debe a la segregación horizontal y el tipo de trabajos que asumen, aunque también, según algunas investigaciones sobre la masculinidad, a que el modelo de

masculinidad tradicional hegemónica da lugar a la reticencia masculina a protegerse y cuidarse (Bonino, 2002).

Según ese modelo, preocuparse por el autocuidado o la protección aparece como un signo de debilidad, lo que agrava la ya escasa cultura de prevención de las empresas y de los y las trabajadoras, especialmente manuales. Esto es importante a la hora de plantear intervenciones preventivas, que deberán prestar atención también a las relaciones entre virilidad y morbilidad y evitar reforzar ese constructo de masculinidad (Moynihan, 1998).

Respecto a la **segregación vertical**, la V Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo (2005), señala como riesgo laboral más frecuente entre las mujeres, la ausencia de promoción laboral en sus trabajos, lo que no se observa en los hombres. Parece ser que este riesgo psicosocial está asociado a la posición desigual que ocupan las mujeres en el mercado de trabajo y que produce frustración en ellas al ver obstaculizadas sus aspiraciones de ocupar puestos de mayor responsabilidad (Fortino, 1999)

Aunque la realidad actual en el mundo occidental contemporáneo sea diferente, persiste en el imaginario colectivo la creencia de que los hombres son los **cabeza de familia**, los proveedores del soporte económico que permite a los miembros de la familia subsistir.

Esta creencia, que puede parecer caduca, subyace a algunas de las dinámicas que articulan el mercado laboral actual. Por ejemplo, en la consideración del trabajo de la mujer como secundario. La semantización del trabajo femenino como «ayuda» conlleva a considerar como «secundaria» la actividad laboral de las mujeres: profesiones femeninas que «ayudan» a las masculinas, el salario del trabajo femenino como «ayuda» al mantenimiento del hogar: Si el cabeza de familia (bread-winner) es siempre el hombre y el trabajo de la mujer es considerado como simple ayuda, es lógico que esta ayuda, en un mercado de trabajo, no valga económicamente lo mismo que el trabajo principal (Gomez, 2001; Pateman, 1995.)

El **trabajo a tiempo parcial** resulta a priori una medida laboral satisfactoria que permite compatibilizar el empleo con el trabajo de reproducción. Sin embargo, esta medida no resulta tan efectiva cuando se asigna directamente a las mujeres y no a los hombres (mujeres ocupadas a tiempo parcial 23'3%, y hombres 4'40%). La asignación de la jornada parcial a ellas, redefine esta

iniciativa que deja de ser una medida familiar a la que se acogerían hombres y mujeres, para favorecer que sean las mujeres las que asuman el trabajo de reproducción (Torns, 2002). El trabajo a tiempo parcial además conlleva menores salarios, limitación de la carrera profesional y reducción de las pensiones de jubilación.

El llamado **trabajo de reproducción**¹¹ hace referencia a un tipo de actividad necesaria para el funcionamiento de la sociedad, aquel que comprende las actividades destinadas a atender el cuidado del hogar y de la familia, un trabajo que ha de ser asumido por alguien.

Se trata de un trabajo que se desarrolla dentro de las paredes del ámbito familiar, y que, por lo tanto, no tiene ninguna proyección a nivel social, lo que supone que el trabajo devenga invisibilizado y desvalorizado incluso a los ojos de las personas que lo llevan a cabo. Se trata de una actividad excluida del mercado de trabajo, no asalariada a no ser que sea desarrollada por una persona externa a la familia. En la medida que las mujeres se han ido integrando al mercado laboral, ha ido desapareciendo en la realidad el **modelo familiar** hombre proveedor de ingresos-mujer ama de casa, -aunque no ha desaparecido del imaginario colectivo- y se ha ido abriendo paso un nuevo modelo que tiende a consolidarse: el hombre mantiene su rol casi intacto pero la figura del ama de casa tradicional tiende a redefinirse.

Son precisamente las cohortes de mujeres en edades centrales (25 a 40 años), las que están experimentando un crecimiento más notable de su **tasa de ocupación**. Así, un 69% de estas mujeres eran activas en 2005, aunque al desagregar esta actividad por estado civil se observa una diferencia importante entre las solteras y las casadas o que viven en pareja.

Según la bibliografía, las mujeres empleadas tendrían un mejor estado de salud que las que trabajan a tiempo completo como amas de casa. Esta diferencia se debería a los beneficios que proporciona el empleo y de los que carece el trabajo de reproducción, que son, entre otros: la autonomía económica, las oportunidades para desarrollar la autoestima, el apoyo social y la autonomía para tomar decisiones.

¹¹ “Se le denomina *trabajo de reproducción* para diferenciarlo del trabajo de la producción (de bienes y servicios), sin negar a esta actividad el reconocimiento de *trabajo*, y se utiliza el lema *trabajo de la reproducción* en lugar de *trabajo doméstico* para destacar que sus actividades y su espacio físico y simbólico no se reducen exclusivamente al hogar o ámbito doméstico. (Carrasquer y cols, 1998)

Además, el trabajo reproductivo, comparado con el productivo, resulta más monótono y rutinario, expone a una considerable carga física y a riesgos de lesiones por accidentes domésticos y exposición a tóxicos y proporciona menor gratificación interna (menos posibilidad de aprendizaje, de desarrollo personal) y externa.

Las transformaciones estructurales que derivan en la convivencia de hombres y mujeres en el mercado de trabajo, no han supuesto modificaciones tan importantes en la asunción del trabajo de reproducción por parte de los hombres. Mientras que la mayoría de ellos se continúa dedicando a su actividad profesional, las mujeres no abandonan sus tareas de cuidadoras y gestoras del hogar, sino que asumen un doble papel, el familiar y el laboral. Hacer compatibles estas responsabilidades, diseñadas en sus orígenes como incompatibles, tiene repercusiones sobre su salud física y mental. Para algunas, los dos trabajos son incompatibles, y abandonan el productivo, siendo las mujeres las que mayoritariamente solicitan los **permisos** de maternidad/paternidad (99%) y las **excedencias** por cuidados de hijo/as (96%).

El trabajo de la reproducción es la actividad a la que se dedican la gran mayoría de mujeres, a lo largo de su ciclo de vida, de manera total o parcial, pero esta dedicación no es idéntica para todas las mujeres y varía según los distintos momentos de su ciclo de vida y según su clase social.

En general, las mujeres con un trabajo bien remunerado pueden afrontar la doble jornada o doble presencia más fácilmente ya que poseen los recursos económicos necesarios para poder externalizar parte del trabajo de reproducción: el cuidado de personas dependientes (hijos e hijas o personas mayores) y el trabajo doméstico, trabajo que asumen otras mujeres más pobres y, en nuestro país, cada vez en mayor proporción mujeres inmigrantes. Por su parte, las mujeres españolas con menor cualificación han de recurrir a la red cercana de apoyo social: familiares y amigas.

La incorporación de la mujer al trabajo en España ha sido muy rápida, mientras que el cambio en las políticas de conciliación de la vida familiar y laboral ha sido más lento. Dos de cada tres madres españolas que trabajan recurren a la familia para poder conciliar la vida laboral y la familiar (Tobío, 2006). El 40% de este apoyo lo prestan las abuelas (Fernández, 2005) y a pesar de ser de carácter altruista, muchas autoras consideran esta situación como insostenible

a medio y largo plazo (Salido, 2006). El resto de las mujeres se sirve de recursos como la cercanía del trabajo o del colegio, ó del horario laboral corto ó más flexible y sólo una de cada diez mujeres recurre a la ayuda doméstica remunerada.

La llamada ideología de la **maternidad intensiva**, referida a un modelo tradicional de madre dedicada a tiempo completo a sus hijos o hijas, sería incompatible con los tiempos y dedicaciones del trabajo, lo que se traduciría en sentimientos de culpa por parte de estas mujeres. Las ideologías que promueven modelos «ideales» o «normales» de relación de pareja, de maternidad, etc. pueden provocar efectos perniciosos en la salud física y mental de las mujeres que no pueden o no quieren ajustarse a ellos (Solé y Parella, 2004)

Las tareas que caracterizan la **doble presencia/ausencia**, comprenden el cuidado y atención de las personas dependientes (hijos, pero también ancianos y personas con discapacidades), y aquello conocido como labores propias del hogar (limpieza, cocina, etc.) (Tabla 6).

Tabla 6: Distribución de actividades en un día promedio entre mujeres y hombres (horas)

Actividades principales	Mujeres	Hombres
Cuidado de niños	18,6	11,2
Ayudas a adultos miembros del hogar	4,5	2,5

Fuente: Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003, INE. Elaboración propia.

Los **servicios familiares de prestación de salud** suponen alrededor de un 80% del total de cuidados prestados a las personas mayores, mientras que los servicios de cuidado formales –residencias, centros de día, atención domiciliaria- solamente representarían un 3% del total. La disminución de mujeres inactivas no se ha correspondido con el abandono de estas tareas, ni con la incorporación de los hombres a éstas, sino que su desempeño sigue siendo esencialmente femenino.

La actividad de cuidadora es constante, al igual que lo es la del ama de casa: se es cuidadora durante todo el día. Es una función que asumen de manera mayoritaria las mujeres: en la reciente Encuesta sobre Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles publicada por el Instituto de

Mayores y Servicios Sociales, las cuidadoras de personas mayores superaban el 83%, y una cuarta parte de ellas tenía un trabajo remunerado independiente de las tareas de cuidado.

Desde el punto de vista de género, hay que tener en cuenta también, que el crecer varón dificulta en los hombres el desarrollo de su potencial emocional y la oportunidad de explorar sus posibilidades como cuidadores.

Según la Encuesta sobre Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles, la mayor parte de las **cuidadoras** son hijas, esposas o compañeras de la persona cuidada. Incluso muchas más mujeres cuidan a sus suegros que hombres de sus padres (Tabla 7). Esto indica que, más que los lazos familiares, serían los roles diferenciados de género los que permiten que esta situación se mantenga. Aunque en menor medida, lo mismo se podría afirmar para los cuidados de personas con discapacidad, e incluso para el cuidado de niños y niñas, que como se puede observar en la Encuesta de Empleo del Tiempo, son tareas substancialmente femeninas.

Tabla 7: Lazos de unión de la persona cuidadora con la persona mayor cuidada (porcentajes)

	Hija/o	Esposa/o o compañera/o	Nuera/yerno
Mujeres	49,6	11,8	8,6
Hombres	7,6	5,0	1,5

Fuente: Encuesta de empleo del tiempo 2002-2003, INE. Elaboración propia.

Las mujeres mayores de 55 años, cuyas hijas han sido o son ahora madres, son la generación de los cuidados, también conocida como **generación sándwich**: han cuidado a sus padres y madres y posiblemente a sus suegros, unas personas, todas ellas, que habrán tenido una mayor esperanza de vida que la que tuvieron sus respectivos padres, y seguramente más enfermedades crónicas. Han cuidado de sus hijos e hijas, muchas de ellas mientras tenían, al mismo tiempo, un trabajo remunerado. Han extendido el cuidado de sus hijos e hijas hasta límites insospechados hace un tiempo: más allá de los treinta años, en tanto que se retrasa la edad de emancipación. Finalmente, están cuidando de sus nietos y nietas, de manera tal que ayudan a sus hijas y nueras a afrontar la conciliación entre la faceta laboral remunerada, cada vez más extendida entre las mujeres, y el trabajo reproductivo. Un aspecto positivo de

este nuevo escenario de cuidados es el cambio generado en los roles de género en la madurez: los abuelos están asumiendo roles que no habían desarrollado durante su paternidad (Radl, 2003; García-Calvente, 2004).

Existe otro fenómeno de desplazamiento de la responsabilidad del cuidado que ha facilitado la conciliación de la vida laboral remunerada y el trabajo reproductivo, aunque el peso sigue recayendo sobre las mujeres, en este caso sobre las más desfavorecidas.

Se trata de las **mujeres migradas** desde países menos privilegiados que atienden a la población dependiente, de manera remunerada, pero de una manera informal. Esta informalidad viene a reproducir los patrones de atención familiar, lo que puede producir en estas mujeres efectos sobre la salud similares a los que suceden en las cuidadoras familiares: agotamiento, frustración, estrés, etc., aunque en un contexto diferente, en el que existe una remuneración pero sin la presencia de un lazo familiar y lo que ello supone. Es importante señalar que estas mujeres, en muchas ocasiones, dejan a sus hijos/as en su país a cargo de otras personas (abuelas en su mayoría), con el coste emocional que ello supone (Berjano, 2005).

La salud de las mujeres de la generación sándwich, como han demostrado diversas investigaciones, es peor, y tenderá a empeorar, alcanzando una menor calidad de vida durante su vejez.

Algunos cambios en la estructura de la familia no auguran un futuro mejor: por ejemplo, la reducción de la descendencia, que se traduce, a priori, en menos personas dispuestas a cuidar en el futuro; por otra parte, la mayor demanda de movilidad en el plano laboral produce un alejamiento del hogar que impedirá los cuidados tal y como hoy los conocemos; finalmente, la mayor probabilidad de divorcio, que en teoría acabará con la posibilidad de que se cuide de la expareja, y menos aún de la exsuegra (Lehr, 2003).

El papel de cuidadora tiene claros **efectos sobre la salud** de la persona que presta estos cuidados, especialmente sobre la salud mental. Mientras el cuidado de los niños puede aportar vitalidad a sus cuidadores, el cuidado de las personas mayores, como veremos, puede tener efectos negativos sobre su salud. Las cuidadoras entre 50 y 64 años, las de clase menos privilegiada y aquellas que no tienen un empleo son las que presentan mayor probabilidad

de percibir un peor estado de salud, especialmente si tienen a su cargo personas con problemas mentales (García-Calvente, 2004).

Diversos estudios encuentran **malestar psíquico** en las cuidadoras: ansiedad (de un 32 a un 80% de las cuidadoras), depresión (entre un 16 y un 60% de las personas entrevistadas) y niveles elevados de esfuerzo (del 11,6 al 60%, en función del estudio). Este malestar psíquico detectado se suele asociar al grado de incapacidad física del enfermo, al tiempo de dedicación, a la enfermedad crónica de la propia cuidadora y a la falta de apoyo. Por otro lado, la presencia de ansiedad y depresión se correlacionan con la disponibilidad de ayuda, el grado de parentesco respecto del enfermo y la existencia de esfuerzo en la cuidadora (Moral, 2003). Además, la carga de los cuidados informales, se agrava en los hogares menos privilegiados (La Parra, 2001; Artaso, 2003)

En esta situación, es importante analizar y orientar la respuesta del sistema sanitario, para no reforzar los roles de género, induciendo y responsabilizando a las mujeres del cuidado de otras personas del grupo familiar, y excluyendo o no implicando a los hombres en su papel de padre, hijo, hermano de la persona dependiente. En resumen, reforzar los aspectos de responsabilidad masculina en el cuidado de su propia salud y la de los suyos.

El aumento de la población mayor de 65 años, y en particular la mayor de 74 años, plantea retos nuevos al sistema de protección social, a los presupuestos públicos y familiares, y a los sistemas de salud. En España, así como en el resto de países mediterráneos, la familia y más en concreto las mujeres, se han encargado de proveer cerca del 80% de las necesidades de cuidados de larga duración de las personas mayores en situación de dependencia. Pero los cambios demográficos y sociales hacen inviable esta solución y la atención a la dependencia recae cada vez más en sectores de provisión de cuidados de tipo público ó privado. Por todo ello, el gobierno ha impulsado la elaboración de un Proyecto de Ley de Dependencia que contemple crear un Sistema Nacional de atención a las personas y familias con este problema.

10. Violencia contra las mujeres

Las Naciones Unidas aceptó en la IV Conferencia Mundial de 1995, una definición según la cual se entiende por violencia contra las mujeres: "... todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada." (Velzeboer, 2003).

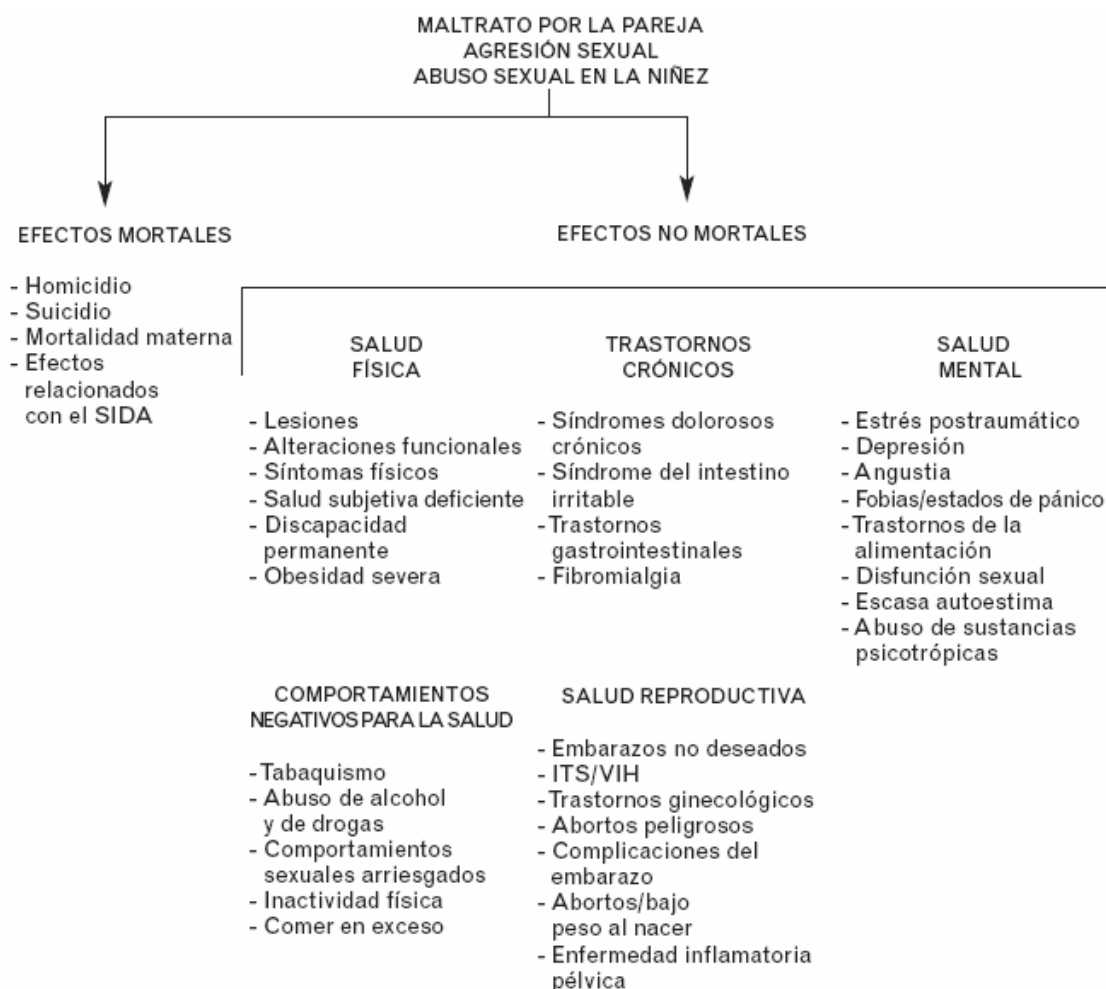
Observamos que se trata de una definición extensiva, una aceptación que quiere dar cabida a todos los tipos de violencia que las mujeres del mundo sufren, sea cual fuere el contexto en el que ésta se produce. Sin querer obviar la gravedad de estos otros tipos de violencia, en este capítulo nos centramos en **la violencia que se produce en la pareja o ex-pareja**, por ser ésta la de mayor incidencia en nuestro país, y por ser considerada de mayor gravedad dada su cronicidad y el contexto en que se produce (Plazaola-Castaño, 2004). Según el Instituto de la Mujer, del total de víctimas mortales mujeres de 2005, 61 tuvieron como responsable la pareja o ex-pareja, 12 a alguna persona del ámbito familiar: padre, hijo... (exceptuando el compañero o excompañero) y en otros 6 casos no se halló ninguna relación del agresor con la víctima.

La violencia comprende también el maltrato psicológico, sexual, de aislamiento y de control social, que suelen pasar mucho más desapercibidos que el maltrato físico (Blanco, 2004). El Instituto de la Mujer realizó en 1999 y en 2002 una Macroencuesta sobre la Violencia contra las Mujeres, cuyos resultados muestran que mientras el porcentaje de mujeres clasificadas por los criterios técnicos como maltratadas es del 11,1%, el de mujeres autclasificadas como tal es sólo del 4%. Esta diferencia podría estar relacionada que comportamientos como la humillación, el desprecio, o el control de las mujeres todavía no son considerados como violencia por ellas mismas ni por parte de la sociedad.

Las lesiones, el miedo y el estrés asociados al maltrato, señalan Plazaola-Castaño y Ruiz (2004), pueden ocasionar problemas de salud crónicos. Estos problemas abarcan desde dolores osteoarticulares hasta complicaciones cardiovasculares e incluyen síntomas neurológicos recurrentes.

El cuadro siguiente (Figura 32) muestra las repercusiones en la salud de la violencia masculina contra las mujeres (Velzeboer, 2003).

Figura 32: Efecto de la violencia masculina en la salud de la mujer



Fuente: Velzeboer, 2003

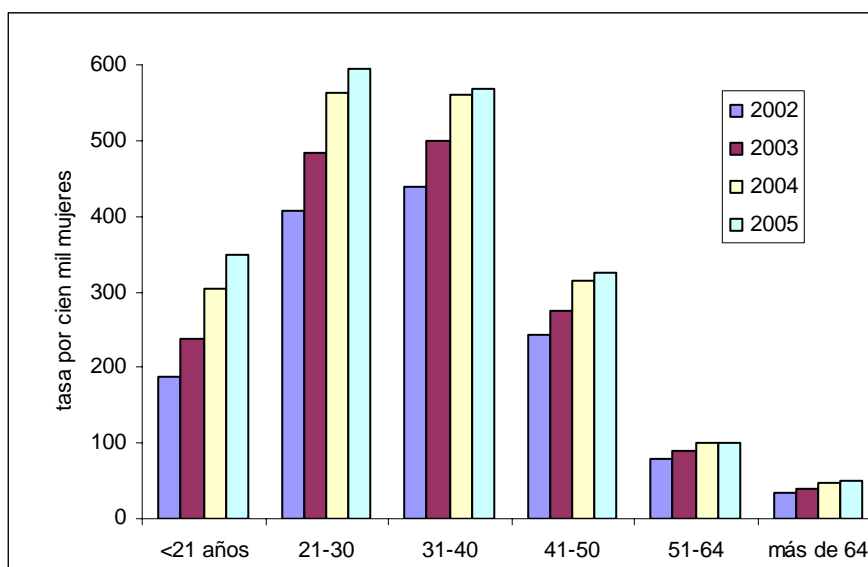
La violencia contra las mujeres, por su **magnitud** (número de mujeres afectadas y número de agresores) y las **repercusiones** sobre la salud física y mental, es considerada por la OMS un problema de salud pública.

Es difícil conocer con exactitud la **dimensión del problema**, debido a la propia naturaleza del mismo y a la comparabilidad de las investigaciones. Aunque existen estudios sobre la prevalencia de la violencia de género en nuestro país

(Mata, 2002; Ruiz, 2004; Plazaola, 2004; Polo, 2001; Raya, 2004); sus resultados varían dependiendo del tipo de violencia investigada (física, sexual o psicológica) y de la metodología utilizada

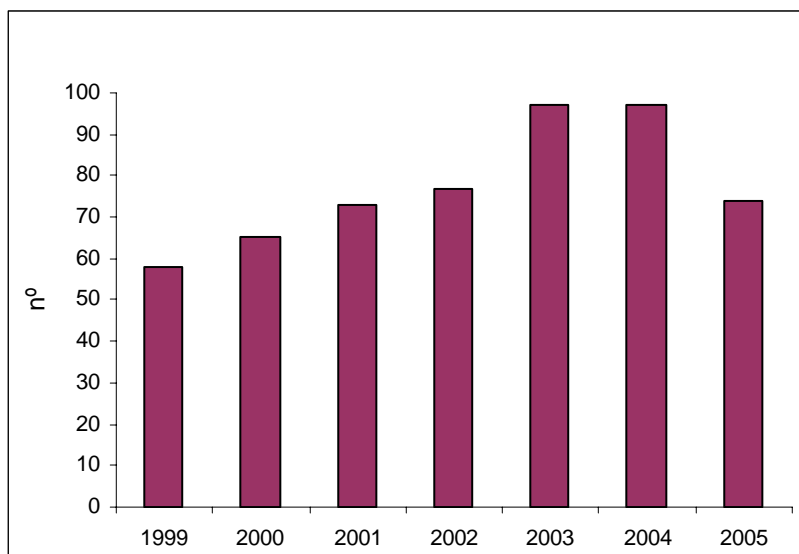
Respecto al número de **denuncias**, como aproximación al conocimiento de la frecuencia del problema, se constata que han aumentado en todos los grupos de edad, pero sobre todo en el de las más jóvenes (un 86%). El total de denuncias por malos tratos del “compañero” ha aumentado de 43.313 en 2002 a 59.758 en 2005. Se estima que estas denuncias son sólo una parte muy pequeña (5%) de la realidad del ejercicio de la violencia por parte de los hombres contra las mujeres (Figura 33).

Figura 33: Frecuencia de denuncias de mujeres por malos tratos, de su pareja o expareja, por edad. España, 2002-2005



Fuente de datos: Instituto de la Mujer. Elaboración propia

Figura 34: Muertes de mujeres producidas por sus parejas o exparejas, España 1999-2005



Fuente: Instituto de la Mujer. Elaboración propia.

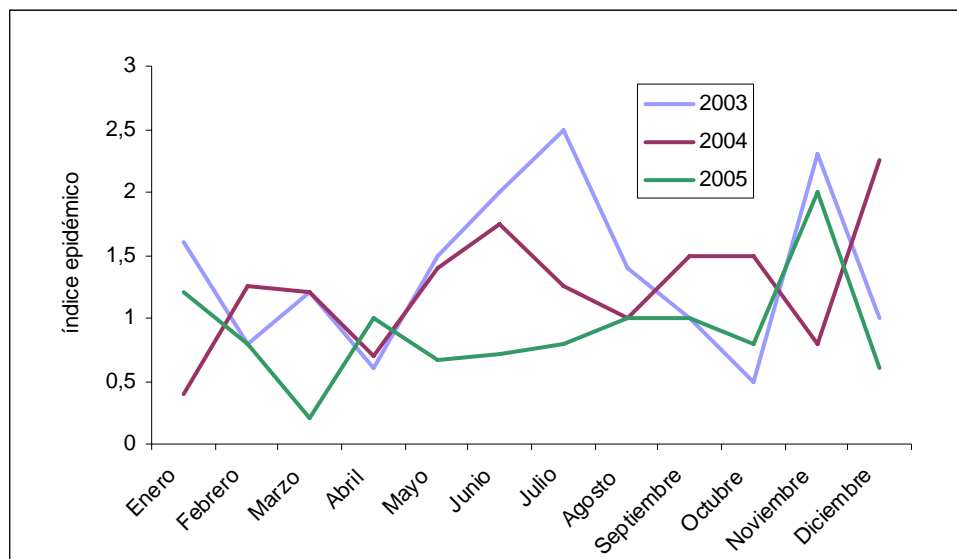
Respecto a la **mortalidad** por esta causa, es difícil conocer el número de casos ya que no existe un registro específico y los datos disponibles no incluyen las muertes derivadas de casos de violencia física con ingreso hospitalario y pronóstico grave, que no fallecen inmediatamente sino tiempo después (Figura 34).

Para poder analizar mejor la evolución de la mortalidad por esta causa se están realizando, desde la salud pública, algunas investigaciones, como por ejemplo el desarrollo del Índice Epidémico sobre la Violencia del Compañero Intimo (VCI)¹². Este índice, que es semejante a los que se utilizan habitualmente para el control y vigilancia de los problemas de salud pública (Vives, 2005; Vives, 2004), permite ponderar los casos en función de los sucedido en los años anteriores. Según él, durante el año 2005 sólo en noviembre el índice epidémico por violencia del compañero íntimo presentó un valor de riesgo superior (Figura 35). La interpretación de estos resultados se

¹² El Índice se calcula con los datos de mujeres asesinadas por sus parejas que recoge la página electrónica de la Federación de Mujeres Separadas y divorciadas. Con esos datos se calcula la razón entre los casos registrados en un mes determinado y la mediana de las muertes en los meses correspondientes de los 5 años anteriores. Para la interpretación correcta del índice cabe distinguir tres niveles de riesgo: hasta 0.74 (básico), entre 0.75 y 1.24 (medio) y >1.24 (alto o de epidemia)

realiza desde el planteamiento de que la violencia contra las mujeres no debe existir, y que cualquier caso es intolerable.

Figura 35: Índice Epidémico mensual de violencia del compañero íntimo



Fuente: Federación de mujeres separadas y divorciadas
(www.separadasydivorciadas.org)

La persistencia de la violencia de género merece una profunda reflexión sobre los mecanismos que están operando en el modelo de masculinidad hegemónica y la forma en que ciertos hombres la ejercen con la complicidad de una parte importante de sus conciudadanos.

La violencia de género es un problema complejo a la hora de tratar sus causas, (que son sociales), cuando se quiere conocer su frecuencia (por los aspectos metodológicos y éticos en relación con su detección precoz), y en su atención (integral y coordinada entre todos los sectores implicados). La Ley 1/2004 proporciona el marco de actuación para su atención integral, y habrá que valorar su impacto a medio y largo plazo. En sanidad se ha constituido la Comisión contra la violencia de género del Consejo Interterritorial, en cuyo seno se han puesto en marcha cuatro grupos de trabajo para desarrollar un protocolo e indicadores comunes, y para abordar los aspectos éticos, legales y de evaluación de las actuaciones en el Sistema Nacional de Salud.

11. Planes de salud y Planes de igualdad

Las políticas públicas son el instrumento a través del cual se articulan los valores, decisiones y acciones que desde el estado se diseñan e implementan para dar respuesta a necesidades, para intervenir en procesos sociales y sus problemáticas y para racionalizar intereses diversos -y la mayoría de veces contrapuestos-, con el objetivo último del bien común.

La salud, como es sabido, viene determinada por diferentes factores. Las competencias para el abordaje de muchos de ellos se encuentran en sectores diferentes al sanitario (educación, transporte, urbanismo, vivienda o agricultura, entre otros). Por otro lado, la equidad de género se genera en el trabajo transversal que debe impregnar cualquier acción política. Son por lo tanto dos campos de acción, la promoción y protección de la salud y la promoción de la equidad de género, que para ser efectivos necesitan abordajes intersectoriales y participativos, lo que les confiere complejidad¹³.

Desde el reconocimiento de esa complejidad para la acción efectiva, y de la interacción entre salud y género, en este capítulo se tratará la dimensión de las políticas públicas que abordan las desigualdades de salud por género: Los Planes de salud y los Planes de igualdad de oportunidades de las comunidades autónomas. Se comentarán en primer lugar cómo se contempla la equidad de género en los planes de salud, y a continuación los aspectos de salud que incluyen los planes de igualdad de oportunidades.

La Ley General de Sanidad de 1986 estableció los principios para la formulación de la política sanitaria de las Comunidades Autónomas a través de los planes de salud. Estos se convierten en los mecanismos que articulan la política de salud, y en ellos se incluyen los principios, valores, objetivos y acciones a desarrollar durante su período de vigencia, definiendo lo que se consideran problemas de salud y la priorización de los mismos.

¹³ “Si John Snow quisiera eliminar hoy la fuente que transmitía el cólera, tendría que trabajar con los líderes de la comunidad, interactuar con el gobierno, escribir un informe de impacto medioambiental y obtener una aprobación del comité de investigación humana” (Illona Kickbuck).

Los estudios realizados para analizar la equidad de género en los Planes de Salud son escasos, y se refieren a su formulación, no a su implementación ni evaluación. En este marco de conocimiento, se puede decir que los planes de salud de las CCAA muestran importantes diferencias en cuanto a la sensibilidad de género y que la inclusión de objetivos generales de equidad de género, no suelen acompañarse del desarrollo de acciones específicas operativas. Aunque es frecuente que en el diagnóstico de la situación de los problemas de salud se presenten la información desagregada por sexo, la sensibilidad de género disminuye cuando se trata de formular acciones y objetivos de apoyo al desarrollo de los planes, como intervenciones en los entornos donde se reproducen las estructuras de poder o en los sistemas de información, formación e investigación para introducir la perspectiva de género en el tratamiento de la salud. Sin embargo, los planes de salud suelen contener un capítulo específico sobre salud reproductiva, en el sentido más tradicional de las mujeres, siendo excepcional que en esos temas se plantee la inclusión de los hombres o que tengan enfoque de género (Peiró, 2004).

Por otro lado, las políticas de igualdad de oportunidades son las respuestas que desde los gobiernos se ofrecen para abordar las desigualdades entre mujeres y hombres. El inicio de las mismas se sitúa en 1983 con la creación del Instituto de la Mujer y la elaboración del I Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. A partir de 1988 se impulsó la creación de organismos de igualdad autonómicos. Estas instituciones son las encargadas de gestionar los planes de igualdad de oportunidades o planes de acciones positivas para las mujeres. En la actualidad todas las Comunidades Autónomas cuentan con estos mecanismos de igualdad que se complementan a nivel estatal con el IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2003-2006.

En los Planes de Igualdad se abordan diferentes aspectos como desde los derechos de las mujeres, la conciliación de la vida laboral y familiar, la participación en la vida económica, social y política, la educación, la violencia de género y la salud.

La salud en los Planes de igualdad de oportunidades, se define como un proceso integral que comprende el bienestar emocional, social y físico durante todo el ciclo vital de las mujeres (Instituto de la Mujer, 2005).

Los planes de igualdad de oportunidades en el ámbito de la salud se refieren a la población femenina en general, aunque considerando su diversidad en la aplicación práctica de los mismos. Inciden especialmente en algunas poblaciones específicas como las adolescentes, las mayores y las mujeres con discapacidad o en riesgo de exclusión social. Proponen que los recursos sanitarios mejoren la información y la atención sanitarias a través de los programas de educación y promoción de la salud en todos los ámbitos -social, cultural, política y educativa, entre otros-, potenciando el autoconocimiento y la autonomía de las mujeres en sus decisiones. Además, plantean promover el reconocimiento de saberes y experiencias de las mujeres y de las asociaciones de mujeres relacionadas con temas de la salud.

Destacan la necesidad de formar al personal sanitario sobre las cuestiones de género, coordinación e intercambio de experiencias y de buenas prácticas en salud de las mujeres.

En general los Planes de igualdad de oportunidades incluyen, al igual que los de salud, la atención a las necesidades de las mujeres en salud reproductiva, planteando intervenciones para la mejora de la orientación, la información y la educación en el ámbito del embarazo, parto, postparto y menopausia; la difusión de hábitos saludables; y la promoción del acceso a los servicios, la prevención y apoyo de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. También se abordan los hábitos saludables tanto en relación con la alimentación como en el consumo de alcohol, tabaco y drogas.

Los estudios de riesgos laborales en mujeres embarazadas y en ámbitos laborales feminizados, así como en el desarrollo del trabajo no remunerado o doméstico y la violencia masculina contra las mujeres, son otros de los temas habitualmente incluidos.

En general, los organismos de igualdad no son los responsables de la ejecución de los mismos, sino que se trata de estrategias de acción transversal que asigna la responsabilidad de ejecución de muchas de sus acciones a diferentes unidades departamentales. La falta de una autoridad ejecutora clara y definida en los Planes, deja la implementación de las acciones propuestas en manos de la sensibilización y voluntad de los diferentes departamentos gubernamentales implicados en su aplicación. A la falta de capacidad sancionadora por parte de los organismos de igualdad ante los incumplimientos de los planes, se suma el hecho de que la mayoría de ellos no

van acompañados de las necesarias partidas presupuestarias para su aplicación (Bustelo, 2004; Arranz, 2000)

La generalidad en algunos objetivos o acciones propuestas dificultan su implementación y evaluación posterior y en muchos aspectos se mueven en el terreno de los valores, las actitudes y las relaciones sociales, poco cuantificables numéricamente y en el que los cambios se producen desde una perspectiva integral, intersectorial y a largo plazo, característica que dificulta su medición y análisis en los períodos de vigencia de los planes. Exceptuando las reformas legislativas es difícil evaluar el impacto de estas políticas públicas sobre la salud, o cualquier otro ámbito de intervención de los mismos.

Tanto en los planes de salud, como en los de igualdad, se otorga importancia especial a la dimensión reproductiva de la salud de las mujeres, lo que favorece el mantenimiento del rol reproductivo y de prestación de cuidados asignados a las mujeres (Esteban, 2000). También parece que el reconocimiento de la labor promotora, catalizadora, mediadora, cuidadora y educativa de las mujeres en el campo de la salud, que se propone en los planes de igualdad, fomentaría el rol femenino tradicional con unas consecuencias directas sobre su salud física y mental, debido a las cargas que las acompañan (Izquierdo, 2001).

Por último, hay que destacar en los planes de salud y en los de Igualdad la ausencia de acciones positivas encaminadas a modificar el rol de los hombres en la educación, la asistencia o los cuidados, o en otros espacios relacionados con la salud donde se articulan y se reproducen las desigualdades de género.

12. Conclusiones

1. Los procesos y resultados de salud y enfermedad, y de su atención desde los servicios de salud, son en gran medida distintos en mujeres y hombres. Estas diferencias, cuando son injustas y evitables, se convierten en desigualdades. La mayoría de ellas no se pueden explicar por las diferencias ligadas al sexo biológico, sino que se relacionan con los roles y estereotipos de género. La clase social influye también, interactuando de diferentes maneras con el género. Otros aspectos, sobre los que existe todavía escasa información disponible, como el ser inmigrante o tener una discapacidad, también interactúan con el género influyendo en la manera de enfermar y de relacionarse con los servicios de salud los hombres y las mujeres.

2. Las mujeres tienen una mayor esperanza de vida al nacer y a los 65 años, pero su vida con buena salud y sin enfermedad crónica es más corta que para los hombres. Por el contrario, los hombres viven menos años, pero con mejor salud, aunque sufren discapacidades desde edades más jóvenes, muchas de ellas consecuencia de lesiones por accidentes.

3. Los patrones de vida tienen una clara distribución por género. En general los hombres tienen conductas menos saludables respecto al consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol, drogas ilegales) –aunque eso está cambiando en la población más joven adoptándolas también las jóvenes-. Pero por el contrario practican más deporte y duermen más horas que las mujeres. Lo primero estaría relacionado con las mayores prácticas de riesgo que se asumen desde los modelos tradicionales de masculinidad. Lo segundo se derivaría de la falta de equidad en la distribución de los tiempos de trabajos productivo y reproductivo y de ocio y descanso entre hombres y mujeres.

4. En el trabajo productivo, las segregaciones horizontal y vertical dan lugar a que hombres y mujeres estén expuestos a diferentes riesgos físicos y psicosociales, y también a que obtengan diferentes salarios. Respecto al trabajo reproductivo, la situación actual de inequidad en el reparto de los

tiempos para los trabajos y para los cuidados –tanto en el entorno privado como en el público-, supone una sobrecarga física y emocional y un impacto en la salud de las mujeres, todavía cuidadoras principales.

5. La prevalencia de obesidad presenta importantes diferencias al describirla por sexo, edad y clase social, con patrones cambiantes en la interrelación entre esas variables. Es más frecuente en los hombres por debajo de los 50 años, y luego lo es más en las mujeres. Aumenta con la edad hasta la vejez. Es más frecuente en las clases sociales menos favorecidas, siendo el gradiente de clase mayor en las mujeres. Por el contrario, el peso insuficiente es más frecuente en mujeres de clases altas y en hombres de clases bajas.

6. La información existente sobre algunos aspectos importantes en la salud de las personas, como la salud afectivo-sexual es muy escasa, y cuando existe se refiere fundamentalmente a los aspectos más biológicos de la sexualidad y de la reproducción. Esta falta de información sobre los otros aspectos lleva a plantear la medicalización de situaciones que podrían ser meras variaciones de los patrones tradicionales de sexualidad.

7. Las enfermedades que más mortalidad producen en hombres y mujeres son las cardiovasculares y el cáncer, que presentan incidencias diferentes según el sexo. La información existente sobre ellas y su atención es en general insuficiente para analizarlas adecuadamente desde el enfoque de género. En algunos casos, como el de la cardiopatía isquémica, sí que existe la suficiente como para plantear actuaciones que mejoren la equidad de género en su atención. En general se plantea la necesidad de realizar más estudios de género sobre estos problemas y de aplicar tanto el enfoque de género como la evidencia científica a las prácticas preventivas y asistenciales.

8. Otros problemas de salud importantes desde el punto de vista de la morbilidad, como la diabetes, los trastornos mentales, el VIH/sida, las lesiones por causas externas, la osteoporosis o la fibromialgia precisan, para su abordaje efectivo desde los servicios de salud, que se realice el análisis de género de sus causas y consecuencias.

9. La violencia, causa de malestar social, tiene un claro patrón de género. Es un componente de la masculinidad hegemónica, que repercute negativamente en la salud de los hombres produciéndoles lesiones y discapacidades. Pero también tiene consecuencias en la salud de las mujeres. La violencia de género, tanto por su magnitud, como por su impacto sobre la salud mental y física de las afectadas y de sus hijos e hijas, se considera un tema prioritario de salud pública. En el terreno sanitario se plantea el desarrollo de instrumentos, como el protocolo común para la atención integral, y la necesidad de evaluar a medio y largo plazo el impacto de la Ley 1/2004.

10. Ante las necesidades de salud de hombres y mujeres, la sociedad responde estableciendo políticas de salud y ofertando servicios. Incluso en aquellos casos en que las políticas y servicios se ofertan aparentemente por igual a hombres y mujeres, no son utilizados de igual manera por unos y otras. Mujeres y hombres acuden con frecuencias distintas y por motivos diferentes a las consultas médicas y a los servicios de urgencias. También son hospitalizados y se les prescriben medicamentos de forma diferente.

11. La equidad de género se aborda en los Planes de Salud de las CCAA, pero fundamentalmente en el nivel del discurso, con escasa concreción en objetivos operativos y medidas instrumentales. Casi todos incluyen la desagregación por sexo en el análisis de los problemas de salud, pero no el análisis de género de ellos, ni acciones específicas con enfoque de género. Es habitual que incluyan algún capítulo de salud reproductiva con referencia a la salud de las mujeres.

12. Los Planes de Igualdad de Oportunidades incluyen por lo general entre sus objetivos la salud (reproductiva, estilos de vida y enfermedades más frecuentes o graves) de las mujeres. El principal problema que presentan es de implementación, ya que al ser medidas transversales, sin un organismo ejecutor único, su operativización es compleja.

13. Propuestas para la acción

A la vista de la información disponible sobre los vínculos entre género y salud, el Ministerio de Sanidad y Consumo, se propone incorporar el enfoque de género en todas las facetas de su labor y velar para que todas las investigaciones, las políticas, los proyectos, los programas y las iniciativas en que participe incorporen las cuestiones de género. Ello contribuirá a aumentar la cobertura, la eficacia, la eficiencia y en última instancia el impacto de las intervenciones sanitarias tanto para las mujeres como para los hombres, y al mismo tiempo ayudará a hacer efectivo el principio de igualdad.

La inclusión del enfoque de género desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se plantea para contribuir a:

- Proporcionar información cualitativa y cuantitativa sobre la influencia del género en la salud y la atención de salud.
- Promover la equidad y la igualdad de oportunidades en salud entre hombres y mujeres, a lo largo de toda la vida.
- Aumentar la cobertura y la utilidad de las intervenciones de salud.
- Apoyar a las CCAA para llevar a cabo la planificación, la ejecución y la evaluación de políticas, programas y proyectos que tengan en consideración las cuestiones de género.

Las acciones para promover la equidad de género en salud deben dirigirse a modificar las causas de las inequidades. Por ello, desde el ámbito de sus competencias y contando con la colaboración de otros Ministerios, instituciones autonómicas y organizaciones públicas y privadas, el Ministerio de Sanidad y Consumo se propone las siguientes acciones:

1. Promover, con el Instituto de Salud Carlos III y el Ministerio de Educación y Ciencia, la inclusión del enfoque de género en todas las investigaciones así como el desarrollo de investigaciones específicas sobre las desigualdades e inequidades de género en salud, con especial atención a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la salud mental, las lesiones por causas externas y la salud afectivo-sexual, entre otras.

2. Desarrollar, con las Agencias de Evaluación de Tecnologías y la Agencia de Evaluación de Medicamentos, un programa de trabajo que revise y actualice la información disponible sobre la atención a las enfermedades cardiovasculares, los programas de cribado de cáncer de mama, la prevención del cáncer de cuello de útero y del cáncer de colon y recto, la prevención y tratamiento de la osteoporosis, y el abordaje de la fibromialgia y la fatiga crónica.
3. Realizar un estudio sobre el efecto de los estereotipos de género en la atención sanitaria del SNS y de las actitudes del personal sanitario ante las desigualdades de género, para identificar las dificultades y oportunidades para abordar los cambios necesarios.
4. Realizar, en colaboración con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria, un estudio sobre género y obesidad, que permita comprender mejor sus causas y la efectividad de las medidas preventivas y de los tratamientos.
5. Realizar un estudio sobre la práctica de las cesáreas en el SNS, que permita conocer las circunstancias en las que se practica y el papel de profesionales y usuarias en la toma de decisiones.
6. Desarrollar una encuesta sobre sexualidad, basada en estudios cualitativos previos, que permita conocer los aspectos relacionados con la salud afectivo-sexual en mujeres y hombres.
7. Revisar, con el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, las organizaciones sindicales y otros agentes implicados, los aspectos de salud laboral desde el enfoque de género, especialmente los instrumentos para la evaluación de riesgos y la lista de enfermedades profesionales.
8. Revisar, en colaboración con las instituciones gubernamentales implicadas en la lucha contra la violencia de género, las fuentes de

información sanitaria para el conocimiento de su frecuencia y características, así como los protocolos existentes para su atención integral, y proponer criterios comunes.

9. Desarrollar, en el sitio electrónico del Plan de Calidad del MSC un área que proporcione información de calidad sobre los temas clave de salud y género de una manera accesible a la población general.
10. Elaborar con las CCAA y sociedades científicas y profesionales una guía para la inclusión del enfoque de género en las estrategias, planes y programas de salud.

Bibliografía

Cuando ha sido posible se han incorporado, además de los apellidos, los nombres de las mujeres y hombres que firman los trabajos recogidos en la bibliografía. De esta manera hemos querido visibilizar sus contribuciones.

Abellán García, Antonio. Las personas mayores en España. Madrid: CSC; 2004. CSIC.

Agencia Española del Medicamento. Restricción de las indicaciones terapéuticas de la Terapia Hormonal de Sustitución. Madrid: Agencia Española del Medicamento; 2004.

Alberdi, Inés; Escario, Pilar; Matas, Natalia. Las mujeres jóvenes en España. Barcelona: Fundación La Caixa; 2000.

Alberdi, Inés; Matas, Natalia. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación La Caixa; 2002.

Alder, Beth. The Perimenopause. En: Mood disorders in women. Steiner M, Yonkers KA, Eriksson E, eds. London: Martin Dunitz; 2000.

American College of Obstetricians and Gynaecologists. Urinary incontinence in women. Obstet Gynecol 2005; 105(6): 1533-45.

Anteproyecto de Ley Orgánica de Igualdad entre Mujeres y Hombres. 2006. Disponible en: <http://www.la-moncloa.es/ActualidadHome/030306-Leyigualdad.htm>.

Arranz, Fátima. Algunas notas tecnológicas sobre los planes de igualdad de oportunidades en el marco de las políticas públicas dirigidas hacia las mujeres: el caso español. En: Las políticas Públicas a favor de las mujeres. Arranz F ed. Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid; 2000.

Arrizabalaga, Pilar; Valls-Llobet, Carme. Mujeres médicas: de la incorporación a la discriminación. Med Clin (Barc) 2005; 125 (3): 103-7.

Artaso Begoña, Goñi Adriana, Biurrun Ana. Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. Revista Española de Geriatria y Gerontología 2003; 38(4): 212-8.

Artazcoz, Lucía; Borrell, Carme; Benach, Joan. Gender inequalities in health among workers: the relation with family demands. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 639-47.

Artazcoz, Lucía; Escribà-Agüir, Vicente; Cortès, Inmaculada. Género, trabajos y salud en España. Gac Sanit 2004; 18(supl 2.): 24-35.

Badià, Xavier; Lara N, Roset M. Calidad de vida, tiempo de dedicación y carga percibida por el cuidador principal informal del enfermo de Alzheimer. *Aten Prim* 2004; 34(4): 170-7.

Barrat, Alexandra; Howard, Kirsten; Irwig, Les et al. Model of outcomes of screening mammography: information to support informed choices. *BMJ* 2005; 330: 936-38.

Barry Michael. Measurement of prostate-specific antigen in serum as a screening test for prostate cancer. *N Engl J Med* 1991; 324: 1156-61.

Barry Michael. Clinical practice. Prostate-specific-antigen testing for early diagnosis of prostate cancer. *N Engl J Med*. 2001; 344(18): 1373-7.

Bello, Natalie; Mosca, Lori. Epidemiology of coronary heart disease in women. *Prog Cardiovasc Dis*. 2004; 46(4): 287-95.

Borjano, Enrique; Simó, Carles; Ariño, Antonio (eds). *Cuidado a la Dependencia e Inmigración*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005

Bernardi, Fabricio; Requena, Miguel. La caída de la fecundidad y el déficit de natalidad en España. *Revista Española de investigaciones sociológicas* 2003; 3: 29-49.

Blanco, Pilar; Ruiz, Consuelo; García de Vinuesa, Leonor et al. La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(supl.1): 182-8.

Bodoque, Yolanda. Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres. *Gaceta de Antropología* 2001; nº 17.

Boletín Oficial el Estado. Ley 13/2005 de 1 de julio por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. *Boletín Oficial del Estado* 157 de 02/07/2005.

Bolaños, Eva; Sarríà, Antonio. *Perspectiva de las personas con diabetes tipo 2: un estudio cualitativo*. Madrid: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias; 2001.

Bongard, Vanina; Grenier, Olivier; Ferrieres, Jean et al. Drug prescriptions and referral to cardiac rehabilitation after acute coronary events: comparison between men and women in the French PREVENIR Survey. *Int J Cardiol*. 2004; 93(2-3): 217-23.

Bonino, Luis. Masculinidad, salud y sistema sanitario. En: *Seminario sobre Mainstreaming de Género en las políticas de salud en Europa*. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002.

Bonino, Luis. Obstáculos a la comprensión e intervenciones sobre la violencia (masculina) contra las mujeres. Disponible en: www.sepv.org/ensayos/bonino [consultado el 4 de abril de 2006].

Bustelo, María. La evaluación de las políticas de género en España. Madrid: Los libros de la catarata; 2004.

Campbell J, Soeken K. Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women health. *Violence against Women* 1999, 5: 1017-35.

Campo, M^a Jesús. El apoyo informal a las personas mayores y el papel de la mujer cuidadora. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2000.

Carmona L, et al. Evaluación de la densitometría de rayos X de falange como método de cribado de osteoporosis. 2003. Proyecto convocatoria evaluación de tecnologías sanitarias del ISCIII 2001.

Carrasquer, Pilar; Tejero, Elisabet; Romero, Alfonso et al. El trabajo reproductivo., *Papers* 1998; 55: 95-114.

Castells, Manuel. El fin del patriarcado: movimientos sociales, familia y sexualidad en la era de la información. En: *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol.2. El poder de la identidad. Cap 4.* Madrid: Alianza; 1997.

Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del SIDA. Registro Nacional de Sida: Informe semestral; 2006. Disponible en: www.isciii.es, consultado el 24 de noviembre de 2006.

CES. Panorama socio laboral de la mujer en España. Madrid: CES; 2005, núm.42, 4^o trimes.

Chandola T, Kuper H, Singh-Manoux A et al. The effect of control at home on CHD events in the Whitehall II study: Gender differences in psychosocial domestic pathways to social inequalities in CHD. *Soc Sci Med* 2004; 58(8): 1501-9.

Chrysohoou C, Panagiotakos DB, Pitsavos C et al. Gender differences on the risk evaluation of acute coronary syndromes: the CARDIO2000 study. *Prev Cardiol* 2003; 6(2): 71-7.

Comisión de las Comunidades Europeas. Mejora de la salud mental de la población. Hacia una Estrategia de la UE en materia de salud mental. Libro Verde. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 2005. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf.

Comisión de las Comunidades Europeas. 100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres. Bruselas:

Comisión de las Comunidades Europeas; 1998. Disponible en: http://www.europarl.eu.int/transl_es/plataforma/pagina/celter/glosario_genero.htm.

Comisión de las Comunidades Europeas. Informe sobre la situación sanitaria de la mujer en la Comunidad Europea. Bruselas: Comisión de las Comunidades Europeas; 1997. Disponible en: [http://europa.eu.int/eurlex/lexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997Y1230\(01\)](http://europa.eu.int/eurlex/lexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997Y1230(01)).

IV Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing; 1995.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de las Naciones Unidas. El Cairo: Naciones Unidas; 1994

Consensus Development Conference: diagnosis, prophylaxis and treatment of osteoporosis. *Am J Med* 1993; 94:646-50.

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 1979.

Disponible en: www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/e1cedaw_sp.htm.

Cortés, Inmaculada; Artazcoz, Lucía; Borrell, Carme et al. Desigualdades en la salud mental de la población ocupada. *Gac Sanit* 2004;18(5): 351-9.

Coryell W, Endicott J, Kéller M. Major depression in a non-clinical sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 117-25.

Cummings, Steven; Black, Dennis; Nevitt, Michael et al. Bone density at various sites for prediction of hip fractures. *Lancet* 1993; 341: 72-5.

Dafra MG, Lapolla A, Masin M, et al. Antepartum and early postpartum predictors of type 2 diabetes development in women with gestacional diabetes. *Diabetes Med* 2001; 27: 675-80.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. París; 1948. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>.

Delgado, Ana; López, Luis Andrés; Luna JD. Ser médico o médica marca diferencias en la práctica asistencial. *Aten Prim* 2001; 28 (4): 219-26.

DeVon, Holli; Zerwic, Julie. Symptoms of acute coronary syndromes: are there gender differences?. A review of the literature. *Heart Lung* 2002; 31(4): 235-45.

Doyal, Leslye. Sex, gender, and health: the need for a new approach. *BMJ* 2001; 323(7320): 1061-3.

Espallargues, Mireia; Estrada, M Dolors; Sampietro-Colom, Laura et al. Guía para la indicación de la densitometría ósea en la valoración del riesgo de fractura. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia Mèdica. Servei Català de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. 1999.

Esteban, Mari Luz. El análisis y la intervención en relación a la salud. En: Las políticas Públicas a favor de las mujeres. Arranz, Fátima (ed). Madrid: Instituto de Investigaciones Feministas. Universidad Complutense de Madrid; 2000.

Esteban, Mari Luz. El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. En: Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz et al (eds). Madrid: Minerva; 2001.

Ettinger, Steven. Myocardial infarction and unstable angina: gender differences in therapy and outcomes. *Curr Womens Health Rep*. 2003; 3(2): 140-8.

Fernández, Isabel; Pascual de la Pisa, Beatriz. Valor predictivo del síndrome metabólico en la gestación para el desarrollo de diabetes mellitus. *Aten Prim* 2006; 37: 517-21.

Fernández, Joaquín. El síndrome de fatiga crónica. *Med Integr* 2002; 40: 56-63.

Fernández, Marta; Gaviria María N; Muñoz, Francisca et al. Sexualidad en las mujeres mayores. *Aten Prim* 2006; 37(9): 504-9.

Fernández-Cordón, Juan Antonio; Tobío, Constanza. Conciliar las responsabilidades laborales y familiares: políticas y prácticas sociales. Madrid : Fundación Alternativas; 2005. Documento de trabajo 79/2005.

Fortino, Sabine. De la ségrégation sexuelle des postes à la mixité au travail: étude d'un processus. *Sociologie du travail* 1999; 41(4):363-84.

Frías, Antonio; Escudero, María; Prieto, M^a Angeles et al. Vivencias, expectativas y demandas de cuidadoras informales de pacientes en procesos de enfermedad de larga duración. *Enferm Clín* 2005; 15(4): 220-6.

Fuentes i Pujol, Mercé. Salud reproductiva y salud integral de las mujeres. Reflexiones desde la práctica en Asistencia Primaria. En: Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz et al (eds) Madrid: Minerva 2001.

García, Maria del Mar; Mateo-Rodríguez, Inmaculada; Eguiguren, Ana. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit* 2004; 18(sup.1): 132-139.

García, Maria del Mar; Mateo-Rodríguez, Inmaculada; Maroto-Navarro, Gracia. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18(2): 83-92.

García-Sánchez, Inés. Diferencias de género en el VIH /SIDA. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 2): 47-54.

Garrido, Luis. La Revolución reproductiva. En: Salud, dinero y amor. Cómo viven las mujeres españolas de hoy. Castaño C, Palacios S eds. Madrid: Alianza; 1996; pp. 157-80.

Gascón, Stephanie. Estrés por desempleo y salud. Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace 2003; 66: 9-18.

Giddens, Anthony. Sociología. Madrid: Alianza Universidad; 1992.

Goetzsche PC. Outcomes of screening mamography. BMJ 2005; 331: 350-1

Gómez, Carmuca. Mujeres y trabajo: principales ejes de análisis. Papers 2001; 63/64: 123-40.

Gómez, Elsa. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. Revista Panamericana de Salud Pública 2002; 11: 5.

González de Chávez, María Asunción. La fibromialgia. Su relación con la condición de las mujeres. En: La salud de las mujeres. IV Jornadas de la Red de Médicas y Profesionales de la Salud. Madrid: Instituto de la mujer; 2003.

Griffith D, Hamilton K, Norrie J et al. Early an late mortality after myocardial infarction in men and women: prospective observational study. Heart 2005; 91: 305-7.

Habiba M, Kaminski M, Da Frè M. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. BJOG 2006; 113: 647.

Haglund, Bengt; Koster, Max; Nilsson, Tage et al. Inequality in access to coronary revascularization in Sweden. Scand Cardiovasc J 2004; 38(6): 334-9.

Hazemeijer I, Rasker JJ. Fibromyalgia and the therapeutic domain. A philosophical study on the origins of fibromyalgia in a specific social setting. Rheumatology 2003; 42: 507-15.

Healy, Bernardine. The Yentl syndrome. N Engl J Med 1991; 325: 221-5.

Hippisley-Cox, Julia; O'Hanlon, Shaun; Coupland, Carol. Association of deprivation, ethnicity, and sex with quality indicators for diabetes: population based survey of 53 000 patients in primary care. BMJ 2004; 329: 1267-9.

Huxley, Rachel; Barzi, Federica; Woodward, Mark. Excess risk of fatal coronary heart disease associated with diabetes in men and women: meta-analysis of 37 prospective cohort studies. BMJ 2006; 332: 73-78.

Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav 1997; 38: 21-37.

IMSERSO. Las personas mayores en España. Madrid: IMSERSO; 2004.

Instituto de la Mujer: Estudio comparativo de los planes de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres autonómicos y nacional. Madrid: Instituto de la Mujer; 2005.

Instituto de la Mujer. Estudio sobre la conciliación laboral y familiar. Madrid: Instituto de la Mujer; 2005.

Instituto Nacional de Estadística: Encuesta de empleo del tiempo. Madrid: INE; 2004. Disponible en: <http://www.ine.es/inebase> [consultado el 16 de febrero de 2005].

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Madrid: INE; 1999.

Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España. Madrid: INE; 2005.

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Madrid: INE; 2004.

Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Madrid: INE; 2003.

Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Discapacidades y Estado de Salud. Madrid: INE; 1999.

Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud. Análisis de las tareas y las percepciones de los delegados y delegadas de prevención en España. Madrid: ISTAS; 2005.

Izquierdo, María Jesús. Sin vuelta de hoja. Sexismo: poder, placer y trabajo. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2001.

Izquierdo, María Jesús. Los órdenes de la violencia: especie, sexo y género. En: El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia. Fisas V ed. Barcelona: Icaria Antrazyt; 1998.

Krieger, Nancy. Genders, sexes and health: what are the connections—and why does it matter?. *Int J Epidemiol* 2003; 32(4): 652-7.

Kyker KA, Limacher MC. Gender differences in the presentation and symptoms of coronary artery disease. *Curr Womens Health Rep* 2002; 2(2): 115-9.

La Parra, Daniel. Contribución de las mujeres y los hogares más pobres a la producción de cuidados de salud informales. *Gac Sanit* 2001; 15(6): 498-505.

Fondo de Población de las Naciones Unidas. La promesa de igualdad: Equidad de Género, Salud Reproductiva y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Estado de la Población Mundial. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2005.

Lagarde, Marcela. Para mis socias de la vida. Madrid: Horas y horas; 2005

Lefler, Leanne; Bondy, Kathleen. Women's delay in seeking treatment with myocardial infarction: a meta synthesis. J Cardiovascular Nursing 2004; 19(4): 251-68.

Lehr, Ursula. Altern in Europa im 21. Jahrhundert. Eine Herausforderung für das Individuum un die Gesellschaft. Pliegos de Yuste: revista de cultura y pensamiento europeos 2003; 1: 29-40.

Lynch, John; Davey, George; Kaplan, George et al. Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions. BMJ 2000; 320: 1200-4.

Malterud, Kristie. Symptoms as a source of medical knowledge: understanding medically unexplained disorders in women. Fam Med 2000; 32(9): 603-11.

Marrugat, Jaume; Antó, Josep María; Sala, Joan et al: Influence of gender in acute and long term cardiac mortality alter a first myocardial infarction. J Clin Epidemiol 1994; 47 (2): 111-8.

Marrugat, Jaume; Cosín, Juan; Cabadés, Adolfo et al. Estudio PANES. Rev Esp Cardiol 1996; 49 (supl 3): 113.

Marrugat, Jaume; Garcia, María; Elosua, Roberto et al: IBERICA Investigators; PRÍAMO Investigators; RESCATE Investigators; PEPA Investigators; REGICOR Investigators: Short-term (28 days) prognosis between genders according to the type of coronary event (Q-wave versus non-Q-wave acute myocardial infarction versus unstable angina pectoris). Am J Cardiol. 2004; 94(9): 1161-5.

Marrugat, Jaume; Sala, Joan; Masiá, Rafael et al: Mortality differences between men and women following first myocardial infarction. JAMA 1998; 280 (16): 1405-9.

Marshall, Deborah; Johnell, Olof; Wedel, Hans. Meta-analysis of how well measures of bone mineral density predict occurrence of osteoporotic fractures. BMJ 1996; 312:1254-9. (a)

Maruani, Margaret. Introducción. En: Las nuevas fronteras de la desigualdad: hombres y mujeres en el mercado de trabajo. Maruani M, Rogerat Ch, Torns T ed. Barcelona: Icaria Antrazyt; 2000.

Mata, Nelva; Ruiz, Isabel. Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de Atención Primaria. [Tesina]. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2002.

Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. Lancet, 2003; 362: 419-27.

Ming Chan, Kai; Anderson, Mary; Lau, Edith. Exercise interventions: defusing the world's osteoporosis time bomb. Bulletin of the World Health Organization 2003; 81-827-830.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003.

Ministerio de Sanidad y Consumo: La Esperanza de Vida Libre de Incapacidad: un indicador estructural, Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2004. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe EVLI.pdf>].

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997-2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo. La Interrupción Voluntaria del Embarazo y los métodos anticonceptivos en jóvenes. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. Disponible en: <http://www.msc.es>.

Ministerio de Sanidad y Consumo. La salud de la población española en el contexto europeo y del Sistema Nacional de Salud. Indicadores de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Delegación del Gobierno para el Plan de Drogas; 2006.

Ministerio de Sanidad y Consumo: Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias 2004. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo-Delegación del Gobierno para el Plan de Drogas; 2005.

Ministerio de Sanidad y Consumo. La situación del cáncer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Cuidado a la Dependencia e Inmigración. Borjano E, Simó C, Ariño A eds. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005,

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Encuesta sobre Cuidados a las Personas Mayores en los Hogares Españoles. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales-Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. IV Plan de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2003-2006. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006. Disponible en: http://www.mtas.es/uafse/equal/descargas/IV_Plan_Igualdad_Hombre_Mujeres_2003-2006.pdf.

Montero, Isabel; Aparicio D, Gómez-Beneyto, Manuel et al. Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gac Sanit* 2004; 18(1): 175-81.

Montero, Isabel; Ruiz, Isabel. Depresión y menopausia. En: *Trastornos depresivos en la mujer*. Leal C ed. Barcelona: Masson SA; 1999.

Moral M, Ortega J, López M et al. Perfil y riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Aten Prim* 2003; 32(2): 77-83.

Mosca, Lori ; Manson, JoAnn ; Sutherland, Susan et al. Cardiovascular Disease in Women. Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. *Circulation* 1997; 96: 2468-82.

Mosquera, Carmen; De la Hera, Jesús; Barriales, Vicente. Grupo de Estudio RIMAS: El infarto ¿Por qué la sobremortalidad en mujeres? *Gac Sanit* 2002 b; 16(Supl 1): 60.

Mosquera, Carmen. La enfermedad coronaria. En: *La Salud de las mujeres en Asturias*. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2002.

Mosquera, Carmen. La salud en la menopausia. En: *La salud de las mujeres en Asturias*. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2002.

Moynihan, Clare. Theories of masculinity., *BMJ* 1998; 317(7165): 1072-5.

Moynihan, Ray; Heath, Iona; Henry, David et al. Selling sickness: The pharmaceutical industry an disease mongering. *BMJ* 2002; 324(7342): 886-91.

Moynihan, Ray. The marketing of a disease: female sexual dysfunction. *BMJ* 2005; 330: 192-4.

NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA* 2001; 285:785-795.

NIH State-of-Science Panel. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference. Management of Menopause-Related Symptoms. *Annals Int Med* 2005; 142: 1003-13.

Nilsson P, Brandstrom H, Lingfors H et al. Gender differences in secondary prevention of coronary heart disease: reasons to worry or not? *Scand J Prim Health Care* 2003; 21(1): 37-42.

Norris CM, Ghali WA, Galbraith PD et al: Women with coronary artery disease report worse health-related quality of life outcomes compared to men. *Health Qual Life Outcomes* 2004; 2: 21.

OECD. Health at a glance. 2005 Indicators. OECD; 2005.

Oliveira Mercedes. La educación sentimental. Madrid: Icaria; 1998.

Olsen, Ole; Gøtzsche, Meter. Cribaje (screening) con mamografía para el cáncer de mama (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4. Oxford: Update Software Ltd; 2005.

OMS. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Glosario sobre el género. Disponible en: www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf. Ginebra: OMS;

OPS. Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Washington DC: OPS; 2000.

Oluel, Julia; Fuentes Mercé; Mayolas Emma. Disfunción sexual femenina. AMF. 2005: 86-93.

Orencia A, Bailey K, Yaawn B et al: Effect of gender on long-term outcome of angina pectoris and myocardial infarction / sudden unexpected death. JAMA 1993, 269(18): 2392-7.

Ortiz Gómez, Teresa. El género, organizador de profesiones sanitarias. En: Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Consuelo; Tomas, Concepción; Tejero, Cruz (eds). Madrid: Minerva; 2001.

Pallardo F, Herranz L, García T et al. Early postpartum metabolic assessment in women with prior gestacional diabetes. Diabetes Care. 1999; 22: 1053-8.

Panay N, Studd JWW: Menopause and the central nervous system. Eur Menopause J 1996; 3: 242-9.

Pateman, Carol. El contrato sexual, Barcelona: Anthropos; 1995. p.240.

Peiró, Rosana; Álvarez-Dardet, Carlos; Ramón, Nieves et al: Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Gac Sanit 2004; 18(Supl 2): 36-46.

Peiró, Rosana; Seguí-Gómez, María; Pérez-González, Catherine et al: Lesiones por tráfico, de ocio y domésticas y laborales. Descripción de la situación en España. Gac Sanit 2006; 20(Supl 1): 32-40.

Per-Henrik, Zahl; Strand BH, Maehlen J et al. Incidence of breast cancer in Norway and Sweden during introduction of nationwide screening: prospective cohort study. BMJ 2004; 328: 921-24.

Pérez M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. SEMERGEN 1999; 25: 239-48

Philpott, Sue; Boynton, Petra; Feder, Gene et al. Gender differences in descriptions of angina symptoms and health problems immediately prior to angiography: the ACRE study. Appropriateness of Coronary Revascularisation study. *Soc Sci Med.* 2001; 52(10): 1565-75.

Plazaola-Castaño, Juncal; Ruiz, Isabel. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clín (Barc)* 2004; 122: 461-7.

Polo, Cristina. Maltrato a la mujer en la relación de pareja. Factores relacionados implicados. [Tesis Doctoral]. Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2001.

Population and Development Studies. Publicación ocasional, nº 4. 1995.

Price, Donald; Staud, Roland. Neurobiology of fibromyalgia syndrome. *J Rheumatol Suppl.* 2005; 75: 22-8

Protégeles y Civértice. Videojuegos, menores y responsabilidad de los padres. Disponible en: <http://usuarios.lycos.es/atarifa/estudio%20videojuegos.pdf>

Radl, Rita. Transformaciones en el comportamiento en función del género en la vejez: el caso de las relaciones familiares actuales entre abuelas, abuelos y nietas y nietos. *Papers* 2003; 70: 117-34.

Raine RA, Black NA, Bowker TJ et al. Gender differences in the management and outcome of patients with acute coronary artery disease. *J Epidemiol Community Health.* 2002; 56(10): 791-7.

Rajmil, Luis; Serra-Sutton, Victoria; Alonso, Jordi. The Spanish version of the Child Health and Illness Profile Adolescent Edition (CHIP-AE): reliability and preliminary validity. *Qual Life Res* 2003, 12: 303-13.

Raya, Lourdes; Ruiz, Isabel; Plazaola-Castaño, Juncal et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Prim* 2004; 34: 117-27.

Rodríguez-Sanz, Maica; Carrillo, Paloma; Borrell, Carme. Desigualdades sociales en la salud, los estilos de vida y la utilización de servicios sanitarios en las CC. AA. 1993-2003. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer y del SNS, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.

Rohlfs, Isabella; García, M^a Mar; Gavalda, Laura et al. Género y cardiopatía isquémica. *Gac Sanit* 2004; 18: 55-64.

Ruiz, Isabel; Blanco, Pilar; Vives, Carmen. Violencia contra la mujer en la pareja. Violencia de género. *Gac Sanit* 2004; Supl 1 (monográfico).

Ruiz, Isabel; Ubago MC, Bermejo MJ et al. Differences in sociodemographic, clinical, psychosocial and health care characteristics between women and men diagnosed with fibromyalgia, (en prensa).

Ruiz, María Teresa; Verdú, María. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004; 18(supl.1): 118-25.

Ruiz, María Teresa. Igualdad de oportunidades en los servicios sanitarios: sesgo de género como determinantes de la estructura de salud de la Comunidad. En: *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz (eds). Madrid: Minerva 2001.

Ruiz-Ramos, Miguel; Escolar, Antonio; Mayoral-Sánchez, Eduardo et al. La diabetes mellitus en España: mortalidad, prevalencia, incidencia, costes económicos y desigualdades. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl 1): 15-24.

Sabo, Don. *Comprender la Salud de los hombres. Un enfoque relacional sensible al género*. Organización Panamericana de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación Ocasional, nº 4. 1995.

Salido, Olga. La participación laboral de las mujeres en España: cifras para un debate. Working Paper 02-15. Unidad de políticas comparadas. Madrid: CSIC; 2004.

Salido, Olga. La participación laboral de las mujeres: reto para el bienestar social. Working Paper 06-09. Unidad de políticas comparadas. Madrid: CSIC; 2006.

Sanz, Fina. Del mal trato al buen trato. En: *La violencia contra las mujeres*. Ruiz Jarabo C, Blanco P ed. Madrid: Díaz de Santos; 2004.

Segovia J, Bartlett RF, Edwards AC. An empirical analysis of the dimensions of health status measures. *Soc Sci Med* 1989; 29: 761-8.

Segura, Josep; Bastida, Nuria; Martí, Nuria et al. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Aten Prim* 1998; 21(4): 431-6.

Segura, Andreu. Inducción sanitaria de los cribados. Informe SESPAS 2006. *Gac Sanit* 2006; 20 (supl1): 88-95.

Serra-Sutton, Victoria; Rajmil, Luis; Alonso, Jordi. Valores poblacionales de referencia del perfil de salud CHIP-AE a partir de una muestra representativa de adolescentes escolarizados. *Gac Sanit* 2003, 17: 181-9.

Solé, Carlota; Parella, Sonia. Nuevas expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales "exitosas". *Rev Esp Invest Sociol* 2004; 4: 67-92.

Solsona, Montse; Viciano, Francisca. Claves de la evolución demográfica en el cambio de milenio. *Gac Sanit* 2004; 18(Supl 1): 8-15

Starfield, Barbara; Riley, Anne; Green, Bert et al. The adolescent Child Health and Illness Profile: a population-based measure of health. *Med Care* 1995, 33: 553-66.

Thornton, Hazel. Screening without evidence of efficacy: Screening uncertainties concern evidence, efficacy, decisions. *BMJ* 2004; 328: 521.

Tobío, Constanza. Madres que trabajan: Dilemas y estrategias. Madrid: Cátedra. Colección Feminismos; 2005.

Urbanos R. Impacto del envejecimiento en el gasto público sanitario y sociosanitario para el período 2000-2050. Documento de Trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Trabajo, 2003.

Uría, Marian. La Salud de las mujeres en Asturias. Gobierno del Principado de Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios; 2004.

Usall i Rodié, Judith. Diferencias de género en los trastornos del estado de ánimo: una revisión de la literatura. *Actas Españolas de Psiquiatría* 2001; 29(4): 269-74.

Vallés M, Gutiérrez V, Luquin A et al. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Aten Prim* 1998; 22(8): 481-4.

Valls, Carme. El estado de la investigación en género y salud. En: *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socio-profesionales de diferencias sexuales no previstas*. Miqueo, Consuelo; Tomás, Concepción; Tejero, Cruz (eds). Madrid: Minerva; 2001.

Valls, Carme. Dolor crónico y fatiga crónica: una asignatura pendiente. *Med Clin (Barc)*. 2003; 121: 412-3.

Velasco, Sara. La prevención de la transmisión heterosexuales del VIH/ sida en las mujeres. Madrid: Instituto de la mujer; 2001.

Velasco, Sara. Relaciones de género y subjetividad. Método para programas de prevención. Madrid: Instituto de la mujer; 2002.

Velasco, Sara. La transmisión heterosexuales del VIH /sida en España. Madrid: Instituto de la mujer; 2003.

Velzeboer M. La violencia contra las mujeres. Responde el sector de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.

Vives-Cases, Carmen; Álvarez-Dardet, Carlos; Colomer, Concha et al. Una experiencia de defensa de la salud en violencia contra las mujeres. *Gac Sanit* 2005; 19(9): 262:4.

Vives-Cases, Carmen; Caballero, Pablo; Álvarez-Dardet, Carlos. Análisis temporal de la mortalidad por violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit* 2004; 18(5): 346-50.

Vodopiutz J, Poller S, Schneider B et al. Chest pain in hospitalized patients: cause-specific and gender-specific differences. *J Womens Health* 2002; 11(8): 719-27.

Watanabe CT, Maynard C, Ritchie JL. Comparison of short-term outcomes following coronary artery stenting in men versus women. *Am J Cardiol.* 2001; 88 (8): 848-52.

Weber T, Auer J, Berent R et al. Gender differences in recurrent coronary events. The FINMONICA MI register. *Eur Heart J.* 2001; 22(21): 2026.

Wenger NK. Clinical characteristics of coronary heart disease in women: emphasis on gender differences. *Cardiovasc Res* 2002; 53: 558-67.

WHO. Gender and HIV/ AIDS. Ginebra: WHO; 2003.

WHO. Gender, Health and tobacco. Ginebra: WHO; 2003.

WHO. Gender and Mental Health. Ginebra: WHO; 2002.

WHO. Gender and Road Traffic Injuries. Ginebra: WHO; 2002.

WHO: Gender disparities in mental health. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/242.pdf.

World Health Organization Study Group. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneva: World Health Organization; 1994. Technical Reports Series, N° 843.

Women's Health in Europe: Facts and Figures across the European Union. Dublin: European Institute of Women's Health; 2005. Disponible en: www.eurohealth.ie [consultado el 15 de marzo de 2006].

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators: Risk and Benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from de Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002; 288, nº 3: 321-33.

Nombre de archivo: Informe Salud y Genero FINAL.28.12.06.doc
Directorio: G:
Plantilla: C:\Documents and Settings\aflores\Datos de programa\Microsoft\Plantillas\Normal.dot
Título: Informe Salud
Asunto:
Autor: usuario
Palabras clave:
Comentarios:
Fecha de creación: 28/12/2006 12:42
Cambio número: 3
Guardado el: 28/12/2006 12:52
Guardado por: usuario
Tiempo de edición: 14 minutos
Impreso el: 28/12/2006 12:54
Última impresión completa
Número de páginas: 110
Número de palabras: 29.336 (aprox.)
Número de caracteres: 154.312 (aprox.)